

1506
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO

DOTTORATO DI RICERCA IN STUDI UMANISTICI, XXXI CICLO, CURRICULUM SCIENZE UMANE, UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI URBINO CARLO BO

Attachment, Trauma, Mentalization and Personality in Intimate Partner Violence: A preliminary investigation

Tutor: Antonello Colli

Cotutor: Daniela Pajardi

INTRODUZIONE **4**

CAPITOLO PRIMO **10**

1.1. La fenomenologia della violenza di genere **10**

1.2. Una lettura complessiva dell'Intimate Partner Violence: definizione, caratteristiche e prevalenza **15**

1.2.1. Modelli teorici di analisi della violenza nell'Intimate Partner Violence 19

1.2.1.1. Modelli socioculturali 20

1.2.1.1.1. Teoria Femminista 20

1.2.1.1.2. Teoria del potere 22

1.2.1.2. Modelli psico-sociali 23

1.2.1.2.1. Teoria dell'apprendimento sociale 23

1.2.1.2.2. Modello contesto/situazionale 23

1.2.1.3. Modelli individuali 24

1.2.1.3.1. Teoria dell'aggressività di Dotton 24

1.2.1.3.2. Modello di sviluppo dei sottotipi di atteggiamenti maltrattanti 25

1.2.1.3.3. La teoria dell'attaccamento 25

1.2.1.4. Modelli interpersonali 26

1.2.1.5. Modelli integrativi 27

1.2.2 Limiti delle teorie sull'Intimate Partner Violence 28

1.2.3 Fattori di rischio per un'analisi complessiva dell'IPV 30

1.2.3.1 Dinamiche della violenza 32

1.2.3.1.1 La teoria del ciclo della violenza 32

1.2.3.1.2 Il Modello di Duluth 34

1.2.4. Conseguenze dell'Intimate Partner Violence 35

1.3 Interventi nei contesti italiani: la prevenzione e il trattamento dela violenza di genere **37**

1.4 Conclusioni **39**

CAPITOLO SECONDO **41**

2.1 Intimate Partner Violence e dimensioni correlate **41**

2.2 La trasmissione intergenerazionale dei modelli d'attaccamento **43**

2.2.1. Attaccamento insicuro e Intimate Partner Violence 49

2.2.2 Attaccamento irrisolto/disorganizzato e Intimate Partner Violence 50

2.3 Trauma e Intimate Partner Violence **52**

2.3.1 La storia del trauma precoce: da metà ottocento ai giorni nostri 52

2.3.2 Le esperienze di maltrattamento e la vittimizzazione in età adulta 55

2.4 Mentalizzazione e Intimate Partner Violence **60**

2.4.1 Mentalizzazione e attaccamento 60

2.4.2 Gli effetti del maltrattamento sulla funzione riflessiva 62

2.4.3 Mentalizzazione e relazioni intime 64

2.4.4 Controtransfert, attaccamento, mentalizzazione e Intimate Partner Violence 67

2.5 Sistemi di coping, attaccamento e violenza **68**

2.6 Personalità e Intimate Partner Violence **71**

CAPITOLO TERZO 74

3.1 Introduzione alla ricerca 74

3.2 Obiettivi e ipotesi 76

3.3 Metodologia 77
3.3.1 Il campionamento 77
3.3.2 Gli strumenti della ricerca 82
3.3.2.1 Clinician Report 82
3.3.2.2 Self- Report 85
3.3.2.3 Interviste 88
3.3.3 Procedure 91
3.3.4. Analisi statistiche 92
3.3.5. Considerazioni etiche 92

3.4 Risultati 92
3.4.1 Relazione tra attaccamento e IPV 92
3.4.2 Scale dello stato della mente 95
3.4.3 Relazione tra presenza di esperienze traumatiche precoci e IPV 98

3.5 Funzione riflessiva, attaccamento e trauma. 102
3.5.1 Funzione riflessiva e attaccamento 102
3.5.2 Funzione riflessiva e trauma 103
3.5.3 Mentalizzazione, controtransfert e IPV 104
3.5.4 Meccanismi di coping e attaccamento 105

3.6 Personalità e Intimate Partner Violence 106

3.7 Discussioni 107

3.8 Limiti e direzioni future dello studio 112

CONCLUSIONI 114

BIBLIOGRAFIA 116

INTRODUZIONE

Dove sole non splende, luce penetra
(Dylan Thomas).

La mamma chiude la Bambina nel ripostiglio, spegne la luce e se ne va. La mamma la chiude in cantina. La mamma è lontana. Tutti sono lontani. Aiuto! Urla la Bambina nel rispostiglio buio, nella cantina buia, sotto l'acqua ghiacciata, sotto il lenzuolo, da sola nell'Universo oscuro. In realtà sussurra. Non osa urlare. E abbastanza grande da sapere che mai nessuno la sentirà. Slavenka Drakulić (2016), con una potenza immaginifica, ci racconta nel suo libro "L'accusata", di un'aula di tribunale, dove una donna, la protagonista, è chiamata a difendersi per aver ucciso la propria madre. Ella si rifiuta di esporre le ragioni di questo grave atto. Parlare significherebbe per lei mettere in cattiva luce la propria madre che comunque continua ad amare; la sua testimonianza potrebbe svelare gli abusi subiti nell'infanzia, mentre la Bambina ha necessità di farsi spazio tra le innumerevoli privazioni.

Ho trovato le parole dell'autrice utili per introdurre il tema che sarà oggetto dell'elaborato: "Attaccamento, trauma, mentalizzazione e disturbi di personalità nell'Intimate Partner Violence: un'indagine preliminare". Esso mi ha consegnato l'opportunità importante di incontrare donne straordinarie con storie catastrofiche, segnate dalla sofferenza psichica, eppure con risorse interne, probabilmente fino ad un certo punto nemmeno immaginate, e in alcuni casi disponibili a costruire nuovi percorsi di vita e nuovi scenari.

Nel particolare ho trovato utile riflettere su quello che la storia di queste donne ci insegna, non per guardare ad essa come un destino che necessariamente si realizzerà (Freiberg, 1999), né tantomeno per attribuire loro una etichetta diagnostica, ma perché maltrattamenti, abusi, violenze, femminicidi sono in costante aumento e alle volte il laboratorio di concetti e strumenti che possediamo appare incompleto.

La ricerca su ogni particolare forma di violenza, abuso e maltrattamento si è sviluppata in un relativo isolamento e ha costruito il suo insieme di teorie, dati empirici e approcci

all'intervento e alla prevenzione (Grych & Swan, 2012). Tuttavia, un lavoro sulla co-occorrenza di vittimizzazione e perpetrazione indica che la maggior parte, se non tutte, le forme di violenza interpersonale sono intercorrelate (Hamby & Grych, 2013).

L'esposizione a maltrattamenti e violenze durante l'infanzia aumenta in modo significativo il rischio sia di perpretazione che di vitimizzazione in tutta una serie di contesti (ad esempio, Ehrensaft et al, 2003; Finkelhor, Ormrod, Turner & Holt, 2009; Widom, Czaja, & Dutton, 2008), e gli individui che sperimentano violenza in un contesto, tipicamente la sperimentano almeno in un altro (Finkelhor et al., 2009). Riconoscere le interconnessioni tra molteplici forme di violenza ha implicazioni rilevanti per la ricerca e la pratica.

Anche se la specializzazione nel campo della violenza ha avuto i suoi benefici per aver promosso un'attenzione programmatica a problemi di grande rilevanza per la salute pubblica e il benessere personale, dobbiamo dire che essa ha costi significativi. Affinchè i programmi di prevenzione e di intervento possano essere efficaci, si dovrà tenere conto di una serie di fattori, che insieme alla storia dei singoli individui, concorrono al ripetersi di varie forme di violenza. In questa cornice prende forma la tematica in oggetto nella tesi, la violenza perpretata sulle donne nelle relazioni intime.

> *In Europa la violenza contro le donne, inclusa l'Intimate Partner Violence, è una delle più gravi forme di violazione dei diritti umani basata sul genere ed è definita come «una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi, che hanno portato alla dominazione sulle donne e alla discriminazione nei loro confronti da parte degli uomini e impedito la loro piena emancipazione*.

Si apre con queste parole il rapporto esplicativo della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (2011), entrata in vigore il 1° agosto 2014 e nota più sinteticamente come *Convenzione di Istanbul.*

Nella sua gravità, l'esigenza di garantire alle donne una tutela effettiva dei diritti fondamentali è da tempo oggetto di attenzione da parte del diritto internazionale. La *Convenzione di Istanbul* rappresenta un momento importante di presa di coscienza politica e giuridica sia delle profonde radici culturali della violenza di genere, inclusa l'Intimate Partner Violence (IPV), sia del carattere transculturale di un fenomeno che è diffuso trasversalmente in molti paesi.

Essa definisce un modello integrato di lotta alla violenza contro le donne e alla violenza nelle relazioni intime, che impone agli stati l'adozione di riforme giuridiche e di misure politiche finalizzate alla promozione di cambiamenti profondi nella mentalità e nei

costumi degli uomini e delle stesse donne. Un modello in cui il diritto penale non è l'unico strumento, né quello preminente. L'individuazione di specifiche tipologie di reato oltre che di strumenti giudiziari finalizzati alla loro punizione, sono precedute dalla previsione ampia e puntuale di una pluralità di misure volte, da un lato, alla protezione delle vittime e al loro sostegno e, dall'altro, all'educazione e alla sensibilizzazione di tutti i membri della società. Sono proprio educazione e sensibilizzazione il nucleo delle misure di prevenzione della violenza, per promuovere i necessari «cambiamenti nei comportamenti socio-culturali delle donne e degli uomini, al fine di eliminare pregiudizi, costumi, tradizioni e qualsiasi altra pratica basata sull'idea dell'inferiorità della donna o su modelli stereotipati dei ruoli delle donne e degli uomini» (art. 12.1).

A tal proposito, sono previste: la promozione di campagne di informazione rivolte al vasto pubblico, anche attraverso la raccolta e la diffusione dei dati relativi alla violenza domestica e di genere (artt. 11 e 13), l'introduzione nelle scuole di ogni ordine e grado di programmi scolastici e materiali didattici che consentano di affrontare il tema della parità tra i sessi e della violenza di genere (art. 14), la formazione adeguata di figure professionali che, con diverse competenze e in diversi settori, si occupino delle vittime o degli autori degli atti di violenza (art. 15), l'impegno a sollecitare il settore privato della comunicazione e i mass media ad adottare codici di autoregolamentazione per rafforzare il rispetto della dignità delle donne (art. 17).

Da molti anni esistono centri-antiviolenza, rifugi e sportelli per chi subisce violenza nelle relazioni intime; professioniste e volontarie cercano di soccorrere, aiutare e indirizzare donne vittime di IPV ai servizi disponibili sul territorio, nonostante le difficoltà legate alle limitate risorse e oggi più che mai messi a rischio da fonti di finanziamento pubblico di difficile accesso, scarse e discontinue.

In Italia i primi centri antiviolenza sono sorti negli anni Novanta, quando ancora non vigevano leggi vere e proprie contro la violenza di genere. I primi centri, nati dall'autogestione dal basso, furono la "Casa delle donne per non subire violenza" di Bologna e la "Casa delle donne maltrattate" di Milano. Attualmente sono oltre cento i centri diffusi sul territorio nazionale che offrono soccorso alle vittime, e che sono riuniti all'interno di una rete a carattere nazionale di centri antiviolenza non istituzionali e gestiti da associazioni di donne, che affronta il tema della violenza maschile sulle donne secondo l'ottica della differenza di genere, collocando le radici di tale violenza nella storica disparità di potere tra uomini e donne nei diversi ambiti sociali.

Quando parliamo di IPV e dei possibili interventi, incontriamo diverse definizioni e categorizzazioni che sono mutate nel tempo e a seconda dell'impronta culturale, dei differenti contesti linguistici o degli approcci teorici che le hanno prodotte. Una certa imprecisione dei termini a volte può rivelare la volontà di nascondere la vera natura del problema della violenza contro le donne, che risiede nella struttura stessa delle nostre società. Le donne e i movimenti che ne hanno espresso la valenza politica nel corso degli ultimi quarant'anni, hanno insistito sulla lettura della violenza come una conseguenza della disparità di potere tra uomini e donne. Le strategie e le politiche di intervento più diffuse a livello internazionale si sono dirette a donne e bambini/e, e in un secondo momento ai perpetratori di violenza. Case rifugio e centri antiviolenza sono a tutt'oggi la risposta più importante al problema (Condino, Tanzilli, Speranza & Lingiardi, 2016).

Tuttavia diversi studi sull'IPV mostrano i limiti della prevenzione e del trattamento delle donne, e la necessità di indagare più approfonditamente le strategie di funzionamento mentale, che possono rappresentare fattori di rischio e/o possono contribuire a creare disturbi significativi e sofferenza in diversi ambiti di vita.

Nonostante la larga diffusione del fenomeno e l'attuale dibattito politico, sociale e culturale, da un punto di vista scientifico, infatti, rimangono ancora molte zone d'ombra. A oggi riconosciamo che la tematica dell'IPV è ampiamente discussa anche se in ambito di ricerca incontra alcune resistenze. Resistenze comprensibilmente derivate da una decisione consapevole di evitare di incolpare le donne maltrattate (Coolidge & Anderson, 2002). È importante per tale motivo affrontare il fenomeno della violenza secondo un'ottica interdisciplinare, considerando che nessuna delle singole letture può ritenersi esaustiva.

Ad esempio l'esperienza della violenza e del maltrattamento può non consentire lo sviluppo di abilità per un confronto efficace con successive situazioni minacciose nella vita (Jacobvitz & Hazen, 1999): nel tentativo di attribuire un significato all'esperienza, i bambini abusati possono sviluppare processi cognitivi paralleli incompatibili, che gli impediranno l'elaborazione di circostanze difficili. Proprio per questo ed altri motivi, ci ritroviamo nei centri antiviolenza come negli studi privati, a combattere contro una spinta inconscia che rende difficile per queste donne prendere o mantenere le distanze anche quando hanno subito gravissimi abusi (Speranza, 2018). Credo sia utile a tal proposito citare le parole di una donna intervistata in questa ricerca, che forse riescono a sintetizzare in modo esplicativo l'importanza di considerare i rischi dell'IPV e strutturare gli interventi che siano rivolti anche alle dimensioni psicologiche delle donne vittime di

IPV.

> *Quando hai dei mostri fai fatica a combatterli... ma non sono i mostri, il mostro sei te che ce l'hai dentro, sei tu che combatti con questo mostro che non ti permette... dici si adesso lo lascio poi quando torna non riesci perchè hai paura che senza la sua carezza non ce la puoi fare, poi se ci lavori su, capisci che si ce la puoi fare benissimo... però è un percorso molto lungo e sicuramente molto sofferente. Sicuramente molte donne è questo che non capiscono, perchè è difficile arrivare a quel punto. Io le capisco perchè se non ci passi in mezzo, proprio non lo capisci perchè, è come se tu dentro avessi due persone una che è quella che dice basta me ne vado, l'altra invece che non vuole perchè ha paura. È difficile anche combattere la paura, dopo quando capisci come fare ce la fai ma arrivare lì e dire come faccio a superarla? Perchè veramente ti svegli con l'ansia, e stai male, stai veramente male...*

Alla luce di queste premesse, proverò ad approfondire un tema complesso e multi-sfaccettato. Nella prima parte della tesi fornirò un inquadramento del fenomeno all'interno del complesso panorama internazionale e italiano. Dal tema generale della violenza contro le donne, mi soffermerò sull'IPV, definita come "qualsiasi comportamento all'interno della relazione di coppia che provochi danno fisico, psicologico o sessuale ai soggetti della relazione". Traccerò quindi un percorso che si occuperà di fornire un quadro complessivo del fenomeno, attraverso la sua definizione, le caratteristiche principali e la prevalenza.

Per quel che riguarda il secondo capitolo e riconoscendo come non esaustiva ogni lettura che prenda come riferimento una singola teoria o singole dimensioni per spiegare un fenomeno così complesso e caleidoscopico, presenterò una rassegna degli studi più importanti su attaccamento, trauma, mentalizzazione, controtransfert, autoefficacia e personalità nelle relazioni intime violente. Il fil rouge del lavoro si rintraccia nel tentativo di fornire una chiave di lettura di fenomeni complessi che consenta di aggiungere ulteriori tasselli a questo campo.

Nel terzo capitolo, infine, mi occuperò della ricerca vera e propria e dei vari step che la compongono, organizzati in successione. Saranno evidenziate le caratteristiche socio-demografiche del campione di donne vittime di violenza, le procedure di campionamento, e i principali risultati riguardanti la relazione tra attaccamento e vittimizzazione in età adulta, tra disturbi di personalità e vittimizzazione, la presenza di specifiche modalità di funzionamento della mentalizzazione al fine di individuare specifici profili di donne vittime di IPV; la relazione tra sistemi di coping e IPV e

infine i vissuti controtransferali delle professioniste che lavorano con donne vittime di IPV.

Il lavoro si conclude con la discussione delle principali implicazioni cliniche dei risultati emersi dalla ricerca.

CAPITOLO PRIMO

LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

Tu sei solo mia.
Io ti ho dato la vita, io te la posso togliere
(Drakulić, 2016).

1.1. La fenomenologia della violenza di genere

La violenza contro le donne rappresenta un problema di sanità pubblica di proporzioni epidemiche. Le ricerche, originariamente condotte in Nord America e in Europa, e ora sempre più diffuse a livello internazionale, hanno mostrato l'alta prevalenza del fenomeno a livello globale. La violenza influisce sulla salute e sul benessere delle donne, con elevati costi sociali ed economici (Walby, 2004; Bonomi et al., 2009). Il fenomeno è trasversale dal momento che coinvolge donne di ogni classe sociale, di ogni livello di reddito e di istruzione, ed è un problema complesso e universale perché si presenta in tutte le culture (Trevillion, Oram, Feder & Howard, 2012). E' una delle violazioni dei diritti umani più diffuse, che nega alle donne il diritto all'uguaglianza, alla sicurezza, alla dignità, all'autostima e al loro diritto di godere delle libertà fondamentali.

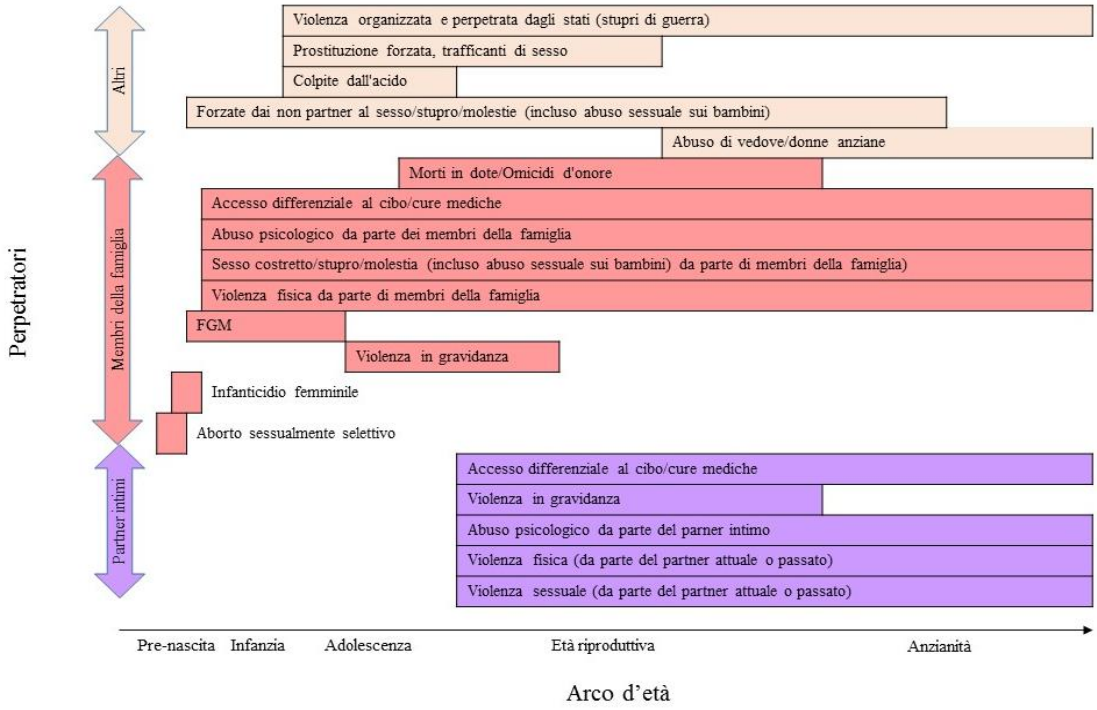
La donna è attaccata (in modo inconsapevole o deliberato) per motivi differenti, ma convergenti: innanzitutto è colpita come soggetto sociale tradizionalmente debole sul piano dei diritti, la cui emancipazione stravolge gli equilibri del potere politico, economico e religioso; poi come fattore di destabilizzazione delle norme che sorreggono gli scambi sociali e le forme di comunicazione; è inoltre colpita come oggetto di sfruttamento che ha tradito gli interessi dei suoi sfruttatori; infine è colpita come oggetto del desiderio, che resiste a ogni tentativo di produzione rassicurante e preconfezionata della soddisfazione, rendendone manifesto il fallimento (Thanopulos, 2018).

Fin dal 1993, anno della *Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle Donne*, la comunità internazionale ha riconosciuto che la violenza contro le donne è un importante problema che riguarda la salute pubblica, le politiche sociali e i diritti umani. Tuttavia,

documentare la portata del fenomeno e produrre dati comparativi affidabili per guidare la politica e monitorare i progressi, è un processo molto difficile (Devries et al., 2013). Negli ultimi anni la World Health Organization, l'American Medical Association, l'International Federation of Obstetricians e Gynecologists, il Royal College of Nursing e altre organizzazioni mediche professionali hanno rilasciato diverse dichiarazioni sull'importanza della promozione della salute pubblica delle donne, incoraggiando raccomandazioni per affrontare in modo uniforme e unitario gli aspetti della violenza contro le donne, a partire dal contrasto e dalla prevenzione, dalla qualità e dai modelli operativi dei servizi, dall'aggiornamento degli operatori. Queste azioni derivano da un crescente riconoscimento del fatto che la violenza oltre a rappresentare una grave violazione dei diritti umani delle donne, ha soprattutto un risvolto negativo sulla salute fisica e mentale, sia a breve sia a lungo termine (Campbell, 2004; García-Moreno et al. 2005; Ellsberg et al., 2008). Comprendere la violenza di genere e l'appropriata modalità di risoluzione dei casi di donne con una storia passata o presente di violenza sono ora riconosciute come competenze chiave per gli operatori sanitari. La World Conference of Human Rights and the Declaration on the Elimination of Violence Against Women (1993) definisce la violenza contro le donne come: "*Ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata*" (art.1). Benché ampia nella sua portata, questa affermazione definisce la violenza come l'insieme di una serie di atti che causano o hanno il potenziale di causare danni, e sottolinea come questi atti siano radicati nella disuguaglianza sessuale. Questa attenzione alle donne non nega il fatto che gli uomini sperimentino la violenza: guerra, pulizia etnica e violenza di gruppo sono cause significative di mortalità maschili (Zwi, 1996). Tuttavia, poiché la violenza contro gli uomini differisce spesso nella sua eziologia e nelle strategie di risposta, merita una considerazione separata, che non affronteremo in questo elaborato. In pratica, il termine violenza contro le donne comprende una serie di abusi rivolti a donne e ragazze (Figura1.1), che vanno dall'aborto selettivo, all'abuso di donne anziane. Il termine include forme di abuso geograficamente o culturalmente specifiche come le mutilazioni genitali femminili, le morti per dote (come in India, Pakistan, Bangladesh e Iran), aggressione con acidi con l'intento di sfigurare, mutilare, torturare o uccidere, e i delitti d'onore, così come forme di violenza come la violenza nelle relazioni intime e lo stupro

di guerra. Vi sono molti potenziali perpretatori, inclusi coniugi e partner, genitori, altri familiari, vicini di casa, insegnanti, datori di lavoro, poliziotti, soldati, etc.

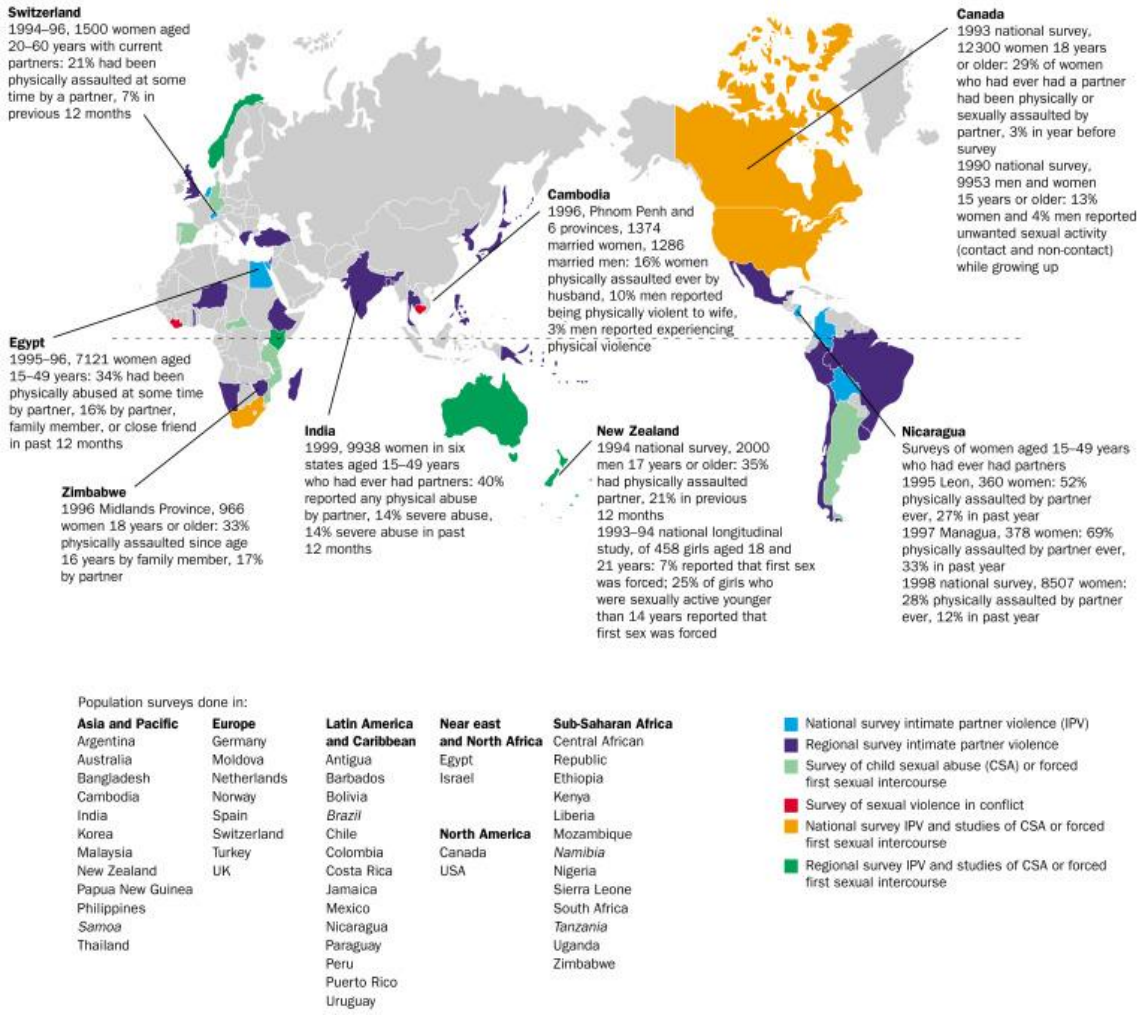
Figura 1.1 *Violenza e abuso contro le donne (da Watts & Zimmerman, 2002)*



La condotta violenta (intesa come l'uso della forza per la risoluzione di conflitti personali), emerge quando esiste uno squilibrio di potere, permanente o momentaneo, nel quale si stabilisce una relazione di abuso. Mediante questo tipo di condotta, si cerca di sottomettere, controllare o subordinare l'altro, causando danno fisico, psichico e/o economico. Il dominio dell'uomo sulla donna si distingue da tutti gli altri rapporti storici di potere (politico, economico, religioso, scientifico) per le sue implicazioni profonde e contraddittorie. Una prima grande rivoluzione è stata quella del movimento delle donne negli anni Settanta. In quegli anni si è spostata l'attenzione dalla sfera pubblica alla sfera privata, dalla "questione femminile" – vantaggio sociale, minorità giuridica e politica delle donne, trattate alla stregua di qualsiasi minoranza – al "rapporto tra i sessi". La svolta, rispetto all'emancipazionismo della prima metà del novecento, è stata nel pensare che il problema fosse mettere in discussione il dominio maschile, a partire dalla *espropriazione di esistenza* che le donne hanno subito: identificazione col corpo, riduzione a oggetto, merce di scambio, confusione tra sessualità e maternità, cancellazione della sessualità femminile trasformata in sessualità

di servizio e obbligo riproduttivo (Melandri, 2011). Negli ultimi 20 anni le evidenze scientifiche della violenza perpretata contro le donne sono aumentate e stanno iniziando ad offrire una panoramica della portata di questo fenomeno (Figura 1.2). Quando si esaminano i risultati è importante notare che a causa della sensibilità del soggetto, la violenza contro le donne è quasi universalmente sottostimata.

Figura 1.2 *La violenza contro le donne nel mondo (da Watts & Zimmerman, 2002)*



Queste scoperte potrebbero essere considerate più accuratamente come rappresentative dei livelli minimi di violenza che si verificano. Le numerose forme di violenza sono di stampo differente: visibili ed invisibili, attive od omissive, da cui derivano ingenti compromissioni per la salute psico-fisica degli esseri umani (Tabella 1.1). Tuttavia, sebbene ci siano differenti forme di violenza, esse condividono spesso determinate caratteristiche. Ad esempio, la maggior parte delle forme di violenza, compresa la violenza da parte dei partner, gli abusi sessuali su minori e molti abusi sessuali

perpretati da sconosciuti non si verificano come episodi isolati, ma possono ripresentarsi anche per anni, addirittura decenni.

Tabella 1.1 *Differenti tipologie di violenza agite dagli uomini sulle donne*

Iniziazione sessuale forzata	I dati sull'iniziazione sessuale forzata provengono da studi sulla salute riproduttiva che esplorano il contesto dell'iniziazione sessuale sia all'interno che all'esterno del matrimonio. Studi cross-selectional sono stati implementati in molti paesi, tra cui Tanzania, Sud Africa e Nuova Zelanda. In questi studi, il 28%, il 40% e il 7% delle donne, rispettivamente, hanno riferito che il loro primo rapporto sessuale è stato forzato. La ricerca suggerisce anche che più giovane è una donna al primo rapporto, più è probabile che sia stata utilizzata la forza.
Abuso sessuale	L'abuso sessuale infantile include stupro, contatto sessuale, esposizione o partecipazione alla pornografia e costrizione nei rapporti sessuali. Frequentemente queste violazioni sessuali implicano un contatto sessuale non consensuale tra un bambino e un adulto. Gli abusi spesso persistono nel tempo e gli autori di reati spesso minacciano e utilizzano altre tattiche manipolative per impedire ai bambini di rivelare l'abuso ad altri. Il più comune autore di abusi sessuali su minori è il padre o un altro membro maschio della famiglia. Le attuali statistiche sull'abuso sessuale su minori provengono principalmente da studi retrospettivi basati sulla popolazione. Tuttavia, anche in questi studi ci sono notevoli problematiche, che rendono estremamente difficile la raccolta di dati sull'entità dell'abuso sessuale infantile.
Tratta e prostituzione forzata	Durante lo scorso decennio, abbiamo assistito ad una rapida crescita del traffico e dello sfruttamento sessuale di donne e ragazze. Il traffico di persone può essere definito come il reclutamento, il trasporto, l'acquisto, la vendita, di persone, tramite minacce o l'uso della violenza, il sequestro, la frode, l'inganno o la coercizione (compreso l'abuso di potere), o tramite la contrazione un debito capestro, allo scopo di costringere o continuare a costringere la persona oggetto di traffico a svolgere pratiche di lavoro forzato o in condizione di schiavitù, a prescindere dal pagamento del debito e in una comunità diversa da quella in cui viveva al momento della contrazione del debito.

Stupro di guerra	Le guerre nell'ex Jugoslavia e nel Ruanda hanno focalizzato l'attenzione internazionale sull'uso dello stupro come strategia per minare i legami comunitari, indebolire la resistenza all'aggressione e, nell'ex Jugoslavia, perpetrare la pulizia etnica. Ma lo stupro delle donne in guerra non è un fenomeno nuovo. Le truppe giapponesi stupravano sistematicamente donne civili in Corea, Cina e Filippine durante la seconda guerra mondiale. Fino a poco tempo fa, la violenza contro le donne era considerata una forma insignificante di danno collaterale. È solo nel 2002 che il Tribunale penale internazionale dell'Aia ha definito i reati sessuali come un crimine contro l'umanità.

1.2. Una lettura complessiva dell'Intimate Partner Violence: definizione, caratteristiche e prevalenza

Il fenomeno della violenza contro le donne assume una fisionomia specifica quando si tratta di violenza all'interno del contesto familiare o relazionale di coppia (*Intimate Partner Violence,* IPV) che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) definisce come "qualsiasi comportamento all'interno della relazione di coppia che provochi danno fisico, psicologico o sessuale ai soggetti della relazione".

Negli ultimi anni sono stati condotti molti studi epidemiologici volti ad indagare la prevalenza del fenomeno: l'WHO ha prodotto una importante revisione sistematica di ben 141 studi condotti in 81 paesi (Tabella 1.2), tra i quali la maggior parte realizzati dopo il 1999 (WHO, 2013). Nel complesso circa il 35% delle donne esaminate aveva sperimentato, nel corso della propria vita, violenza fisica e/o sessuale da parte del proprio partner, o violenza sessuale da parte di uno sconosciuto. La stessa revisione sistematica ha messo in evidenza come le vittime di queste violenze avessero un rischio significativamente maggiore di soffrire di un'ampia serie di sequele sia somatiche che psichiche.

In Europa la ricerca più importante in quest'area è stata pubblicata dalla rivista *Lancet* (Macdowall et al., 2013), da cui è emerso che il 9,8% delle donne e l'1,4% degli uomini è stato costretto, nel corso della propria vita, a sottostare a richieste sessuali non consensienti, con percentuali doppie se consideriamo i casi in cui tali richieste non sono state portate a compimento. Questa importante indagine ha messo in luce inoltre, la correlazione tra l'essere vittima di violenza sessuale e vari indicatori di tipo sociodemografico, ma ha soprattutto confermato che la violenza sessuale si accompagna

a uno stato di salute precario, a problemi relativi alla salute mentale, e all'uso di sostanze.

Tabella 1.2 *Prevalenza in % della violenza contro le donne in tutto il mondo (WHO, 2013)*

	Violenza fisica e/o sessuale da parte di un partner intimo	*Violenza sessuale da parte di un estraneo*
Africa	36.6	11.9
America	29.8	10.7
Mediterraneo orientale	37.0	–
Europa	25.4	5.2
Sud Est Asiatico	37.7	4.9
Pacifico Occidentale	24.6	6.8
Regioni ad alto reddito	23.2	12.6
Tasso globale	30.0	7.2

I contributi scientifici, provenienti da lavori di diversi gruppi di ricerca universitari nazionali ed internazionali, tentano di aprire un varco nel muro del silenzio e della scarsa visibilità, della non dicibilità. L'indagine più ampia sul fenomeno della violenza è stata realizzata dall'Istat (2015) su ben 25 mila donne, in età compresa tra i 16 e i 70 anni.

Le stime destano un forte allarme:

- 6 milioni 788 mila donne hanno subìto nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale, il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni: il 20,2% ha subìto violenza fisica, il 21% violenza sessuale, il 5,4% forme più gravi di violenza sessuale come stupri e tentati stupri. Sono 652 mila le donne che hanno subìto stupri e 746 mila le vittime di tentati stupri;
- I partner attuali o ex commettono le violenze più gravi. Il 62,7% degli stupri è commesso da un partner attuale o precedente. Gli sconosciuti sono nella maggior parte dei casi autori di molestie sessuali (76,8%).

- Il 10,6% delle donne ha subìto violenze sessuali prima dei 16 anni. Considerando il totale delle violenze subìte da donne con figli, aumenta la percentuale dei figli che hanno assistito ad episodi di violenza sulla propria madre (dal 60,3% del dato del 2006 al 65,2% rilevato nel 2014).
- Le donne separate o divorziate hanno subìto violenze fisiche o sessuali in misura maggiore rispetto alle altre (51,4% contro 31,5%). Critica anche la situazione delle donne con problemi di salute o disabilità: ha subìto violenze fisiche o sessuali il 36% di chi è in cattive condizioni di salute e il 36,6% di chi ha limitazioni gravi. Il rischio di subire stupri o tentati stupri è doppio (10% contro il 4,7% delle donne senza problemi).

L'IPV è caratterizzata da violenza fisica, sessuale e psicologica o da stalking inflitti da un partner attuale o passato (Breiding et al., 2015). Nonostante essa sia caratterizzata da diversi tipi di violenza (Tabella 1.3), varie forme di abuso possono coesistere all'interno della stessa relazione (Krug et al., 2002). Ad esempio, uno studio ha rilevato che il 40% di donne vittime di IPV ha dichiarato di aver subito sia violenza fisica che sessuale (Mburia-Mwalili et al., 2010). Un altro studio ha evidenziato che quel 43% di vittime di violenza sessuale riportava anche violenze fisiche o psicologiche (Zorrilla et al., 2010). Nel passato l'IPV è stata concettualizzata principalmente come una forma di violenza che gli uomini agiscono sulle donne; la ricerca recente ha invece mostrato che la violenza nelle relazioni intime è molto più complessa e multidimensionale, sfidando spiegazioni semplicistiche (Caldwell, Swan & Woodbrown, 2012).

Tabella 1.3 *Le diverse tipologie di Intimate Partner Violence*

Violenza fisica	Comprende ogni forma di intimidazione o azione volta a minacciare l'integrità fisica e a spaventare la vittima. Pur essendo la forma più conosciuta, non sempre è identificata in modo corretto: essa non riguarda infatti solo l'aggressione fisica grave che causa ferite che richiedono cure mediche di emergenza, ma anche ogni contatto fisico volto a rendere la vittima soggetta al controllo e al dominio dell'aggressore. Per violenza fisica, si intende l'uso di qualsiasi atto guidato dall'intenzione di utilizzare la forza fisica con l'intento di causare danni, ferite, invalidità, fino alla più grave conseguenza potenziale (la morte). Comporta una vasta gamma di comportamenti come schiaffi, pugni, calci, percosse, lancio di oggetti,

	bruciature, tentativi di soffocamento, spintoni, morsi, minacce con armi da fuoco o da taglio. Nella definizione di violenza fisica possono essere inclusi anche comportamenti di trascuratezza quali la privazione del cibo e/o di cure mediche, o il sequestro (Breiding etr al., 2015).
Violenza sessuale	Si divide in 4 categorie: 1. Abuso sessuale da parte del partner: "l'utilizzo di tattiche manipolative, psicologicamente abusanti per mantenere il partner in condizioni di sottomissione; le strategie includono umiliazione sessuale, esperienze sessuali indesiderate senza contatto e controllo riproduttivo e sessuale" 2. Attività sessuale forzata: "esperienze sessuali indesiderate che coivolgono il tatto ma non la penetrazione sessuale" 3. Coercizione sessuale: "l'uso di tattiche di controllo degradanti e manipolative per ottenere, o tentare di ottenere, rapporti orali, anali o vaginali indesiderati, compresa la penetrazione forzata e il sesso con oggetti" 4. Aggressione sessuale: "uso della violenza fisica o la minaccia di violenza fisica per ottenere o tentare di ottenere rapporti anali, orali o vaginali indesiderati, compresa la penetrazione forzata e il sesso con oggetti. Comprende anche la penetrazione indesiderata quando la donna/vittima non è in grado di acconsentire o è inconsapevole, ad es. quando è addormentata" (Bagwell-Gray et al., 2015).
Violenza psicologica	Include molte azioni verbali e non verbali che hanno l'intenzione di ferire mentalmente o emotivamente e/o di esercitare controllo Quindi, alcuni comportamenti psicologicamente violenti possono contenere diversi tipi di aggressioni come l'umiliazione, gli insulti e così via, ma anche tattiche di controllo coercitivo (ad es. impedire alla donna di vedere o parlare con familiari, amici, etc (Breiding et al., 2015). La violenza psicologica include anche minacce di aggressioni fisiche o di violenza sessuale; mancanza di diritti di salute sessuale o riproduttiva; uso della vulnerabilità della vittima; manipolazione di informazioni che fanno dubitare la vittima di se stessa e delle sue conoscenze (Breiding et al., 2015).

Violenza economica	L'abuso economico è definito come l'insieme dei comportamenti che permettono di controllare la capacità di una donna di acquisire, utilizzare e mantenere risorse economiche, minacciando così la sua sicurezza economica e il potenziale di autosufficienza (Adams, Sullivan, Bybee & Greeson, 2008). Gli studi suggeriscono che questa forma di vittimizzazione è comune nei rapporti abusivi così come l'abuso fisico e quello psicologico (Adams et al., 2008). Tuttavia, pochi studi fino ad oggi hanno esplorato le conseguenze psicologiche dell'abuso economico (Antai, Oke, Braithwaite & Lopez, 2014; Haj-Yahia, 2000; Voth Schrag, 2015). Nel tentativo di esercitare il controllo, i perpretatori limitano le risorse economiche interferendo con l'occupazione, regolando l'accesso al denaro e negando l'accesso alle informazioni finanziarie Inoltre i partner violenti esercitano il controllo sfruttando le risorse delle loro partner. Sebbene l'abuso economico abbia dimostrato di essere una forma distinta di IPV, c'è una mancanza di ricerca sul ruolo che l'abuso economico gioca nel benessere psicologico delle donne con partner abusivi (Adams & Beeble, 2018)
Stalking	Lo stalking è un comportamento del perpetratore caratterizzato da attenzione e contatto ripetuti e indesiderati, che provocano paura, apprensione, o allarme per la sicurezza della vittima o per altre persone vicino a lei (Breiding et al., 2015). Lo stalking comprende una serie di comportamenti, tra i quali: 1. Telefonare ripetutamente e in modo inappropriato, inviare-mail o messaggi, etc.; 2. Lasciare regali indesiderati (ad es. fiori, lettere, etc.) 3. Guardare o seguire, spiare o apparire in posti quando indesiderati; 4. Entrare in modo furtivo nella proprietà personale della vittima, lasciando segni della sua presenza; 5. Danneggiare o minacciare gli effetti personali della vittima; 6. Minacciare di danneggiare fisicamente la vittima (Breiding et al., 2015).

1.2.1. Modelli teorici di analisi della violenza nell'Intimate Partner Violence

Per fornire una comprensione concettuale dell'IPV, sono stati sviluppati diversi modelli (socioculturali, individuali, interpersonali, etc.), soprattutto a partire dagli anni Settanta

(per una sintesi si veda Tabella 1.4). Sebbene ognuno di questi, abbia trovato un certo grado di supporto empirico, essi sono limitati nel loro potere esplicativo del fenomeno e nella loro capacità di incidere in modo significativo sull'efficacia dei programmi di prevenzione e trattamento della violenza nelle relazioni intime. Al fine di comprendere il fenomeno, è necessario non concentrarsi esclusivamente sul livello individuale, ma anche sulle dinamiche di coppia presenti nelle relazioni violente, oltre che sul sistema più ampio. L'IPV deve essere studiata come un processo al quale contribuiscono sia individuo che ambiente. La violenza si manifesta infatti, a partire da fattori individuali, ma per arrivare alle manifestazioni più gravi è altresì indispensabile che si accumulino e rinforzino tra di loro diversi fattori di rischio che, se non bilanciati da fattori di protezione, possono condurre ad un processo evolutivo relazionale di cui né vittima, né perpretatore sono pienamente consapevoli. Diventa fondamentale individuare sia i fattori che concorrono a rendere una relazione violenta, sia quelli che possono mediare una traiettoria disfunzionale, sia i fattori che possono moderare la dinamica della violenza portando ad una evoluzione funzionale.

1.2.1.1. Modelli socioculturali

Questi modelli valutano i fattori di socializzazione della comunità, le norme istituzionali e le convinzioni culturali condivise (ad.es. ideologie patriarcali), che possono aumentare la probabilità dei casi di IPV. Questo approccio generale rappresenta il punto di partenza per la ricerca sull'eziologia dell'IPV, che si diffuse intorno agli anni '70 tra le femministe e le operatrici che lavoravano nelle case rifugio per donne vittime di IPV; per tal motivo questo approccio esercitò una forte influenza sulle priorità della ricerca accademica.

1.2.1.1.1. Teoria Femminista

La teoria Femminista rimane una delle teorie più influenti per spiegare il fenomeno della violenza di genere e cerca di comprendere le relazioni violente esaminando il contesto socioculturale in cui queste relazioni si sviluppano. La violenza non viene più vista come un comportamento casuale e imprevedibile, limitata all'interno delle mura domestiche, ma viene riletta alla luce del sessismo e dell'ineguaglianza femminile all'interno delle società patriarcali (Dobash & Dobash, 1977; Lenton, 1995; Walker, 1984; Yllo, 1988). I ruoli di genere definiti dalla società e trasmessi agli individui

durante l'infanzia sono pensati per collocare gli uomini in posizioni di potere rispetto alle donne (Dobash & Dobash, 1977, Mihalic & Elliott, 1997). La teoria è supportata da alcuni studi che hanno evidenziato che le donne subiscono rispetto agli uomini maggiori lesioni (Archer, 2000), vittimizzazione sessuale (Coker et al., 2002; Harned, 2001; Romito & Grassi, 2007; Slashinski, Coker, & Davis, 2003) e stalking (Tjaden & Thoennes, 2000), ad opera di un partner o di un ex partner. Inoltre, i rapporti delle forze dell'ordine mostrano che il 75% dei reati di IPV sono ad opera di uomini. Secondo la Walker (1984), questi ruoli di genere, definiti socialmente, portano alla vittimizzazione delle donne e alla perpetrazione della violenza contro le donne da parte degli uomini. I sostenitori della teoria femminista suggeriscono che varie tattiche, inclusa la violenza fisica, possano essere usate dagli uomini per controllare ed esercitare il loro dominio sulle donne (Dobash & Dobash, 1977, Pence & Paymar, 1993). Sulla base di questa teoria, Yllo (1988) e altri autori hanno sostenuto che la ricerca sull'abuso dei partner dovrebbe usare metodi qualitativi e il trattamento dovrebbe concentrarsi principalmente sull'affrontare i comportamenti dominanti degli uomini e le credenze patriarcali (McMahon & Pence, 1996).

Nonostante la crescente partecipazione delle donne alla sfera pubblica e produttiva, il mondo tuttavia rimane un mondo maschile. La presenza delle donne non ha avuto alcun effetto sulle sue regole e trasformazioni. Le istituzioni pubbliche e i rapporti di produzione sfoggiano una condizione di nongenere apparente, al punto da sembrare impersonali. Eppure è proprio questo carattere oggettivo, con la sua indifferenza ai bisogni impersonali, che si riconosce come caratteristica del potere maschile. La diffusa spersonalizzazione e il relegare alla sfera privata la cura dell'infanzia rivelano la logica di dominio maschile, di svalorizzazione ed esclusione delle donne. Per quanto invisibile, la struttura del dominio di genere è una specie di mistificazione, analoga a quella che Marx definì feticismo della merce – una illusione generata dagli stessi rapporti sociali (Benjamin, 1988).

In Italia la ricerca sociale sulla violenza di genere nasce con il pensiero e la pratica femminista. In particolare, il libero confronto nei gruppi di autocoscienza porta alla luce la gravità e la diffusione delle aggressioni che le donne subiscono nella loro vita. Per la prima volta esse vengono riconosciute come un problema pubblico e interpretate come funzionali al mantenimento di una struttura sociale fondata su rapporti di potere diseguali: con gli uomini in una condizione di privilegio e le donne in una di subordinazione, debolezza, incompiutezza, dipendenza. La ricerca empirica, a partire dall'esperienza di sé di ogni donna, si accompagna ad un'ampia riflessione teorica che

trova la sua formalizzazione più compiuta in un contesto anglo-americano (Brownmiller, 1975). Nonostante si siano moltiplicate le ricerche empiriche sul tema, la riflessione teorica ha subito una battuta d'arresto, tendendo a riproporre il quadro interpretativo formulato dal femminismo storico, senza lasciarsi permeare dagli sviluppi degli studi femministi in senso post-strutturalista e queer (Butler, 1990, 1993).

1.2.1.1.2. Teoria del potere

I teorici della teoria del potere sostengono che le radici della violenza non sono esclusivamente all'interno della cultura di riferimento, ma anche dall'interno della struttura familiare (Straus, 1976). I conflitti familiari, l'accettazione sociale della violenza e la disuguaglianza di genere sembrano condurre allo sviluppo e al mantenimento dell'IPV. Secondo questo modello la violenza, utilizzata per affrontare i conflitti familiari, è stata appresa durante l'infanzia sia attraverso la violenza asssitita che attraverso l'abuso fisico (Straus, 1977). Si ritiene che gli stress psicosociali, comprese le difficoltà economiche, aumentino le tensioni familiari e mettano la famiglia ad un rischio più elevato di coinvolgimento nella violenza fisica (Straus et al., 1980; Witt, 1987). Numerosi studi hanno riscontrato tassi di IPV più elevati in famiglie ad alto conflitto, con livelli più elevati di stress e stati socioeconomici inferiori (Cascardi e Vivian, 1995; Coleman & Straus, 1986; Gelles, 1980; Leonard & Senchak, 1996; Mihalic & Elliott, 1997). Gli studi che esaminano l'impatto della struttura di potere sui tassi di violenza familiare hanno anche riscontrato più bassi livelli di aggressione fisica in coppie più egualitarie, sostenendo l'idea che gli squilibri di potere possono aumentare il rischio di IPV (Coleman & Straus, 1986, Gray-Little, Baucom & Hamby, 1996).

Molti studiosi hanno criticato il modello interpretativo socioculturale, siostenendo che esso è mancante di supporti empirici, oltre che teso ad eliminare altri approcci alternativi alla comprensione del fenomeno (Dutton & Corvo, 2006; Dutton & Nicholls, 2005). In aggiunta, alcuni studi meta-analitici sui fattori di rischio per l'IPV (Stith, et al., 2004), indicano che gli *effect-size* sono più piccoli & spesso non significativi) per i fattori distali che sono molto comuni tra i modelli socioculturali &s. caratteristiche sociodemografiche del perpretatore; sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni; accettazione della violenza come pratica educativa, etc.), e più grandi per i fattori più prossimali ai comportamenti abusivi (ad es. psicopatologia di uno o entrambi i componenti della coppia; abuso di sostanze; scarsa tolleranza della frustrazione, etc.).

1.2.1.2. Modelli psico-sociali

Questi modelli si concentrano sulle caratteristiche del perpretatore (ad es. rabbia o emozioni negative) che possono aumentare la probabilità di perpretazione dell'IPV. In contrasto con i modelli socioculturali, i modelli intrapersonali consentono agli studiosi di esaminare il motivo per cui due persone, che fanno riferimento ai medesimi contesti socio culturali, possono differire marcatamente nelle loro tendenze verso la perpretazione dell'IPV. Una vasta gamma di teorie illustarno questo approccio, di seguito ne illustreremo alcune.

1.2.1.2.1. Teoria dell'apprendimento sociale

Basato su modelli inizialmente sviluppati da Bandura (Bandura, 1971, Bandura, 1973), i teorici dell'apprendimento sociale suggeriscono che la violenza nei confronti della partner, è acquisita inizialmente attraverso il *modeling* (modalità di apprendimento basata sull'osservazione di un modello e sull'imitazione del suo comportamento), avvenuto durante l'infanzia, osservando le relazioni tra i genitori. Le vittime e gli autori della violenza risultano avere una tolleranza maggiore ed un'accettazione della stessa all'interno della propria famiglia se da piccoli sono stati testimoni o hanno subito direttamente abusi fisici. Da ciò risulta, come affermato anche da alcune ricerche, (Hotaling & Sugarman, 1986; Kalmuss, 1984), che la violenza intergenerazionale favorisce l'assunzione di un ruolo di vittima o di perpetratore. Inoltre i sostenitori ripongono particolare attenzione sulle peculiarità dei ruoli tra i sessi che potrebbero rinforzare l'IPV. Questa teoria ha influenzato lo sviluppo di programmi di trattamento per gli autori della violenza, essi hanno come obiettivo l'insegnamento di nuovi metodi per imparare a gestire i conflitti all'interno della famiglia in modo non violento.

1.2.1.2.2. Modello contesto/situazionale

Riggs e O'Leary (1989, 1996) svilupparono un modello per esporre una forma di IPV, chiamata aggressione di corteggiamento (courtship aggression), rifacendosi alla teoria dell'apprendimento sociale. Il modello descrive due componenti generali: fattori ambientali e situazionali che contribuiscono alla sviluppo e al mantenimento della relazione violenta. I fattori ambientali includono una storia di abusi dei quali il soggetto è stato testimone o vittima diretta, tratti di personalità aggressivi, irritabilità, psicopatologia, l'uso primario di aggressività e accettazione sociale della stessa vista come modalità di gestione del conflitto. I fattori situazionali invece descrivono il

palcoscenico nel quale la violenza si verifica: i conflitti interpersonali, l'uso di sostanze, soddisfazione nella relazione, i livelli di intimità, abilità di problem-solving, aspettative personali dei risultati della violenza e stili comunicativi, sono tutte variabili che concorrono allo scoppio di un episodio violento. Gli autori sostengono che entrambe le classi di fattori interagendo determinerebbero l'intensità del conflitto. Questo modello chiarisce approssimativamente per il 60% la differenza di incidenti di IPV tra uomini e donne (Riggs & O'Leary, 1996); inoltre i fattori situazionali sembrano spiegare meglio l'aggressione di corteggiamento.

Gli studi che hanno esaminato questo modello hanno trovato alcune prove empiriche a supporto di questa teoria. Esperienze pregresse come la violenza assistita, l'attitudine all'utilizzo della violenza, l'aggressività dei genitori e l'uso precedente della violenza sono considerati fattori predittivi della violenza da parte del partner (Riggs & O'Leary, 1996).

1.2.1.3. Modelli individuali

La psicopatologia e i tratti di personalità sono considerati come possibili fattori incentivanti la violenza nelle relazioni intime. Due approcci spesso citati in letteratura sono l'organizzazione di personalità borderline e la teoria dell'aggressività di Dotton (BPO) e il modello di sviluppo dei sottotipi di atteggiamenti maltrattanti di Holtzworth-Munroe e Stuart. Entrambe le teorie enfatizzano il ruolo dell'attaccamento, le prime esperienze infantili e l'impulsività nella perpetrazione dell'IPV.

1.2.1.3.1. Teoria dell'aggressività di Dotton

La BPO, sulla base della teoria dell'attaccamento, ipotizza che la tendenza al mantenimento della relazione violenta in età adulta sia causata da un attaccamento insicuro e dall'umiliazione vissuta durante la prima infanzia/adolescenza. I soggetti con questo tipo di attaccamento sono caratterizzati dal desiderio di avere un contatto sociale intimo e allo stesso tempo temono il rifiuto e si ritirano per mancanza di fiducia nei confronti dell'altro, così da risultare spesso insoddisfatti delle proprie relazioni intime. Stile di attaccamento che fuso con la tendenza di questi soggetti ad intensi attacchi di rabbia favorisce il mantenimento della violenza nella relazione all'interno della quale il soggetto si sente minacciato dal partner o sostiene che la relazione sia fallita (Dutton 1995).

1.2.1.3.2. Modello di sviluppo dei sottotipi di atteggiamenti maltrattanti

Il modello di Holtzworth-Munroe e Stuart (1994) ipotizza la presenza di tre sottotipi di atteggiamento della persona maltrattante identificabili attraverso la combinazione di tre variabili distali e cinque prossimali aventi una relazione causale con la perpetrazione dell'IPV. Le tre distali includono fattori genetici e prenatali, esperienze nella prima infanzia all'interno della famiglia ed esperienze con i pari. Quelle prossimali sono: tipologie di attaccamento: l'impulsività, abilità sociali e atteggiamento violento nei confronti delle donne. Gli autori suggeriscono che la presenza di varie combinazioni di queste variabili potrebbe dar vita ad uno dei tre sottotipi: 1) solo in famiglia, 2) disforico/borderline, 3) generalmente violento e antisociale.

Ci pare importante sottolineare che la qualità dell'ambiente di accudimento è profondamente influenzata da fattori di rischio e/o di resilienza, presenti ai diversi livelli dell'ecologia di vita del nucleo familiare. Per tal motivo le condotte genitoriali di maltrattamento a danno dei figli sono considerate l'esito di articolati processi associativi tra diverse variabili di tipo individuale, familiare e sociale. Nell'ambito del maltrattamento infantile alcuni autori affermano che l'ipotesi principale nel campo dell'abuso e della trascuratezza è la nozione di trasmissione intergenerazionale (Guarino, Petrocchi, & Ammaniti, 2018). Alcuni contributi in letteratura (Colman & Widom, 2004; Widom, Czaja, & Dutton, 2008) hanno evidenziato che il maltrattamento subito nel corso dell'infanzia e l'esposizione alla violenza in famiglia rappresenta un fattore di rischio, che espone il bambino sia allo sviluppo in età adulta di comportamenti abusanti, che alla vittimizzazione.

1.2.1.3.3. La teoria dell'attaccamento

Per quanto riguarda la prospettiva dell'attaccamento, ha riconosciuto, che nelle situazioni di genitorialità maltrattante il sistema di attaccamento del bambino subisce un'attivazione senza risoluzione. La condotta ostile del genitore suscita paura nel bambino e sollecita in lui una richiesta di conforto destinata a non essere soddisfatta. Tale situazione paradossale determina movimenti contraddittori rispetto alla figura d'attaccamento e sostiene, nel bambino, la costruzione di modelli mentali multipli di sé e dell'altro. La presenza di tendenze contraddittorie nella condotta di bambini maltrattati è risultata accompagnata, a livello delle rappresentazioni mentali genitoriali, da analoghe condizioni di discontinuità e dissociazione che, nell'AAI si esprimono con cadute nella capacità metacognitiva di monitorare il ragionamento, a causa di memorie

traumatiche intrusive (Guarino, Petrocchi, & Ammaniti, 2018). L'aspetto di traumaticità di questi contenuti, si evidenzia nel corso della descrizione di lutti e/o abusi vissuti nell'infanzia e definisce stati mentali altamente incoerenti e non integrati, classificati come "irrisolti" o "non classificabili"

La maggior parte delle ricerche che hanno indagato il rapporto tra la violenza nelle relazioni intime e attaccamento si sono sviluppate nell'arco degli ultimi dieci anni. Le metodologie utilizzate per approfondire questi due costrutti e la loro relazione sono molto variegate, pochissime comprendono studi longitudinali (Kuijpers et al., 2012). Nonostante i risultati siano ambivalenti e contrastanti, un'ampia parte della letteratura ha individuato nell'attaccamento adulto un possibile fattore di rischio dell'IPV (Toews et al., 2005; Oka et al., 2016). Complessivamente la letteratura ha evidenziato numerose contraddizioni: in alcune ricerche viene riscontrata una correlazione tra il costrutto dell'attaccamento e quello della violenza intima, in altri studi invece non emergono dati significativi e questo potrebbe essere legato anche all'eterogeneità delle metodologie statistiche utilizzate per studiare il fenomeno (Bookwala, 2002; Rapoza & Baker, 2008).

Aggiungiamo che a differenza degli altri approcci teorici, la prospettiva dell'attaccamento non è specifica per il genere, anche se viene tipicamente applicata per la comprensione della violenza degli uomini sulle donne.

1.2.1.4. Modelli interpersonali

Discostandosi dai modelli socioculturali e intrapersonali, in questi modelli gli studiosi si soffermano sul reciproco scambio di comportamenti affettivi negativi tra i partner (*inter alia* Gottman, 1976). Nello specifico, conflitto e bassa soddisfazione coniugale, sono stati identificati dai ricercatori come cruciali predittori dell'IPV.

Pertanto, diventa cruciale comprendere i modi in cui le coppie (con almeno un partner violento) interagiscono e includere queste informazioni per proporre interventi clinici efficaci. Ad esempio, rispetto alle coppie non violente, le coppie violente mostrano durante il conflitto comportamenti più offensivi e una comunicazione maggiormente negativa (Berns, Jacobson, & Gottman, 1999). Le coppie violente sembrano essere assorbite da: reciproca aggressività, disprezzo, disgusto e ostilità manifesta, con ogni partner che ricambia l'altro con un comportamento negativo (Gottman, 1994).

Questi modelli interpersonali, con la loro enfasi sulle dinamiche relazionali, rappresentano un avanzamento rispetto ai modelli in cui predominano esclusivamente fattori socio culturali o intrapersonali per spiegare la perpretazione dell'IPV.

1.2.1.5. Modelli integrativi

Gli studiosi hanno sviluppato alcuni modelli generali con l'obiettivo di integrare la disparata letteratura all'interno di un quadro coerente. Un esempio è il modello ecologico di Dutton (1995), che postula che i fattori di rischio dell'IPV possono essere concettualizzati attraverso quattro livelli di analisi. Al livello più ampio, il macrosistema include valori e credenze culturali generali, come le norme sociali e sistemiche riguardanti il genere e il potere. Il livello di analisi dell'esosistema include i collegamenti del perpetratore alle strutture sociali, come ad esempio amici, social network, norme sul posto di lavoro e istituzioni legali che collegano le persone e le loro famiglie alla comunità e alla cultura più ampia. Il livello di analisi del microsistema coinvolge gli aspetti di circostanza in cui si verifica l'IPV (ad esempio, dinamiche relazionali, struttura familiare, antecedenti immediati e conseguenze del comportamento abusivo). Al livello ontogentico di analisi, l'attenzione si sposta sulle differenze individuali degli abusatori e sulla storia di sviluppo. Così, i fattori di rischio ontogentici includono caratteristiche personali più generalizzate - come le distorsioni cognitive, le strategie di regolazione delle emozioni e le storie di apprendimento - che determinano come l'individuo reagisce alle situazioni dell'esosistema e del microsistema.

Un modello teorico integrativo più recente sottolinea l'importanza dei fattori contestuali che sono rilevanti per comprendere gli episodi violenti (Bell & Naugle, 2008).

Tabella 1.4 *Principali modelli teorici di analisi della violenza nell'IPV*

TEORIE	*AUTORI*	*CARATTERISTICHE*
Teoria femminista	Dobash e Dobash (1977) Walker (1979) Yllo e Bograd (1988)	Disuguaglianza femminile; squilibri di potere tra i sessi; sessismo derivante dalle credenze patriarcali della società.
Teoria del potere	Straus (1976, 1977) Straus et al. (1980)	Conflitti familiari, accettazione sociale della violenza, disuguaglianza di genere, convizioni sociali sull'IPV.
Teoria dell'apprendimento sociale	Mihalic e Elliott (1997) Kalmuss (1984) O'Leary (1988)	Violenza intergenerazionale come modalità di apprendimento che favorisce l'assunzione di ruolo di vittima o perpretatore.

Modello di background/situazionale	Riggs e O'Leary (1989) Riggs e O'Leary (1996)	Background = abuso e storia d' aggressione; psicopatologia; accettazione sociale della violenza; eccitabilità; caratteristiche di personalità aggressiva. Situazionale = conflitti interpersonali; uso di sostanze; soddisfazione relazionale; livelli di intimità; Capacità di risoluzione dei problemi; stile di comunicazione.
Organizzazione borderline di personalità e teoria della violenza	Dutton (1995)	Attaccamento insicuro e vergogna durante lo sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza.
Modello di sviluppo dei sottotipi violenti	Holtzworth-Munroe e Stuart (1994) Holtzworth-Munroe e Meehan (2004)	Fattori genetici prenatali; prime esperienze familiari; attaccamento agli altri; impulsività; abilità sociali; atteggiamento verso le donne e violenza.
Teoria dell'attaccamento	Alexander (2009) Henderson, Bartholomew, Trinke, e Kwong (2005) Kuijpers, van der Knaap, e Winkel (2012)	Attaccamento come fattore di rischio per IPV; maggiori probabilità di aver sperimentato nell'infanzia esperienze d'abuso e di maltrattamento.
Modelli interpersonali	Gottman (1976)	Conflitto e bassa soddisfazione coniugale come predittori dell'IPV.
Modelli integrativi	Dutton (1995)	Fattori di rischio dell'IPV concettualizzati attraverso 4 livelli di analisi – macrosistema esosistema, microsistema, ontogenetico.

1.2.2 Limiti delle teorie sull'Intimate Partner Violence

Questa lettura complessiva ci permette di fare un passo importante verso la coerenza teorica, fornendo una struttura agli studi sull'IPV (inter alia, O'Leary et al., 2007; Stith et al., 2004). Tuttavia, il quadro concettuale sottolinea i livelli di analisi o le classi di

variabili piuttosto che i processi, il che significa che non sono chiariti i meccanismi attraverso cui particolari fattori di rischio favoriscono la perpetrazione di IPV. Per esempio, la teoria di Dutton è stata rigorosamente testata per determinarne la fattibilità, rispetto agli studi iniziali, ma non rispetto agli studi più recenti (Dutton, 1995). Una limitazione identificata per la maggior parte dei modelli è la mancanza di un supporto empirico. È importante pertanto osservare il fallimento delle diverse teorie nel cogliere adeguatamente la complessità della perpetrazione dell'IPV. Studi recenti evidenziano l'apparente eterogeneità dell'IPV, tra cui la variabilità dei tipi di IPV, la gravità, la funzione e il ruolo di vittima / perpetratore (Holtzworth-Munroe & Meehan, 2004). Ciascuna delle teorie sopra descritte identifica un sottoinsieme di variabili ipotizzate per essere causalmente correlate alla perpetrazione dell'IPV (per esempio fattori socioculturali, caratteristiche della relazione, fattori di sviluppo precoci, etc.), e per ognuna di queste teorie è stato fornito un livello di supporto empirico. Tuttavia, ognuna di queste teorie è limitata nel suo potere di prevedere completamente la perpetrazione dell'IPV.

Teorie femministe e teorie che fanno riferimento alla teoria del potere sono state parzialmente supportate. Ad esempio, mentre alcune evidenze empiriche indicano una relazione tra ideologie patriarcali e tassi di IPV, altri ricercatori non hanno trovato alcuna relazione coerente tra convinzioni patriarcali e tassi di violenza dei partner (Coleman & Straus, 1986; Dutton, 1995; Hotaling & Sugarman, 1986). In effetti, alcuni studi hanno rilevato una minore violenza da parte dei partner nelle famiglie in cui il marito possedeva valori più tradizionali e patriarcali (Campbell, 1992). Inoltre queste teorie, mentre sono determinanti nella rilettura dell'IPV alla luce dello squilibrio del potere nelle relazioni uomo – donna, non riescono a spiegare la medesima violenza nelle coppie omosessuali; hanno un impatto limitato sulla prevenzione e sui trattamenti e risultano poco flessibili rispetto alle nuove scoperte sul fenomeno. D'altra parte anche i restanti modelli si sono mostrati limitati nella loro capacità di migliorare l'efficacia clinica dei programmi di prevenzione e di trattamento dell'IPV.

Sebbene molte di queste teorie abbiano avuto un ruolo significativo nell'influenzare i programmi di prevenzione e trattamento dell'IPV, fino ad oggi la maggior parte di esse si è mostrata relativamente inefficace nel ridurre i tassi di perpetrazione dell'IPV nel tempo (Babcock et al., 2004; Holtzworth-Munroe, 2002; Rhatigan et al., 2005). I piccoli effect-size dei programmi possono essere almeno in parte attribuibili alle limitazioni metodologiche degli studi di outcome, agli alti tassi di abbandono e alle difficoltà di tradurre la teoria in pratica clinica (Babcock et al., 2004); tuttavia è anche possibile che

l'efficacia di questi programmi sia limitata da una scarsa comprensione teorica ed empirica delle variabili prossimali relative agli episodi di IPV (Rhatigan et al., 2005, Whitaker et al., 2006).

Dati i limiti delle teorie esistenti, diversi ricercatori hanno sostenuto la creazione di nuovi quadri teorici che potrebbero migliorano le precedenti teorie (Bogat et al., 2005, Rhatigan et al., 2005, Whitaker et al., 2006). Innanzitutto, le nuove teorie dovrebbero essere formulate in modo più completo e coerente, tenendo conto delle prospettive di vittime e perpretatori (la prospettiva femminista, ad esempio, non tiene conto del ruolo rivestito dalla donna nella relazione violenta, con la motivazione che questa motivazione "prettamente psicologica" potrebbe colpevolizzare la donna stessa) e integrando le opinioni di più discipline accademiche, tra cui la psicologia, la sociologia, il diritto (Rhatigan et al., 2005). Inoltre, i nuovi modelli di riferimento dovrebbero essere di natura più idiografica, tenendo conto della significativa eterogeneità del fenomeno dell'IPV identificato in letteratura (Bogat et al., 2005). Corrispondentemente, le prospettive teoriche future e la relativa ricerca dell'IPV dovrebbero affrontare il contesto e gli eventi prossimali associati agli episodi IPV (Bogat, Levendosky & von Eye, 2005).

1.2.3 Fattori di rischio per un'analisi complessiva dell'IPV

L'Ipv è un fenomeno complesso e multidimensionale, e nel corso degli anni sono stati proposti, diversi modelli teorici per spiegarne la complessità (vedi paragrafo precedente). Inoltre, a causa delle differenze metodologiche, i dati provenienti dai diversi studi hanno mostrato un'ampia gamma di fattori di rischio per l'insorgenza dell'IPV.

Tra i fattori di rischio collegati alla vittimizzazione, la giovane età è significativamente associata all'essere vittima di IPV (Abramsky et al., 2011). Inoltre, donne con bassa istruzione, basso reddito e donne separate o divorziate sono risultate più inclini a riportare vittimizzazione nel corso della vita (Gibbs et al., 2018). Gli studi condotti su donne in gravidanza differiscono tra di loro; non è abbastanza chiaro se la prevalenza di vittimizzazione aumenta, dimuisce o è la medesima durante questo periodo. Un sondaggio sulla popolazione americana ha mostrato che le donne che hanno avuto una gravidanza non desiderata hanno riferito livelli più elevati di abuso durante il periodo di attesa rispetto alle donne con gravidanze programmate (15% contro 5%) (WHO, 2013).

Esposizione al maltrattamento e abuso sessuale sono predittori di perpretazione e vittimizzazione. Le donne con una storia passata di vittimizzazione da parte di estranei sono risultate a più alto rischio di subire abusi da parte dei futuri partner rispetto alle donne senza precedenti di questo tipo (Cole, Logan & Shannon, 2005).

La letteratura internazionale sulla trasmissione intergenerazionale della violenza ha mostrato il ruolo delle esperienze di maltrattamento infantile nel predire l'IPV (Widom et al., 2014). Tuttavia, la ricerca sul tema dell'influenza dell'abuso infantile sulla IPV necessita ancora di ulteriori approfondimenti. Alcuni studi suggeriscono che le donne sopravvissute al maltrattamento durante l'infanzia hanno più probabilità di sperimentare forme di vittimizzazione da parte degli adulti rispetto a individui che non subiscono vittimizzazione infantile (per una rassegna, vedi Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005). Numerosi studi hanno trovato associazioni significative tra esperienze di abuso fisico, sessuale (Coid et al., 2001; Fergusson et al., 2008) o violenza assistita (Bensley, Van Eenwyk & Simmons, 2003; Timmons et al., 2012) ed IPV. Tuttavia, i risultati provenienti da altre ricerche non hanno confermato tali associazioni (Stith et al., 2000). Inoltre, solo pochi studi, condotti perlopiù negli ultimi dieci anni, hanno esaminato l'influenza di altre gravi forme di maltrattamento quali il neglect e l'abuso psicologico infantile, trovando associazioni significative tra questi tipi di esperienze traumatiche e l'IPV (Widom et al., 2014); ancora una volta i risultati provenienti da altri studi non hanno mostrato tali associazioni (Milletich et al., 2010). Questi risultati suggeriscono l'importanza di aumentare il senso di controllo e di responsabilizzazione nei confronti delle donne vittime di IPV (Kuijpers, van der Knaap & Lodewijks, 2011).

Le aree psicopatologiche che hanno ricevuto attenzione come potenziali fattori di rischio per l'IPV, includono i domini di internalizzazione e esternalizzazione. Problemi di condotta o comportamenti antisociali sono emersi come fattori di rischio per un successivo coinvolgimento di uomini e donne che perpetrano l'IPV e sono frequentemente considerati mediatori di precedenti fattori di rischio (come ad esempio riferendoci a rigidi trattamenti genitoriali). Al contrario, rispetto al dominio internalizzante, in cui sono stati identificati meno studi, i risultati indicano che i sintomi depressivi sono associati alla perpetrazione e alla vittimizzazione dell'IPV, ma che questa associazione non è solida nelle analisi multivariate. Mentre la maggioranza degli studi si è concentrata sulla depressione come potenziale conseguenza dell' IPV (ad esempio, Beydoun et al., 2012), solo alcuni studi hanno evidenziato che la depressione può essere un fattore di rischio per la violenza nelle relazioni intime (Lehrer et al., 2006) alternativa è possibile una relazione reciproca tra depressione e IPV (Al Modallal

et al., 2008; Golding, 1999). Iverson e colleghi (2011) hanno invece sostenuto che i sintomi depressivi, come il senso di colpa o l'impotenza, possono aumentare il rischio di divenire vittima, compromettendo la capacità di riconoscere i potenziali perpretatori.
Anche se non è facile riconoscere una relazione causale, alcuni studi longitudinali hanno mostrato un'associazione tra consumo di alcol e IPV (Devries, 2014). Il consumo di droghe è stato meno investigato come potenziale fattore di rischio (Capaldi et al., 2012). Tuttavia, uno studio longitudinale ha mostrato che l'uso delle droghe pesanti da parte delle donne era stato associato ad un aumento delle probabilità di sperimentare la violenza da parte del partner nei successivi 12 mesi; in particolare sia il consumo di marijuana che l'uso di droghe pesanti erano associati a una maggiore probabilità di sperimentare violenza nelle nuove relazioni (Testa, Livingston, & Leonard, 2003).
Da una prospettiva maggiormente relazionale è stata indagata l'insoddisfazione coniugale/ conflitto in associazione con il rischio di perpretare IPV. Questo fattore è stato identificato come predittore prossimale di violenza (Capaldi et al., 2012). Inoltre, una review ha evidenziato che i detenuti di sesso maschile arrestati per violenza, hanno riportato relazioni con minore soddisfazione e maggiore conflitto rispetto alle donne perpetratrici (Stith et al., 2008). Uomini che supportano credenze, atteggiamento, aspettative maschili potrebbero coinvolgere maggiormente le partner in conflitti di genere e, conseguentemente, perpetrare maggiore violenza nelle relazioni intime se le loro partner violano questi norme.

1.2.3.1 Dinamiche della violenza

Oltre alla letteratura sui fattori di rischio dell'IPV, alcune teorie si sono concentrate sui modelli dinamici come la teoria del ciclo della violenza (Walker, 1979) e il modello di Duluth di Potere e Controllo (Pence & Paymar, 1993). Entrambi i modelli fanno riferimento alla prospettiva femminista. Questi approcci in generale spiegano come i risultati dell'IPV possano essere riletti alla luce di una distribuzione ineguale del potere in una società patriarcale, e come gli uomini utilizzino la violenza per mantenere i loro privilegi.

1.2.3.1.1 La teoria del ciclo della violenza

Un importante contributo che spiega il ciclo di ripetizione della violenza è offerto da Walker (1979, 1984); nella sua analisi la fase acuta dell'espressione della violenza è

preceduta dalla crescita della tensione ed è seguita da una fase di pentimento amoroso e assenza di tensione: "l'esperienza di maltrattamenti ripetuti, come scariche elettriche, diminuisce la motivazione delle donne a rispondere" (Walker, 1979, p. 50).

Nella prima fase di *costruzione della tensione*, i comportamenti violenti aumentano e peggiorano e gli uomini diventano più aggressivi, rendendo più intensi gli atteggiamenti maltrattanti. Aumentano le umiliazioni, gli insulti, le offese, le strategie di controllo si fanno più pesanti e opprimenti, la gelosia patologica è sempre più ingiustificata. La donna si trova in una escalation della violenza: le minacce si fanno più precise e terrorizzanti, le aggressioni verbali si intensificano, così come le aggressioni fisiche (Hirigoyen, 2000, 2006; Walker, 1979, 1984). La donna cerca di assumere atteggiamenti concilianti nei confronti del partner, spinta soprattutto dalla paura. Questo comportamento produce alcuni risultati positivi, che alimentano nella donna la convinzione di poter controllare la situazione critica. Allo stesso tempo però la vittima diviene sempre più passiva ed incapace di fronteggiare i maltrattamenti del partner (Walker, 1979, 1984).

Durante la seconda fase, quella dell'*esplosione della violenza*, la donna si rende conto di non riuscire a controllare e a gestire il comportamento violento del partner, ritrovandosi ad essere vittima di episodi di rabbia e aggressività incontrollabili, poiché nessuna delle strategie difensive messe in atto in precedenza sembra funzionare. La donna inizia a provare un forte senso di sfiducia e rassegnazione, si sente persa e sola, abbandonata dal mondo esterno, e sente di non avere possibilità o vie d'uscita; la donna vive questa fase senza un senso di chiarezza o lucidità, sentendosi spesso frastornata, confusa, vacillante, come se non sapesse esattamente cosa pensare e cosa fare. Questo particolare stato d'animo viene definito *senso di impotenza appresa*: la donna si sente priva di qualsiasi strumento capace di intervenire sulla situazione e perde ogni speranza, poiché ha sviluppato nel tempo un forte senso di inadeguatezza, che la porta a sentirsi priva di potere e controllo sulla propria vita. Secondo alcuni studi, le donne che hanno subito maltrattamenti durante l'infanzia sono più vulnerabili e predisposte allo sviluppo di tali sentimenti (Seligman, 1975; Walker, 1979, 1984). Tale meccanismo ha la funzione di rendere le relazioni maltrattanti più disfunzionali ma anche più stabili (Barholomew, Henderson & Dutton, 2001). Nonostante ciò, in molti casi è proprio nella fase dell'esplosione della violenza che le donne chiedono aiuto, poiché inizia a diventare quasi impossibile ignorare la pericolosità e l'intenzionalità dell'abusante (Walker, 1979, 1984; Mazzoni & Malagoli Togliatti, 2009).

La terza fase del ciclo, denominata *luna di miele* o *contrizione amorosa*, si presenta di solito dopo un episodio grave ed eclatante di violenza: il partner inizia a mostrare segni di pentimento, comportandosi in modo sereno e tentando di riportare la relazione ad una condizione di apparente calma ed equilibrio. L'uomo tenta quindi di farsi perdonare, non tanto della violenza usata, di cui si sente giustificato, ma per aver ecceduto con essa (Walker, 1979, 1984). Questo atteggiamento di sottomissione e totale fiducia ricompone temporaneamente il rapporto di coppia e la donna prova una sorta di appagamento, poiché crede di poter finalmente controllare la relazione.

1.2.3.1.2 Il Modello di Duluth

Nel 1984 nella città di Duluth (Minnesota), lo staff del Domestic Interuse Program (DAIP) si è posto l'obiettivo di combattere la violenza sulle donne, offrendo programmi che accompagnino non solo le vittime, dando principale importanza alla loro incolumità, ma anche i partner violenti, aiutandoli in un percorso di consapevolezza delle proprie azioni.

Dopo aver ascoltato numerose storie di violenza, viene stilato un elenco di comportamenti e tattiche più comuni usate dagli uomini violenti e delle tattiche che ricorrono con più frequenza nei vari episodi, dal quale viene poi sviluppata la "Ruota del Potere e del Controllo" (Figura 1.3), così definita perché la motivazione alla base dell'abuso sono proprio il potere e il controllo sull'altra persona.

Nerl modello, le otto strategie principali utilizzate da un perpretatore sono: coercizione e minacce, intimidazione, abuso emotivo, isolamento, minimizzazione, negazione e biasimo, coinvolgimento dei figli, squilibri di genere privilegiando quello maschile, abuso economico. All'interno di ognuno di questi pattern vengono elencati più comportamenti, i quali vengono messi in atto per trascinare la vittima in un clima di terrore e paura costanti, per sé stessa e per eventuali figli, all'interno di un ciclo di violenza che peggiora ogni giorno di più e che raffigura l'uomo come centro di potere assoluto.

Figura 1.3 *Ruota del potere e del controllo (da Domestic abuse intervention project Duluth, Minnesota, 1984)*



Inoltre, la violenza fisica e sessuale può essere inclusa nei comportamenti violenti e, contrariamente al ciclo di violenza, l'abuso non è un incidente isolato ma una presenza costante nelle vittime dell'IPV.

1.2.4. Conseguenze dell'Intimate Partner Violence

Le donne vittime di IPV segnalano più problematiche di salute fisica e mentale rispetto alle donne che non segnalano abusi da parte dei partner; a questo si aggiunge un maggiore utilizzo di servizi sanitari e maggiori probabilità di lesioni e morte per aggressione fisica e sessuale; malattie sessualmente trasmissibili, compreso l'HIV; malattie infiammatorie pelviche; esiti riproduttivi avversi, tra cui gravidanze indesiderate e/o interruzioni di gravidanze, esiti avversi al parto; sintomi urogenitali come infezioni alla vescica o ai reni, sanguinamento vaginale.

Gli effetti dell'IPV sulla salute delle vittime riguardano sintomi psicopatologici legati a disregolazione affettiva (Samuelson, Kruger & Wilson, 2012), disordini gastrointestinali (Laserman & Drossman, 2007), disturbo depressivo maggiore (Iverson et al., 2011), aumento del consumo di alcolici e droghe (Lemon, Verhoek-Oftedahl &

Donnelly, 2004); dolore cronico, disagio psicologico; disturbi neurologici, emicrania e altre disabilità fisiche, oltre a disturbi da stress post-traumatico[1], disturbi del sonno, disturbi d'ansia, abuso di sostanze, suicidalità o autolesionismo (Black, 2011; Campbell, Sullivan & Davidson, 1995; Golding, 1996; Kessler et al., 1994). Un numero considerevole di studi ha esaminato un possibile collegamento tra esperienze di abusi sessuali e fisici e disturbi dell'alimentazione. Una parte di essi ha indicato che una percentuale di donne tra il 29% e il 64% con disturbi alimentari ha subito abusi sessuali nell'infanzia (Oppenheimer, Howells, Palmer & Chaloner, 1985), e una percentuale tra l'11% e 27% ha subito uno stupro nel corso della vita (Dansky, Brewerton, Kilpatrick & O'Neil, 1997).

L' IPV è altresì associata a una serie di effetti avversi sulla salute fisica, tra cui malattie croniche e infettive. La violenza dei partner e in particolare la violenza sessuale può essere associata ad un aumentato rischio di neoplasia cervicale. Alcuni studi hanno mostrato che donne con carcinoma del collo dell'utero hanno riferito di essere state più a lungo in relazioni violente e di aver subito più frequenti attacchi fisici e sessuali e più lesioni associate all'IPV rispetto al gruppo di controllo (Hindin et al., 2000); altri non hanno invece rilevato alcuna relazione tra storia di violenza e cancro (Hathaway et al., 2000; Modesitt et al., 2006). Altri studi fanno emergere chiaramente alterazioni della funzione immunitaria di difesa nelle donne maltrattate, della produzione di interferone e della frequenza di cancro della cervice uterina (Constantino et al., 2000). Vissuti di violenza e maltrattamento sono in relazione anche con malattie più specialistiche: l'abuso sessuale con il PTSD concomitante è un fattore di rischio per malattie cardiovascolari.

L'esposizione all'IPV ha ripercussioni sulla relazione di attaccamento e sulle modalità di parenting. La disponibilità emotiva, per esempio, è influenzata dalla violenza: dopo un episodio di IPV entrambi i genitori tendono a essere meno supportivi e meno emotivamente disponibili nei confronti dei figli. La diffusione del fenomeno è allarmante e la sua cronicità è di uguale preoccupazione. In un ampio lavoro, Thompson

[1] Le donne manifestano maggiore tendenza a sviluppare disturbo post-traumatico da stress (PTSD), il doppio circa rispetto uomini. Gli studi forniscono la prova di alterazioni del sistema neuroendocrino che coinvolgono i livelli e l'attività di cortisolo e DHEA e modifiche della funzione immunitaria che predispongono le donne verso un'alterazione della risposta immunitaria Th1. Pochi studi hanno affrontato il possibile ruolo di queste alterazioni biologiche in una maggiore vulnerabilità delle donne allo sviluppo di PTSD (Gill, Szanton & Page, 2005)

e colleghi (2006) hanno rilevato che il 21% delle donne che avevano avuto esperienza di IPV erano state vittime di più partner e che le donne vittimizzate da più di 20 anni erano tra il 5% e il 13%. L'effetto della vittimizzazione dell'IPV sulle conseguenze sulla salute mentale nelle donne è stato documentato in numerosi studi longitudinali (Lawrence, et al., 2012), suggerendo che le esperienze di IPV possono essere antecedenti importanti (piuttosto che conseguenze) di esiti avversi per la salute (Ehrensaft, Moffitt & Caspi, 2006).

1.3 Interventi nei contesti italiani: la prevenzione e il trattamento dela violenza di genere

Con l'approvazione della legge 119 del 2013[2] della Convenzione di Instanbul e del Piano Nazionale Antiviolenza[3], le istituzioni prendono parola in Italia sulla violenza maschile e sul suo contrasto.

In linea con l'approccio proposto dal WHO, è stato necessario mettere a sistema le azioni a favore delle donne vittime di violenza maschile, secondo un approccio olistico e multilivello, al fine di superare la logica emergenziale che connota la gestione del fenomeno. Di qui il necessario approccio "multifattoriale" con l'intento di prevedere interventi di sostegno alle donne, a cui devono essere affiancate azioni sistematiche volte a demolire il pregiudizio di genere e a modificare l'immagine stereotipata della donna.

Nel particolare i Centri antiviolenza e le Case per donne maltrattate, nati per dare una risposta concreta al problema della violenza alle donne in qualsiasi forma esso si presenti (violenza intra o extrafamiliare di natura fisica, sessuale, economica o psicologica)[4], hanno messo in luce da tempo in Italia l'esigenza di politiche attive di

---

[2] Il provvedimento arricchisce il codice di nuove aggravanti e amplia al contempo le misure a tutela delle vittime di maltrattamenti e violenza domestica. Il testo, inoltre, mette in campo risorse per finanziare un piano d'azione antiviolenza e la rete di case-rifugio, reca norme penali di altro genere che intervengono su reati come la rapina o il furto.

[3] https://27esimaora.corriere.it/wp-content/uploads/2015/05/Piano-dazione-straordinario-contro-la-violenza-sessuale-e-di-genere.pdf

[4] Il movimento femminista degli anni '70 nasce e si fonda su piccoli gruppi di autocoscienza femminili, i *Consciousness raising groups*. La loro diffusione in tutto il modo può essere derivata dai mutamenti in quei Garanti Metapsichici che fondano e regolano gli scambi sociali: - rottura della coppia generativa; - eclissi e rifiuto dell'autorità paterna; - cambiamento della divisione dei compiti e dei ruoi sociali tradizionali di uomini e donne; - allungamento della vita; - indebolimento delle strutture religiose e delle ideologie del progresso. Il *New York Radical Women*, uno dei primi gruppi di liberazione delle donne a

sensibilizzazione dell'opinione pubblica proponendo un rapporto nuovo tra "sessi" e stigmatizzando atteggiamenti di sottomissione e dominazione delle donne che invece tendono ancora ad essere ampiamente tollerati nella società.

La logica che guida gli interventi psicologici, all'interno dei centri, condotti con le donne che subiscono violenza è quella di potenziare le loro risorse personali, offrendo strumenti per uscire dalle "cornici di senso" della rassegnazione e dell'impossibilità di cambiamento. Nel particolare è importante evidenziare come suddetti centri vadano nella direzione potenziare e valorizzare la *resilienza* nelle donne vittime di violenza. La resilienza, in ambito psicologico e in generale nelle scienze dell'educazione, è stata oggetto di una serie di studi e di riflessioni, di approfondimenti teorici (per una panoramica efficace si veda Richardson, 2002) che definiscono il suo valore euristico per comprendere alcuni aspetti e processi dello sviluppo umano, nel crocevia delle interazioni individuo-ambiente. È importante sottolineare come le ricerche teoriche condotte negli ultimi decenni offrono a chi oggi progetta interventi a sostegno della resilienza l'identificazione delle variabili individuali e sociali su cui lavorare, i diversi livelli nei quali si collocano queste variabili (singoli, famiglia, comunità), l'indicazione di quali momenti del ciclo di vita siano più indicati per un intervento di potenziamento della resilienza.

Nella letteratura anglosassone associato strettamente alla resilienza è il concetto di *empowerment*, divenuto fondante negli interventi di promozione del benessere realizzati a vario titolo, che designa il sentimento di potere sull'ambiente e sulle situazioni di vita, connesso al riconoscimento da parte della persona delle proprie competenze e possibilità. Gli indicatori dell'empowerment personale sono essenzialmente fondati sulla capacità di controllo personale e di autonomia, e rinviano alla auto-apprezzamento/valutazione delle competenze e alla stima di sé. Assunto in modo esplicito come obiettivo dalla psicologia di comunità, l'empowerment è un costrutto complesso, che mira a favorire l'acquisizione di potere, cioè ad accrescere la possibilità

New York, è sorto dall'incontro di varie donne e dalla richiesta di una di loro di fare un esempio di vita su come le altre avevano vissuto l'oppressione come donne, fondamnetale paer aumentare l'autocoscienza. I Consciousness-raising groups sono una trasformazione di una estesa tradizione americana di mutuo soccorso, rintracciabile nelle Frindly Societies inglesi, nelle Trade Unions, nell'egualitarismo, nei movimenti antiautoritari e nelle pratiche confessionali delle sette religiose. Il movimento femminista si colloca nei movimenti antiautoritari del '68. L'attacco alla cultura patriarcale, al potere paterno, prosegue con la volontà delle donne di rifiutare la dipendenza dagli uomini, istituendo dei gruppi politici separatisti. I gruppi, che hanno dato vita ai centri si sono organizzati su base femminista (Molfino, 2014).

di far emergere le risorse, le capacità e le competenze individuali per metterle in relazione con la partecipazione alla vita della comunità in modo da migliorare i percorsi personali e parteciparvi attivamente. Come si evince da un'analisi della letteratura, le finalità di un intervento orientato all'empowerment si riferiscono alla possibilità di aiutare le persone a utilizzare le proprie forze, abilità e competenze per mobilitare le proprie risorse verso la conquista di maggior potere.

1.4 Conclusioni

Alla luce di quanto esaminato fino ad ora possiamo osservare come la violenza nelle relazioni intime sia argomento complesso e, qualunque comprensione che ometta uno dei differenti fattori, di ordine storico-culturale, sociale, politico o psicologico non potrà affrontare il problema in modo adeguato. Tuttavia, nonostante la prevalenza allarmante del fenomeno, non è ancora stato incluso nelle politiche sanitarie di molti paesi un piano di intervento per arginare e trattare adeguatamente il suo dilagare.

L'uguaglianza tra donne e uomini rappresenta un valore fondamentale dell'Unione europea (UE), sancito nei suoi trattati e nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. In tale ottica il fenomeno dela violenza sulle donne e in particolare quello della violenza sperimentata nelle relazioni intime può essere compreso alla luce di una organizzazione patriarcale della società, che permette di rileggere le relazioni tra uomini e donne nei termini di disparità di genere (Convenzione di Istanbul, 2013). Per Stein (2014) la sottomissione delle donne è stata ampiamente supportata da famiglia, comunità, chiesa, legge e medicina e dalle istituzioni culturali che promuovono e controllano i ruoli di genere. I fattori culturali e sociali coinvolti nell'IPV sono molteplici e ben identificati. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2016): i fattori associati a un aumento del rischio di sperimentare IPV e violenza sessuale includono violenza tra genitori, abuso durante l'infanzia, atteggiamenti di accettazione della violenza e disuguaglianza di genere; altri fattori aggravano la situazione di queste donne, come la riduzione delle sovvenzioni assegnate ai rifugi per le donne e ai centri anti-violenza, oltre che adeguati piani di sensibilizzazione e prevenzione. A questo è utile aggiungere il paradosso delle donne che, nonostante la brutalità dei loro partner, spesso non sono in grado di allontanarsi dalle relazioni violente e di denunciare i loro partner; molte vittime di IPV permangono nelle relazioni violente nonostante gli elevati costi della violenza stessa (Arriaga et al., 2013)

Partendo da queste considerazioni ho ritenuto utile approfondire alcune tematiche psicologiche in quanto “qualsiasi progetto di cambiamento sociale richiede una certa comprensione psicologica" (Haaken, 2010, p.6). Nel corso del capitolo ho anticipato come esperienze di traumi e maltrattamenti in età infantile possano non consentire lo sviluppo di abilità per un confronto efficace con successive situazioni minacciose nella vita (Jacobvitz & Hazen, 1999); nel tentativo di attribuire un significato all'esperienza, i bambini traumatizzati possono sviluppare processi cognitivi paralleli incompatibili, che gli impediranno l'elaborazione di circostanze difficili, come nel caso di vittimizzazione in età adulta.

Questi risultati segnalano l'importanza di investigare la letteratura presente focalizzando l’attenzione su aspetti legati alla trasmissione intergenerazionale della violenza, alle esperienze traumatiche e alle capacità riflessive e adattive delle donne in circostanze violente.

Di contro alla prevalenza del fenomeno e ai suoi effetti deleteri sulla salute delle donne, molti degli studi presenti in letteratura non presentano dati di evidenza empirica (per esempio indicatori di efficacia, replicabilità, etc.). Per cui è fondamentale aumentare gli studi in tale ambito al fine di supportare alcune implicazioni per la politica, la prevenzione e per la pratica clinica.

CAPITOLO SECONDO

L'INTIMATE PARTNER VIOLENCE TRA CLINICA E RICERCA

In every nursery there are ghosts.
They are the visitors from the unremembered past of the parents;
the uninvited guests at the christening
(Fraiberg, 1975).

2.1 Intimate Partner Violence e dimensioni correlate

Il lavoro pioneristico compiuto dalla psicoanalista Selma Freiberg, ci permette di identificare, come gli intrusi del passato che hanno preso la residenza nella stanza dei bambini, costituiscono l'eredità psicologica di una tragedia che tende a ripetersi. In particolare l'autrice ci spiega, in modo figurativo, che nella stanza di ogni bambino ci sono dei fantasmi in visita dal passato non ricordato dei genitori. Nelle situazioni migliori questi visitatori, ostili e non invitati, vengono cacciati dalla stanza dei bambini e ritornano alla loro dimora sotterranea. Il bambino fa la sua imperativa richiesta di amore al genitore e, proprio come nelle fiabe, i legami d'amore proteggono il bambino e i suoi genitori dagli intrusi, i fantasmi maligni. Questo non vuol dire che i fantasmi non possano causare guai dalle loro tombe. Persino nelle famiglie dove i legami affettivi sono stabili e forti, in un attimo di disattenzione, dal passato dei genitori gli intrusi possono trovarsi a rappresentare un momento di una scena di un altro tempo con un'altra compagnia di attori. Le esperienze relazionali precoci influenzano non solo ciò che il bambino ricorda, ma anche le modalità attraverso le quali si sviluppano i suoi processi rappresentazionali. I meccanismi che consentono alla mente di conferire significato alle diverse esperienze sono correlati alle sue interazioni primarie e questi legami sono dovuti al fatto che l'attribuzione di significati e le relazioni interpersonali coinvolgono circuiti neurali che sono anche implicati nella generazione dei processi emozionali (Siegel, 1999; Speranza, 2018).

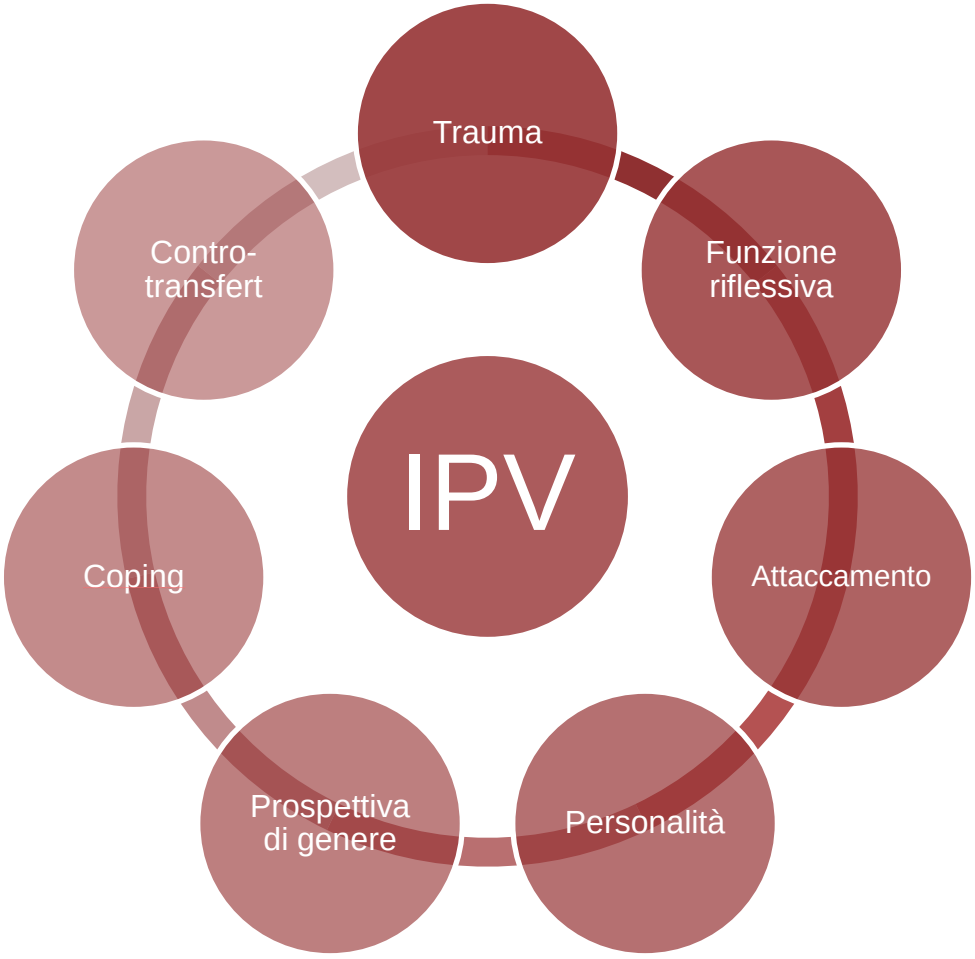
L'interesse per le conseguenze degli eventi traumatici era stato stimolato nel dopoguerra a seguito delle osservazioni compiute nell'ambito della scuola inglese da Anna Freud e

Dorothy Burligham (1944), Renè Spitz (1945), raccolte ed elaborate da John Bowlby (1973, 1980, 1988) con una serie di approfondimenti sugli effetti della separazione, dei lutti, dei traumi e delle violenze perpretate a discapito dei bambini. Tali esperienze traumatiche, vissute nel periodo dello sviluppo, sono sorprendentemente frequenti, come ormai testimoniato da ampie e accurate ricerche epidemiologiche (Tjaden & Thoennes, 2005). Il bambino è predisposto ad affidarsi alle cure genitoriali in funzione protettiva, rispetto a minacce esterne, per la regolazione delle emozioni e per la normalizzazione delle reazioni fisiologiche agli stressor. Durante i primi anni di vita, possono però verificarsi dei traumi nascosti, collegati alle violenze fisiche, alle esperienze sessuali traumatiche, ma anche all'indisponibilità delle figure d'attaccamento (Bureau, Martin & Lyons-Ruth, 2010).

Il maltrattamento infantile include tutti quei comportamenti attivi o omissivi da parte dei genitori o di altri significativi nei confronti del bambino e che procurano un danno reale o potenziale per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino (Gilbert et al., 2009). Esperienze di abuso e trascuratezza infantile possono avere un impatto deleterio sullo sviluppo biologico, psichico e sociale dell'individuo (De Zulueta, 1999; Bifulco, Moran & Bernazzani, 2002; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Teicher et al., 2003) e possono essere collegate a una serie di difficoltà interpersonali nell'ambito delle relazioni intime adulte (Widom et al., 2014). La letteratura sull'attaccamento, come abbiamo visto, ha prodotto diversi risultati interessanti per quel che riguarda lo studio e l'analisi delle esperienze precoci di natura traumatica. Un ampio spettro di eventi potenzialmente sfavorevoli è stato associato a vittimizzazione in età adulta. Abbiamo constatato come bambini che crescono con esperienze precoci avverse hanno maggiori probabilità di tollerare la violenza inflitta loro più tardi nella loro vita. Violenza e relazioni intime possono diventare intrinsecamente legate, contribuendo alla trasmissione intergenerazionale della violenza familiare (Loeber, Burke & Lahey, 2002; Moffitt et al., 2002).

Riconoscendo come non esaustiva ogni lettura che prenda come riferimento una singola teoria o singole dimensioni per spiegare un feomeno così complesso e caleidoscopico, proverò a tracciare una linea, approfondendo una serie di variabili dell'esperienza soggettiva, che sicuramente costituiscono già una specifica scelta di campo. Proverò a far convergere in questo capitolo l'approfondimento di attaccamento, trauma, mentalizzazione, autoefficacia e personalità, dando un senso a quanto anticipato nel primo capitolo (figura 2.1). In questo capitolo passerò quindi in rassegna gli studi che si sono occupati di queste variabili, in relazione alla violenza nelle relazioni intime.

Figura 2.1 *Le variabili implicate per uno studio dell'Intimate Partner Violence*



2.2 La trasmissione intergenerazionale dei modelli d'attaccamento

In accordo con Bowlby (1969/1972), la letteratura ci mostra come uno dei primi compiti di sviluppo per il bambino è quello di stabilire una relazione con una figura di attaccamento. In modo complementare all'attaccamento del bambino, si stabilirà il sistema di attaccamento del caregiver. Obiettivo del sistema di caregiving è quello di mantenere una relazione con il bambino nell'ordine di vicinanza, contatto fisico e protezione (West & George, 1999). Importante in tal senso, è che l'attaccamento continui a essere una componente della relazione per tutto l'arco della vita: stabilire un legame di cura nel contesto di una relazione intima adulta è pensato per essere un aspetto integrale dello sviluppo degli adulti (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1973; Shaver & Clark, 1994). Poichè la protezione è fondamentale per la sopravvivenza e il benessere, la teoria dell'attaccamento propone che l'individuo monitori continuamente l'ambiente alla ricerca di segni reali o percepiti di minaccia o pericolo. Bowlby ha sottolineato che

una forte attivazione del sistema di attaccamento è prevista in circostanze stressanti o minacciose. Inoltre quando le esperienze nelle relazioni sono minacciose (abuso fisico o psicologico, abbandono reale o minacciato) ne consegue che il sistema di attaccamento si trova in uno stato di attivazione relativamente costante (West & George, 1999).

Durante gli ultimi decenni è stato riconosciuto che la teoria dell'attaccamento, utile per descrivere i pattern di attaccamento tra madre e bambino, è altresì rilevante per comprendere le relazioni tra adulti oltre che la psicopatologia (Sroufe, 2005). È attraverso i modelli operativi interni (MOI)[5] che i pattern d'attaccamento dell'infanzia sono trasposti nella vita adulta e vengono trasmessi alla nuova generazione (Mikulincer & Shaver, 2007). Tuttavia l'attaccamento romantico, inteso nel senso di manifestazione adulta dell'attaccamento, va aldilà dell'originaria concettualizzazione bowlbiana. Shore e Shore (2008), ad esempio, considerano la regolazione affettiva e l'interazione amichevole come ulteriori aspetti vitali di quello che il legame di attaccamento fornisce. Nella misura in cui le reazioni di attaccamento aiutano a regolare gli affetti, le relazioni intime rappresentano uno dei principali modi per articolare, elaborare e risolvere gli affetti, siano essi piacevoli o spiacevoli.

La corrispondenza tra attaccamento del bambino e attaccamento dell'adulto viene indagata con un approccio teorico e metodologico che si fonda sull'assunto di una analogia nelle strategie di entrambi, le quali emergono come facce contrapposte della stessa medaglia: da una parte, le manifestazioni della strategia adulta a livello di rappresentazione verbalizzata, dall'altra, le strategie del bambino a livello dei comportamenti di attaccamento (Belsky, 2002; van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997). Secondo questa prospettiva i MOI inseriscono all'interno del modello teorico l'idea della costruzione, nel corso dello sviluppo, di un patrimonio interiorizzato di comportamenti interattivi sperimentati che l'individuo adulto, in questo caso la madre, ripete e riattiva con il proprio bambino. Il ruolo che le rappresentazioni materne assumono nella trasmissione dei modelli di attaccamento viene evidenziato dalle ricerche che hanno messo in luce come la coerenza della narrazione della propria storia relazionale, valutata nell'Adult Attachemnt Interview (AAI), sia l'indice associato

[5] Secondo Bretherton (1995) il MOI racchiude in sé due aspetti fondamentali: da una parte i modelli immagazzinati nella memoria a lungo termine, dall'altra i modelli organizzati nella memoria a breve termine. Secondo l'autrice i MOI dell'attaccamento, si costituiranno inizialmente come una sintesi di memorie implicite delle interazioni di attaccamento generalizzate ed esse diverranno, in seguito, memorie semantiche formulabili e formulate verbalmente.

in maniera più significativa alla sicurezza dello stile di attaccamento infantile (Fonagy, et al., 1991; Main & Hesse, 1992; Bretherton, 1992). Queste considerazioni consentono di interpretare la trasmissione dei modelli di attaccamento non come una semplice e meccanica ripetizione dell'esperienza vissuta nel passato, ma come il risultato di processi elaborativi avvenuti in periodi successivi della vita e che hanno portato alla costruzione di un mondo rappresentazionale complesso e stratificato, in grado di influenzare i comportamenti di accudimento nei confronti del bambino e la costruzione di un nuovo legame d'attaccamento da parte della diade (Ammanti, Speranza & Candelori, 1996).

Tuttavia questo concetto di trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento enfatizza gli aspetti di continuità nel corso della vita, senza tener abbastanza in conto delle discontinuità che possono essere provocate dallo sviluppo dei cambiamenti evolutivi, esperienziali, o ambientali a cui gli individui sono sottoposti (Juffer et al., 1997). Van Ijzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1997) propongono una prospettiva contestuale della trasmissione intergenerazionale al cui interno possono inserirsi dei fattori come la presenza di esperienze d'attaccamento successive e alternative a quelle infantili che possono avere un ruolo nella rielaborazione dei modelli di attaccamento e nella ristrutturazione del proprio passato relazionale; il supporto familiare e sociale reale e/o percepito dal genitore, che può avere una importante influenza sulle modalità con cui l'adulto si prende cura del bambino; la qualità della relazione di coppia e le condizioni entro le quali si verifica l'accudimento dei bambini.

Dozier e Bates (2004) riprendono il concetto di trasmissione intergenerazionale della Ainsworth, come processo mediato dalla responsività genitoriale ai segnali del bambino: essi nel particolare, individuano la Mind-Mindness come elemento di trasmissione intergenerazionale, definendo tale caratteristica come una più ampia capacità di formarsi una rappresentazione mentale del bambino e di considerarlo come individuo dotato di vita autonoma. In modo simile, Mary Main (1994) aveva considerato che gli adulti autonomi sono persone in grado di discutere sugli stati mentali e di conseguenza di prendere in considerazione lo stato mentale dei loro bambini. La consapevolezza della mente del bambino costituirà la base solida per rispondere ai suoi bisogni e per regolare le sue emozioni, ma rappresenterà allo stesso modo la modalità attraverso cui il bambino inizia a formarsi una teoria su di sé e sui legami d'attaccamento. Alcuni studi hanno mostrato come comportamenti materni sensibili, contingenti e responsivi promuovono lo sviluppo di una relazione d'attaccamento sicuro (Ainsworth et al., 1978; De Wolff & van Ijzendoorn, 1997). Un

ulteriore aspetto interessante emerso dalle ricerche sull'attaccamento nella tarda infanzia e in preadolescenza, è quello relativo all'influenza del comportamento del padre, particolarmente sullo sviluppo delle capacità di esplorazione. Nei bambini, la sensibilità del padre al gioco, è risultata correlata alla rappresentazione del genitore come emotivamente disponibile e di sostegno. In una ricerca su giovani adolescenti (Zimmermann & Grossmann 1997) è stato inoltre rilevato che la presenza di stili di coping piu attivi e meno evitanti e la capacità di esplorazione, erano correlati significativamente con la qualità dell'attaccamento paterno durante l'infanzia. Un'altra ricerca ha evidenziato che un comportamento sensibile del padre durante il gioco a 2 anni era significativamente correlata alla rappresentazione di un attaccamento sicuro rilevata tramite l'AAI (Grossmann, 1997).

Al contrario, quando il genitore non è in grado di gestire il proprio mondo emotivo a causa di esperienze traumatiche subite o di lutti non elaborati (Main & Hesse, 1990; Hesse & Main, 2000), non sarà in grado di svolgere adeguatamente la funzione di base sicura. In alcuni casi il genitore può impedire al bambino di riflettere su quanto sta accadendo (Bowlby, 1979). In tal senso, appare evidente che svolgendo una funzione di organizzatore emotivo, il genitore non potrà essere d'aiuto nello sviluppo delle capacità necessarie per fronteggiare le esperienze emotive, in special modo se penose e traumatiche.

Da alcuni studi si evince come comportamenti di caregiving insensibili (come ad esempio: intrusivi, rifiutanti, incoerentemente reattivi) siano associati allo sviluppo di relazioni d'attaccamento insicure (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2010; Aspelmeier, Elliott e Smith, 2007; Bakermans-Kranenburg e van Ijzendoorn, 2009; van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). van Ijzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1996) hanno mostrato nella loro metanalisi, che il 40% di un campione clinico è classificato come irrisolto e solo l'8% come sicuro. Un'altra ricerca con un campione di madri adolescenti a rischio, ha mostrato un'associazione tra abuso nell'infanzia e attaccamento irrisolto all'AAI, a sua volta associato a maggiore dissociazione, confusione dell'identità e problemi relazionali (Bayley, Moran & Pederson, 2007). L'attaccamento irrisolto è maggiormente associato a disturbi borderline della personalità e disturbi dissociativi (Slade, 1999).

In situazioni di difficoltà, bambini insicuri-evitanti tendono ad ignorare o ad evitare vicinanza e contatto con le loro figure di attaccamento, mentre bambini insicuri-ambivalenti mostrano ricerca della vicinanza ma combinano questo comportamento con la rabbia. Sebbene questi bambini non siano capaci di utilizzare le loro figure di

attaccamento come base sicura, possono fare riferimento a strategie organizzate per regolare emozioni e comportamenti in momenti di strass (Main & Solomon, 1990).

La letteratura empirica ha documentato diversi effetti negativi dovuti a maltrattamento cronico avvenuto nell'infanzia. Una delle scoperte più solide evidenzia che donne che hanno vissuto abusi sessuali durante l'infanzia sono ad alto rischio di rivittimizzazione sessuale, come riportano le percentuali comprese tra il 6 e il 68,8% (*inter alia* Arata & Lindman, 2002). Allo stesso modo, gli adulti con storie di maltrattamento infantile sono a più alto rischio di abuso fisico e/o psicologico durante l'età adulta (Nishith, Mechanic & Resick, 2000; Noll et al., 2003); i tassi di vittimizzazione fisica riferiti dagli adulti con storie di abusi nell'infazia vanno dal 24,2% al 51,4% e i tassi di vittimizzazione psicologica vanno dal 62% al 70,8%.

Negli ultimi quindici anni la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1973, 1979, 1980) ha dato origine a due linee di ricerca, basate su diverse concettualizzazioni e valutazioni delle differenze individuali nell'attaccamento degli individui adulti (Bartholomew & Shaver, 1998; Cassidy & Shaver, 1999; George & West, 2012). La prima linea, maggiormente seguita dagli psicologi dello sviluppo e dai clinici, ha utilizzato interviste e tecniche osservazionali per studiare lo stato della mente dei genitori rispetto all'attaccamento (Steele & Steele, 2008). Questo approccio si affida soprattutto all'utilizzo dell'AAI (George, Kaplan & Main, 1984, 1996; Main & Goldwyn, 1984, 1998), ritenendo tale intervista in grado di cogliere al meglio i modelli operativi interni (MOI), o ad alcuni test proiettivi (ad es. Adult Attachment Projective, AAP, George & West, 2012).

La seconda linea di ricerca prende avvio dagli studi iniziati negli anni '80 da Hazan e Shaver, e portati avanti da un consistente numero di studiosi nel campo della psicologia sociale e della personalità. Tali studi si caratterizzano per l'uso di misure self-report che fanno riferimento al modello bidimensionale ansietà/evitamento di Ainsworth e collaboratori (1978). Pur condividendo alcuni presupposti di base, e cioè il carattere normativo del sistema d'attaccamento e l'esistenza di evidenti differenze individuali nell'organizzazione dell'attaccamento e della sua espressione nel contesto delle relazioni, queste due tradizioni di ricerca hanno seguito percorsi indipendenti e a lungo considerati incompatibili e non integrabili. Il dibattito sulla misurazione dell'attaccamento degli adulti è riassumibile essenzialmente in due punti: il primo riguarda la prospettiva da privilegiare e il secondo il tipo di strumenti da adottare. Per quanto riguarda il primo punto, le diverse ricerche sull'attaccamento adulto sono riconducibili a due prospettive chiaramente distinte che si riferiscono a due oggetti di

indagine fortemente diversi e per un lungo periodo ritenuti incompatibili. Un oggetto riferito ad una prospettiva evolutiva ha visto come oggetto primario d'indagine la trasmissione intergenerazionale dei pattern d'attaccamento coinvolgendo nelle ricerche i genitori con i loro figli.

L'altro oggetto d'indagine trova il suo focus principale nelle relazioni di attaccamento tra adulti, in particolare nelle dinamiche socio-cognitive, affettive e comportamentali presenti nelle relazioni, soprattutto amorose.

Le differenze più cospicue possono tuttavia essere indicate nel metodo impiegato per raccogliere i dati: i questionari autosomministrati, composti da un numero limitato di item, si sostituiscono all'AAI; mentre quest'ultima permette di ottenere informazioni circa le esperienze che il soggetto ha vissuto nei primi anni di vita nell'interazione con le figure di riferimento, ma anche sul modo in cui la persona accede a tali esperienze e sulla coerenza mentale con cui si rappresenta tali relazioni, i self report, in contrapposizione, indagano contenuti di percezioni, sensazioni e comportamenti auto osservativi. È opinione comune, infatti, che l'AAI fornisca un accesso diretto ai processi inconsci sottesi all'attaccamento, e che le misure self-report non riescano a raggiungere la stessa profondità psicodinamica dell'AA (Jacobvitz, Curran & Moller, 2002, Stein et al., 1998). Per Jacobvitz e colleghi (2002) le misure self-report, analizzando risposte consapevoli e deliberate a domande esplicite, si limitano a indicizzare processi mentali consci. Sulla base di questo presupposto, è facile concludere che è improbabile che le misure self-report dell'attaccamento siano in relazione con i processi psicodinamici studiati da Bowlby (1969-1980).

Teoria e ricerca nel campo dell'attaccamento riguardante donne vittime di IPV hanno chiarito due importanti aspetti:

1. In primo luogo che le donne vittime di IPV presentano maggiormente attaccamenti insicuri (Alexander, 2009, Henderson, et al., 2005; Kuijpers, van der Knaap & Winkel, 2012);
2. In secondo luogo che tali donne hanno maggiori probabilità di aver sperimentato nell'infanzia esperienze d'abuso e di maltrattamento, che come abbiamo visto, sono comportamenti fortemente correlati all'attaccamento disorganizzato (Barnett, Ganiban & Cicchetti, 1999; Cyr et al., 2010).

2.2.1. Attaccamento insicuro e Intimate Partner Violence

Per quanto riguarda la relazione tra attaccamento insicuro e IPV, da un lato, le donne con stato di attaccamento sicuro che sono state vittime di IPV, possono siluppare un attaccamento insicuro (Alexander, 2009; Feeney, 2008). Alcune donne vittime di IPV in età adulta, infatti, possono presentare per la prima volta esperienze di abuso; in tal caso, come suggerisce Herman (1992), anche l'IPV prolungata nel tempo può comportare un'alterazione dei modelli operativi interni della relazione romatica, sviluppando un modello in cui la donna è vittima e il partner il perpretatore, pur senza avere subito storie di maltrattamento/abuso pregresse.

D'altra parte, si ritiene che le donne che abbiano sperimentato un attaccamento insicuro nella loro infanzia, sviluppino un modello operativo interno del sé come inaccettabile, e il loro partner come non disponibile, inaffidabile o rifiutante (Bowlby, 1973; Feeney, 2008). Possono aver fallito nello sviluppo del senso di autosufficienza, scegliendo partner congruenti con questi MOI e possono mostrare emozioni, pensieri e comportamenti che non consentono loro di gestire efficacemente le sfide che sorgono nelle relazioni. Le donne che hanno subito maltrattamenti da parte delle figure genitoriali, potrebbero avere l'aspettativa di essere delle vittime e che inevitabilmente subiranno abusi. In questi casi, l'esperienza di IPV di queste donne può confermare le aspettative dei MOI (Levendosky, Lannert & Yalch, 2012).

Dal punto di vista della psicologia dello sviluppo, l'Adult Attachment Interview e l' Adult Attachment Projective consentono una più profonda comprensione dei processi mentali e dei meccanismi difensivi legati allo stato di attaccamento e, in particolare, all'attaccamento irrisolto. Lo studio di Pallini e collaboratori (2016) mostra l'efficacia dell'AAP (George & West, 2012) nell'analizzare lo stato mentale psicologico delle donne vittime di IPV. Il contenuto delle narrative delle donne vittime di IPV, rispetto ai controlli, si riferisce a uno stato di attaccamento più insicuro, caratterizzato da una mancanza di *agency*. Coerentemente con la letteratura (ad es. Levendosky, et al., 2012, West & George, 1999), questi risultati mostrano chiaramente la sensazione di impotenza e l'incapacità percepita dalle donne nell'affrontare situazioni difficili.

Dal punto di vista della psicologia sociale, una review di Dutton and White (2012), ha concluso che un ampio spettro di attaccamenti insicuri, valutate con questionari self-report, costituisce il principale predittore psicologico dell'IPV. Per quanto riguarda le donne vittime di IPV, per esempio, Henderson e collaboratori (2005) e Kuijpers e collaboratori (2012) hanno trovato risultati simili.

2.2.2 Attaccamento irrisolto/disorganizzato e Intimate Partner Violence

Alcuni bambini, possono mostrare comportamenti anomali (talvolta momentanei) come movimenti di disorientamento o di confusione o apprensione verso il loro caregiver. Questo tipo di attaccamento disorganizzato potrebbe essere causato da comportamenti genitoriali spaventosi/minaccianti ("*frightened/frightening*", Lyons-Ruth, Brnfman & Pearson, 1999; Main & Hesse, 1990). Tali manifestazioni si esplicitano in modo improvviso, e senza apparenti spiegazioni, probabilmente emergenti da situazioni o oggetti dell'ambiente circostante che suscitano pensieri associati a pregresse memorie traumatiche, attivando inevitabilmente nel bambino uno stato di allarme. Il comportamento del caregiver appare guidato dalla paura: l'attacco – assimilabile alla minaccia –, la fuga – assimilabile al ritiro –, e il freezing – assimilabile a comportamenti dissociati – (Speranza & Maggiora Vergano, 2015). I comportamenti di maltrattamento sono probabilmente tra i comportamenti più spaventosi a cui i bambini vengono esposti. Madri abusive hanno mostrato comportamenti più avversi, intrusivi e controllanti verso i figli, rispetto a madri trascuranti che sembrano dimostrare maggior inconsistenza e mancanza di abilità nello stabilire dei limiti appropriati all'età per i figli. Lyons-Ruth, e collaboratori (1999) hanno proposto a riguardo un modello detto di "diatesi relazionale" (vulnerabilità della relazione) caratterizzato da comportamenti di "ostilità" o di "impotenza" (*Hostile/Helpless*). Laddove il genitore abbia una condizione mentale di dissociazione in rapporto a esperienze traumatiche passate, vissute senza sperimentare conforto e lenimento, o esperienze di perdita non elaborate, può manifestare una specifica difficoltà a prestare un'attenzione flessibile agli stati affettivi dolorosi del figlio, in quanto l'espressione di dolore e di paura del figlio potrebbe evocare nel genitore stati affettivi dolorosi e irrisolti, tanto da indurlo a limitare l'attenzione nei confronti di questi sentimenti espressi dal figlio.

Main and Solomon (1990) hanno proposto che i bambini sono classificati come disorganizzati quando mancano di una strategia organizzata per affrontare la separazione e, avvicinandosi ai loro genitori, mostrano intenzioni o comportamenti contraddittori che implicano disorganizzazione, disorientamento e paura. La disorganizzazione nell'infanzia è analoga ad un attaccamento irrisolto in adolescenti e adulti (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Secondo Main e collaboratori (2003), la classificazione non risolta (CC) viene assegnata agli adulti che mostrano segni di disorientamento e disorganizzazione durante le discussioni su eventi potenzialmente traumatici (cioè morti, abusi fisici o abusi sessuali). Secondo West e George (1999), l'attaccamento irrisolto è caratterizzato da una marcata disorganizzazione, confusione e

uso dell'esclusione difensiva di esperienze dolorose e insopportabili, che si traducono in sistemi di rappresentazioni che sono tenuti lontani dalla consapevolezza. Considerazioni teoriche (West & George, 1999) e ricerca empirica (Alexander, 2009; Obsuth, Hennighausen, Brumariu & Lyons-Ruth, 2014) suggeriscono che l'IPV sia associata all'abuso infantile, e che entrambi siano associati a un attaccamento disorganizzato nell'infanzia e irrisolto nell'età adulta. Alexander (2009), utilizzando l'AAI con un campione di 67 donne, ha evidenziato che le donne classificate con un attaccamento irrisolto/disorganizzato presentavano maggiori relazioni abusive in età adulta. In particolare mostravano in età infantile maggiori abusi sessuali, violenza assistita e ruoli invertiti con le figure genitoriali. Lo studio non ha mostrato un'associazione tra la trascuratezza e la vittimizzazione multipla, mentre ha mostrato una correlazione tra la vittimizzazione multipla e i pattern di inversione di ruolo (sia con figura materna che paterna). Lo studio di Green e collaboratori (2012), condotto con 23 donne provenienti da contesti di cura primari e da servizi sociali, ha evidenziato come tutte le donne coinvolte riportavano la presenza di una esperienza traumatica oltre che la forte presenza di violenza interpersonale; inoltre il il 52% di esse presentava un attaccamento irrisolto.

Diversi studi hanno rilevato che il rischio di IPV in età adulta aumenta nelle donne che durante l'infanzia sono state testimoni di IPV (Ehrensaft et al., 2003; Godbout, Dutton, Lussier & Sabourin, 2009) o vittime di abusi fisici o sessuali (Coid et al., 2001; Kwong, et al., 2003; Turner, Finkelhor & Ormrod, 2006). Secondo lo studio *Adverse Childhood Experiences,* esperienze di violenza nell'infanzia possono determinare un aumento del rischio di IPV (Whitfield et al., 2003). Più recentemente, Widom, e collaboratori (2014) hanno mostrato risultati simili in uno studio prospettico. Le donne che nell'infanzia hanno avuto un caregiver che rappresenta in alternativa una fonte di cura e una fonte di pericolo, possono ripetere la stessa esperienza disorganizzante nella relazione violenta con un partner romantico, perpetuando così il ciclo della violenza (Walker, 1979).

L'esposizione al trauma, come vedremo, precede lo sviluppo di varie forme di psicopatologia (ad esempio, McLaughlin et al., 2012) ed è costantemente associato con una percezione parziale della minaccia (ad es. Thomas, Goegan, Newman, Arndt & Sears, 2013), che spesso si traduce nell'esperienza di paura (Shackman, Shackman & Pollak, 2007). Inoltre in letteratura risulta associata a sentimenti di rabbia eccessiva e a un deficit di controllo della stessa (ad esempio, Jakupcak et al., 2005).

2.3 Trauma e Intimate Partner Violence

2.3.1 La storia del trauma precoce: da metà ottocento ai giorni nostri

Il termine trauma riconosce una etimologia strettamente legata al lessico medico, designando originariamente una "ferita con lacerazione" e venendo utilizzato in seguito per indicare le conseguenze sull'organismo di una lesione risultante da una violenza estrema. In psicoanalisi il termine è stato ripreso trasponendo sul piano psichico i significati di shock violento, di lacerazione e le conseguenze sull'insieme dell'organismo (Fabozzi, 2009).

Le esperienze traumatiche vissute nel periodo dello sviluppo sono sorprendentemente frequenti, come ormai testimoniato da ampie e accurate indagini epidemiologiche (Kessler & Merikangas, 2004; Filkelhor, 1994). L'indagine epidemiologica sull'incidenza e la prevalenza del trauma ha anche reso necessaria la definizione operativa dei diversi tipi di maltrattamento ai fini della loro valutazione. Insieme alle violenze fisiche, alle esperienze sessuali traumatiche e all'abuso psicologico, un ruolo importante nella genesi della psicopatologia è stato svolto dalle varie forme di negligenza eziologica dell'abuso e del trauma precoce (Liotti & Farina, 2012).

Risulta interessante ripercorrere la storia dell'abuso infantile e della trascuratezza, sottolineando la resistenza che ha suscitato l'esistenza dei maltrattamenti sui bambini e l'esistenza degli effetti di lungo periodo causati dall'abuso. È degno di nota che l'iniziale interesse di Tardieu (1860, 1867) per l'abuso fisico nella metà del 1800 abbia aperto la strada a una maggiore attenzione verso l'abuso sessuale infantile. Intorno all'epoca del primo lavoro di Tardieu, Paul Briquet (1859) sfidò una credenza che resisteva da moltissimo tempo sul fatto che l'isteria fosse prerogativa delle donne, conseguenza di tossine uterine che, periodicamente, raggiungevano il cervello. A differenza dei suoi predecessori, che avevano posto l'interesse sulle lesioni fisiche degli abusati, Briquet rivolse il suo interesse prevalentemente verso la psicopatologia. La descrizione della sindrome che successivamente prese il suo nome è piena di riferimenti alla violenza domestica e all'abuso infantile e di accenni alla loro importanza eziologica per la salute mentale. Di 87 casi d'isteria in bambini al di sotto dei 12 anni, indicò che circa un terzo era stato abitualmente maltrattato o intimorito. L'autore arrivò alla conclusione che l'isteria fosse causata da emozioni violente, dolori protratti, conflitti familiari su persone predisposte e ipersensibili. Anche Charcot accettò le conclusioni di Briquet, ma non riuscì ad attribuire al trauma precoce un'importanza eziologica per l'isteria, ma afferì che la causa principale fosse la debolezza costituzionale.

Pierre Janet (1859-1947) considerò le esperienze traumatiche e dunque l'esistenza di ricordi traumatici, come un importante fattore eziologico. I traumi vissuti dai pazienti di Janet comprendevano lutti, stupri, incesti, abusi sessuali nell'infanzia, incidenti stradali. Le sue pubblicazioni non mostravano un interesse specifico per le esperienze di abuso; tuttavia considerava le pratiche inadeguate di cura del bambino, da sole o in combinazione con esperienze traumatiche, come fattori che potevano contribuire allo sviluppo di disturbi mentali.

Successivamente, la forza della convinzione freudiana sul ruolo del trauma incestuoso fu tale che in uno scritto del 1896 affermò che "i traumi sessuali devono essersi verificati nella prima infanzia e il loro contenuto deve consistere in un'effettiva irritazione dei genitali" (p. 163). In Eziologia dell'Isteria (1896) specificò che il trauma sessuale tra 1 e 8 anni è condizione necessaria per lo sviluppo di sintomi isterici e sottolineò l'origine e le caratteristiche di tre diversi tipi di trauma associati allo sviluppo dei sintomi: il primo è una violenza carnale isolata commessa da un parente estraneo; il secondo racchiude le esperienze sessuali, generalmente di natura cronica, per mano di chi si occupa dei bambini, inclusi i parenti stratti e il terzo fa riferimento ai rapporti sessuali tra due bambini, di solito fratello e sorella, spesso risultati diretti della nuova messa in atto da parte del fratello di abusi da lui stesso precedentemente subiti. Due anni dopo Freud fece allusione a dubbi sulla prima eziologia sessuale dell'isteria in una lettera a Fliess (1897). Dopo aver abbandonato la teoria della seduzione, che per certi aspetti era probabilmente troppo radicale e semplicistica, la psicoanalisi spostò il proprio interesse sullo studio delle dinamiche intrapsichiche. Nel 1924, in una nota in calce aggiunta al suo scritto del 1896, tuttavia scrive: "Questo paragrafo è dominato da un errore che ho ripetutamente riconosciuto e corretto. All'epoca non ero in grado di distinguere tra le fantasie dei miei pazienti sugli anni della loro infanzia e i ricordi veri e propri. Di conseguenza attribuii al fattore eziologico della seduzione un'importanza e una universalità che non possiede…Ciononostante, non dobbiamo respingere ogni cosa scritta nel testo di cui sopra. La seduzione mantiene una certa importanza eziologica e anche oggi credo che alcune di queste osservazioni psicologiche siano pertinenti" (p.168). L'accento posto sulle fantasie inconsce e sul conflitto psichico, spostarono il focus dell'attenzione lontano dall'impatto clinico causato dall'abuso infantile. L'enfasi posta dalla psicoanalisi sulla fantasia non rimase del tutto incontestata. Ferenczi in "Confusione delle lingue tra adulti e bambini" (1932) affrontò argomenti che irritarono notevolmente gli psicoanalisti di allora. In primis rivalutò l'importanza traumatica della realtà esterna ricollegandosi alle prime ipotesi formulate da Freud e affrontò in modo

innovativo il complesso di Edipo considerando non solo le fantasie ed il comportamento del bambino nei confronti del genitore, ma anche quelli del genitore nei confronti del figlio, valutando le conseguenze che l'atteggiamento dell'adulto ha sullo sviluppo del complesso di Edipo e sulla sua elaborazione. In particolare affermò che il conflitto e le angosce edipiche possono intensificarsi in seguito al comportamento seduttivo del genitore, in particolare quando questi fraintende le richieste affettive del proprio figlio.

In seguito fu Winnicott, a partire dalla seconda metà degli anni '40, a intuire il ruolo dell'ambiente primario di accudimento nella genesi della patologia mentale. L'ambiente primario assume un'importanza fondamentale; la sua funzione non si limita a prodigare al bambino le cure materiali necessarie per la sua sopravvivenza, ma svolge anche una funzione modulatrice dell'esperienza psichica, proteggendo il bambino dagli stimoli dannosi, sia interni che esterni, e sostenendo in tal modo la costituzione di una barriera protettiva intrapsichica. I comportamenti traumatofilici (violenza, incidentosi, tentativi di suicidio, promiscuità sessuale ecc.) di certi adolescenti "a rischio" reppresentano per Winnicott (1952) un esame delle capacità di angoscia e cioè un tentativo disperato di padroneggiare l'angoscia prodotta dal trauma originario. Questi terribili vissuti non possono essere ricordati dall'individuo, né trasformati in esperienze integrabili, per cui, nelle fasi successive dell'esistenza non possono che essere coattivamente ripetuti. In queste condizioni, poiché l'esperienza traumatica fa parte della relazione primaria, essa si accumula, costituendosi in quello che Khan (1963) ha definito "trauma cumulativo" che rende il soggetto, in tutte le successive fasi del suo sviluppo, particolarmente vulnerabile e indifeso nei confronti di ogni esperienza potenzialmente traumatica.

L'evento traumatico, e le violente emozioni ad esso connesse, possono determinare un restringimento nel campo della coscienza, disturbi dell'attenzione e della memoria, derealizzazione, depersonalizzazione, alterazione del senso di sé e il ricordo dell'evento traumatico viene ricordato registrando una dimensione gerarchica: quegli elementi che non provocano una disorganizzazione profonda verranno registrati nella memoria semantica, mentre esperienze gravemente traumatiche disabiliteranno tali sistemi mnestici e, verranno registrati nella memoria procedurale. Meares (2000) considera la dissociazione nei termini di una dsorganizzazione del funzionamento cerebrale, causata dall'effetto violento delle emozioni associate all'evento traumatico. Egli afferma che "i traumi non vengono registrati come eventi, ma come una forma di conoscenza di caratteristiche negative del Sé. Il soggetto è come inconsapevole delle origini di queste attribuzioni, che trasmettono il sentimento che egli, per esempio, è cattivo, brutto, incompetente o un falliemnto (Meares, 2000, pp. 116-7).

Perché qualcosa cambi veramente, si dovrà comunque attendere l'introduzione della categoria «Disturbo Post-Traumatico da Stress» nell'edizione del 1980 del DSM III (il manuale diagnostico dell'Associazione Psichiatrica Americana). Questa categoria venne introdotta per dare una risposta medica, sociale e politica, ai veterani della guerra del Vietnam che presentavano disturbi psichici. Il Vietnam non ha soltanto promosso ma anche condizionato la rinascita dell'idea di trauma psichico. Se nella fase iniziale il prototipo del trauma era stato l'inatteso evento accidentale, nella sua fase recente il campione dell'evento traumatico viene individuato in ciò che può danneggiare il senso di connessione con la comunità (Herman, 1992).

In tal senso gli anni '60 sebrano perlopiù dominati dall'interesse per abusi fisici, psicologici e per la trascuratezza, mentre l'abuso sessuale passa in secondo piano. Nel decennio successivo e nei primi anni '80 una serie di pubblicazioni permisero all'abuso e alla trascuratezza infantile di diventare argomenti di approfondimento, stimolando al tempo stesso consapevolezza sociale della loro presenza e del loro impatto (Summit, 1983).

2.3.2 Le esperienze di maltrattamento e la vittimizzazione in età adulta

La letteratura internazionale identifica quattro tipi di maltrattamento infantile associati a vari esiti avversi in età adulta: Maltrattamento fisico e psicologico, abuso sessuale, patologie delle cure e violena assistita (Tabella 2.1) (Afifi et al., 2011; Widom, Czaja & Dutton, 2014; Speranza & Vergano, 2015). Essi possono verificarsi all'interno delle relazioni di attaccamento, di solito nella forma di un maltrattamento di lungo periodo. Il trauma che si verifica in famiglia ha il potere di permeare l'individuo per diverso tempo e ha una più alta probabilità di incidere sulla generazione futura rispetto ad un trauma che si verifica al di fuori del contesto familiare (Steele, Steele & Murphy, 2010; van Ijzendoorn, 1995). Le esperienze traumatiche di questo tipo sono critiche e parlano di trasmissione del trauma irrisolto attraverso le generazioni (Steele et al., 2010). Per esempio Sagi-Schwartz e colleghi (2003) hanno condotto uno studio sulla trasmissione del trauma con un campione di 48 sopravvissuti all'Olocausto e sui loro figli e nipoti e hanno trovato che la trasmissione del trauma irrisolto attraverso le generazioni era minore rispetto a quello che tipicamente accade quando il trauma vive in famiglia. Gli autori hanno concluso che i sopravvissuti all'Olocausto potrebbero aver avuto un attaccamento sicuro che ha fornito loro una misura di resilienza per affrontare le atrocità della Seconda Guerra Mondiale. Di contro, altri studi che hanno indagato il trauma

intra-familiare hanno trovato che l'abuso può infrangere le convinzioni precedenti che il mondo è buono e pieno di significati e il sé è meritevole, e spesso può risolversi nell'evitamento e nell'aumento generale del livello di eccitazione e ansia (Roth et al., 1997). I risultati di una recente review di studi meta-analitici sulla prevalenza del fenomeno a livello globale hanno mostrato una prevalenza del 7.6% per l'abuso sessuale nei ragazzi e del 18.0% nelle ragazze. Il 16.3% e il 18.4% ha esperito rispettivamente neglect fisico e neglect emotivo; il 22.6% ha riportato esperienze di abuso fisico e ben il 36.3% ha riportato esperienze di abuso emotivo (Stoltenborgh et al., 2015). Sono stati riscontrati inoltre più alti tassi di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio tra le donne (Elwood et al., 2009). Tuttavia abuso e maltrattamento raramente costituiscono fenomeni isolati, evidenziando come nella maggior parte dei casi il bambino sia frequentemente esposto a una costellazione di forme traumatiche (Speranza & Vergano, 2015). Nella letteratura sull'abuso e maltrattamento infantile, si è infatti assistito a un passaggio del focus attentivo da specifiche condizioni di rischio a un'eziologia multideterminata dell'esperienza traumatica precoce, rendendo complesso isolare nella realtà clinica una singola forma di maltrattamento. Le riflessioni, prima centrate sull'evento traumatico puntiforme, abbracciano oggi concetti quali 'trauma cumulativo' (Khan, 1963), 'polyvictimization' (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007), 'child multi-type maltreatment abuse' (Higgins & McCabe, 2001), 'atmosfera traumatica' (van der Kolk, 1987) e 'trauma di sviluppo (van der Kolk, 2005), esperienze che qualificano un clima emotivo di natura traumatica declinato in un contesto evolutivo disfunzionale nel quale il bambino è immerso. Queste etichette convergono in un termine-ombrello nella definizione omnicomprensiva di 'trauma complesso', considerato quale esperienza di eventi traumatici molteplici, cronici e prolungati, soprattutto di natura interpersonale e a esordio precoce, spesso manifestati nel sistema di accudimento primario (Cook, et al., 2005).

Tabella 2.1 *Forme di abuso e maltrattamento nell'infanzia (da Speranza & Vergano, 2015, pg.24)*

Maltrattamento	**Fisico**: forma più facilmente riconoscibile di abuso che si concretizza quando un adulto provoca una lesione fisica più grave di quanto sia culturalmente accettabile. L'abuso può verificarsi allo scopo di penalizzare i comportamenti indesiderati o disapprovati, ppure quale conseguenza di un eccesso di protezione e controllo sul bambino da parte dei genitori al fine di limitarne l'autonomia. **Psicologico**: serie di atti od omissioni del genitore che si concretizzano in ripetuti atteggiamenti di svalutazione, ostilità, isolamento, rifiuto, umiliazione, critica costante e reiterata dell'aspetto, del comportamento e della personalità del bambino.
Abuso sessuale	Concerne tutte le pratiche sessuali manifeste o mascherate in cuiviene coinvolto il minore e che implicano (per esempio toccare, accarezzare, ba-ciare in maniera inadeguata il bambino) o meno un contatto fisico (per esempio,atti di voyeurismo, esposizione a un linguaggio erotizzato, partecipazione ad atti-vità pornografiche), fino alla violenza.
Patologie delle cure	**Incuria**: si manifesta quando il caregiver non provvede adeguatamente ai biso-gni fisici, affettivi e psicologici del bambino in rapporto alla sua età e realtà evo-lutiva. Si è in presenza di un genitore non sufficientemente attento e responsivo, che non comprende né si adegua alle necessità del bambino che emergono durante lo sviluppo, determinando ripercussioni sul suo stato fisico, mentale e comportamentale **Discuria**: è rappresentata dalla distorsione delle prestazioni di cura da parte del caregiver e si manifesta quando le cure, ancorché offerte, risultano improprie e inadeguate in riferimento alle esigenze e al momento evolutivo del bambino. In tale ambito, rientrano comportamenti genitoriali di anacronismo delle cure, im-posizione di ritmi di acquisizione precoci, o aspettative irrazionali quando i ge-nitori richiedono prestazioni superiori alla norma o alle possibilità del bambino **Ipercura**: si manifesta quando il genitore fornisce in modo patologico un eccesso di cure. In questa forma di abuso sono inoltre inclusi la sindrome di Münchausen per procura, il medical shopping, il chemical abuse ed altre forme più particolari

Violenza assistita	Inizialmente inclusa nell'abuso psicologico, la violenza domestica alla quale il bambino è costantemente esposto viene riconosciuta più di recente quale forma di maltrattamento a sé stante esitando in distorsioni dello sviluppo e associandosi a sequele psicopatologiche al pari del bambino abusato o trascurato. In tale ambito, il bambino è testimone di abusi fisici, sessuali, verbali o psicologici manifestati all'interno della coppia genitoriale o verso un'altra figura significativa appartenente al contesto familiare

I disturbi multiformi che si verificano a causa del maltrattamento precoce non sono limitati all'infanzia. Una delle conseguenze più inquietanti del maltrattamento infantile è il maggiore rischio di sperimentare varie forme di vittimizzazione interpersonale nell'adolescenza e nell'età adulta (Gobin, 2015). Un vasto corpo di ricerche ha mostrato associazioni significative tra abuso infantile e sintomi, in età adulta, di depressione, ansia, unitamente a disturbi di personalità, abuso di sostanze, disturbo post traumatico da stress (Afifi et al., 2011; Green et al., 2012; Godbout et al., 2017; Alexander, 2009; MacMillan et al., 2001). Gli studi mostrano inoltre che l'abuso fisico, abuso sessuale e violenza assistita sono degli importanti precursori della violenza nelle relazioni intime (Bensley, et al., 2003; Coid et al., 2001; Hetzel-Riggin & Meads, 2011; Timmons Fritz, et al., 2012). Prove empiriche suggeriscono che i sopravvissuti al maltrattamento subito da bambini, hanno da 2 a 3 volte maggiori probabilità di sperimentare forme interpersonali di vittimizzazione da parte degli adulti rispetto a individui che non denunciano la vittimizzazione infantile (vedi Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005). Desai e colleghi (2002) hanno trovato forti associazioni tra abuso fisico e sessuale in età infantile e il rischio di violenza da parte di un partner. Nello specifico, le donne che hanno subito abusi sessuali nell'infanzia mostravano 6 volte più probabilità di subire abusi sessuali da parte di un attuale partner e 3 volte più probabilità di subire violenza nelle loro relazioni. Sebbene molte delle prove empiriche sulla vittimizzazione enfatizzino la rivittimizzazione sessuale, i ricercatori hanno documentato un'associazione tra storie di esperienze infantili avverse e l'aumento del rischio di subire una rivittimazione fisica ed emotiva nella prima età adulta (ad esempio, Bensley, Van Eenwyk, & Simmons, 2003). Bensley e collaboratori (2003) hanno osservato un aumento da 4 a 6 volte del rischio di violenza fisica da parte di partner intimi tra le donne che hanno riportato esperienze di abusi fisici o di violenza assisitita durante

l'infanzia. Un minor numero di studi, condotti perlopiù negli ultimi dieci anni, ha esaminato l'influenza di altre gravi forme di maltrattamento quali il neglect e l'abuso psicologico infantile, trovando associazioni significative tra questi tipi di esperienze traumatiche e la IPV (Renner & Whitney, 2012; Widom et al., 2014);

Nonostante la mole di ricerche, altre ricerche non hanno trovato associazioni significative tra queste esperienze traumatiche subite nel periodo infantile e la manifestazione di IPV (Ehrensaft et al., 2003; Engstrom, El-Bassel, e Gilbert, 2012; Renner e Whitney, 2012; Stith et al., 2000). Anche per quel che riguarda il neglect e l'abuso psicologico i risultati provenienti da altre ricerche non hanno confermato tali associazioni (Milletich, Kelley, Doane, & Pearson, 2010; Renner & Slack, 2006). I principali risultati devono essere interpretati con cautela perché i test di omogeneità hanno mostrato una significativa varianza all'interno dei gruppi considerati. Inoltre, le meta-analisi avevano criteri di inclusione ristretti e, di conseguenza, avevano escluso un grande numero di studi di comunità, compresi studi che combinavano l'abuso fisico con altri tipi di abusi (ad es. abuso psicologico, sessuale o infantile) e studi che non avevano i dati necessari per il calcolo dell'*effect size* (Kwong et al., 2003).

Al di là degli effetti individuali dei singoli tipi di abuso, le ricerche più recenti sul tema dell'influenza del maltrattamento infantile sull' IPV, in maniera crescente, hanno evidenziato come l'IPV non sia riconducibile ad un particolare tipo di abuso infantile ma che in realtà possa riferirsi a esperienze di trauma cumulativo vissute durante l'infanzia (Parks, et al., 2011; Renner & Slack, 2006; Widom et al., 2014).

La comprensione complessiva della relazione tra maltrattamento infantile e IPV è ostacolata da diverse limitazioni che in parte potrebbero spiegare l'eterogeneità dei risultati: a) sebbene molti studi empirici abbiano identificato vari tipi di esperienze sfavorevoli infantili quali importanti precursori di IPV, raramente questi diversi tipi di esperienze, che potrebbero essere state simultaneamente presenti durante l'infanzia, sono stati indagati insieme nello stesso studio; b) anche se molti studi hanno documentato in età adulta gli effetti a lungo termine dell'abuso fisico, sessuale e della violenza assistita sulle relazioni intime adulte, la letteratura internazionale ha trascurato l'effetto di altre gravi forme di abuso quali ad esempio l'abuso psicologico.

2.4 Mentalizzazione e Intimate Partner Violence

2.4.1 Mentalizzazione e attaccamento

La mentalizzazione è l'abilità acquisita durante lo sviluppo attraverso cui un individuo "interpreta, implicitamente ed esplicitamente, le azioni proprie e altrui come avente un significato sulla base degli stati mentali intenzionali come i desideri, i bisogni, i sentimenti, le credenze e le motivazioni personali" (Bateman, & Fonagy, 2004, p.XV). Essa è una specifica funzione rappresentazionale che emerge nella prima infanzia ed è legata alla storia individuale di attaccamento: il bambino per poter sviluppare un'adeguata comprensione della propria e altrui mente, ha bisogno di percepire nel comportamento del genitore l'atteggiamento mentalizzante, ovvero l'atteggiamento genitoriale rispetto a una immagine di sé come dotato di capacità di mentalizzazione, di desideri e di credenze. Questa rappresentazione viene quindi interiorizzata e, se la capacità riflessiva del caregiver gli permette di raffigurare accuratamente l'atteggiamento intenzionale del bambino, questi riuscirà a trovare se stesso nell'altro in quanto soggetto mentalizzante (Fonagy et al., 1995).

La mentalizzazione include sia componenti auto-riflessive che interpersonali, che sono pensate per consentire all'individuo di comprendere le differenze tra i processi intrapersonali e la comunicazione interpersonale (Fonagy & Target, 1996). Questo processo, che può essere esplicito o implicito, è stato esaminato da diversi punti di vista teorici e metodologici (Sharp & Fonagy, 2008) e comprende costrutti diversi come la teoria della mente (Baron-Cohen, Tager-Flusberg & Cohen. 2000), la mind-mindedness (Meins et al., 2003).

La funzione riflessiva, in particolare, viene descritta come la capacità di dimostrare una comprensione degli stati mentali, e che questi possono causare comportamenti nel sé o negli altri (Bouchard et al., 2008; Fonagy & Target. 1997; Sharp &Fonagy, 2008; Slade, 2005).

La FR si sviluppa come il risultato delle prime interazioni caregiver-bambino (Fonagy &Target, 1996, 1997; Fonagy et al., 2002). Nello specifico, quando i caregiver rispondono alle esposizioni affettive dei neonati, rispecchiando l'affetto in modo contingente e marcato, i bambini svilupperanno la capacità di comprendere i propri stati mentali, che a sua volta faciliterà la loro capacità di mentalizzare se stessi e sugli altri (Fonagy et al. , 2002; Fonagy & Target, 1997).

Molti studi supportano il suggerimento che i bambini con attaccamento sicuro siano meglio di quelli insicuri nei compiti di mentalizzazione (de Rosnay & Harris, 2002). La

mentalizzazione è un processo sociale bidirezionale o transazionale (Fonagy & Target, 1997): è stato pensato per svilupparsi nel contesto delle interazioni con gli altri, e si presume che la sua qualità, in relazione alla comprensione degli altri, sia influenzata dal modo in cui le persone intorno a noi mentalizzano.

Questa esperienza di come le persone mentalizzano è interiorizzata, permettendoci di migliorare la nostra capacità di empatizzare e impegnarci in processi sociali interattivi (al contrario, la scarsa mentalizzazione genera scarsa mentalizzazione; Fonagy, et al., 2002; Sharp & Fonagy, 2008). La relazione tra attaccamento e mentalizzazione è bidirezionale, in quanto la difficoltà di riflettere sugli stati mentali è suscettibile di influire negativamente sulle relazioni di attaccamento; una relazione di attaccamento povera può minare lo sviluppo naturale della capacità di mentalizzare, ciclo di comportamento familiare ai clinici (Ordway, et al., 2015).

In situazioni di stress, quasi inevitabilmente sorgono difficoltà nel mentalizzare. Se la mentalizzazione non può essere ripristinata, questo può diventare parte di un circolo vizioso che può emergere rapidamente. I risultati della ricerca supportano un'associazione tra mentalizzazione e attaccamento sicuro: gli adulti sicuri (Fonagy & Target, 1997) e gli adolescenti (Ammaniti & Dazzi, 1999) hanno più alti punteggi rispetto ad individui con un attaccamento insicuro della mente.

Un attaccamento disorganizzato durante l'infanzia, invece, presenta una forte correlazione con l'insorgenza di comportamenti autolesivi, tendenza alla dissociazione, condotte aggressive. Se i processi sociali, che generalmente permettono lo sviluppo di un senso del sé come agente falliscono, nascono delle complicazioni in termini evolutivi. I neonati sono predisposti alla prospettiva attesa di rintracciare una versione dei propri stati mentali nel rispecchiamento agito da parte di chi si prende cura di loro. Se un bambino piccolo non ha accesso a un adulto che sia in grado di riconoscere e rispondere ai suoi stati interni troverà molto complesso attribuire un senso alla propria esperienza. Se i genitori non riproducono in modo sufficientemente conforme l'esperienza del figlio, il Sé del bambino sarà incline alla disorganizzazione, vale a dire all'incoerenza e alla disorganizzazione.

I risultati iniziali della ricerca supportano questa nozione secondo cui la FR può agire come fattore protettivo contro le esperienze di vita negative. Ad esempio, in uno studio con un campione di madri che avevano riportato significative esperienze negative nella prima infanzia, Fonagy e colleghi evidenziano che quelle con alta FR avevano più probabilità di avere neonati con un attaccamento sicuro (Fonagy, et al., 1994). In linea con questo risultato, le madri con attaccamento insicuro e alta FR avevano maggiori

probabilità di avere bambini con attaccamento sicuro rispetto alle madri insicuri con una bassa FR (Amott & Meins, 2007; Fonagy, Steele, et al., 1995). Infine gli adulti che avevano subito gravi maltrattamenti da bambini, mostravano minori probabilità di essere diagnosticati con disturbo di personalità borderline in caso di alta FR (Fonagy & Target, 1996). Borelli e collaboratori (2014) hanno mostrato che la FR modera l'associazione tra neglect e attaccamento: il neglect era associato solo con l'attaccamento insicuro tra gli adolescenti con una FR da bassa a moderata.

Per tali motivi, gli autori forniscono prove preliminari che la FR possa costituire un fattore di resilienza o qualcosa che possa promuovere un "adattamento positivo nel contesto di avversità significative" (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000, p. 543) in termini di predizione dello stato dell'attaccamento infantile e dei disturbo di personalità adulti.

2.4.2 Gli effetti del maltrattamento sulla funzione riflessiva

Sono sempre maggiori le prove che evidenziano che il maltrattamento infantile possa avere un impatto negativo su diversi aspetti delle competenze socio-cognitive in individui a cui non sono ancora stati diagnosticati in modo esplicito disturbi mentali (Cicchetti, et al., 2003; Ensink, Normandin, et al., 2015; Pears & Fisher, 2005). È probabile che essi presentino una scarsa regolazione degli affetti, che potrebbe contribuire a successiva psicopatologia e rifiuto dei pari (Kim & Cicchetti, 2010).

Un trauma è probabilmente meglio compreso come una esperienza di affetto soverchiante che coglie il bambino quando si ritrova solo, isolato e separato dalla figura d'attaccamento (Allen, Fonagy & Bateman, 2010). È questo senso di abbandono traumatico e di isolamento terrificante che può facilmente viaggiare lungo le generazioni sullo sfondo di azioni violente (Asen & Fonagy, 2017). Storicamente e nel momento presente, il ciclo può rapidamente diventare maligno. L'indisponibilità emotiva temporanea del genitore può generare ulteriore angoscia nel bambino, che, quando risuona con la stessa esperienza del genitore, può avere l'effetto di aumentare ulteriormente l'arousal dei genitori. Gli scambi non mentalizzanti crescenti possono includere la violenza come "soluzione" per interrompere un ciclo profondamente inquietante.

È importante sottolineare che i bambini vittime di maltrattamenti fanno meno riferimenti ai loro stati interni e lottano per comprendere le espressioni emotive, in particolare le espressioni facciali (Koizumi & Takagishi, 2014). Sono

significativamente incapaci nel linguaggio produttivo, riflettendo un ritiro dalle interazioni sociali (Beegly & Cicchetti, 1994): il loro deficit riguarda l'incapacità di utilizzare parole che possano descrivere il loro stato interno, (presentano un uso scarso di parole relative a stati cognitivi e a credenze, ma più ricco di parole che riguardano percezioni e desideri) e sembrano controllare la loro ansia attraverso la modificazione del linguaggio. Date le limitate capacità mentali, così come il linguaggio meno sviluppato e la minore capacità di simbolizzazione, trovando difficile riflettere sul proprio o sugli altrui stati mentali, i bambini maltrattati non sono in grado di esprimere i loro sentimenti complessi in parole e utilizzano i loro corpi per parlare. Questi dati sembrano suggerire che il maltrattamento potrebbe provocare un ritiro del bambino dal mondo mentale, mentre le esperienze fisiche acquisiscono maggiore importanza, spingendoli a cercare una maggiore vicinanza fisica con un potenziale abusatore (Fonagy & Target, 2001). Alcuni studi hanno mostrato gli effetti delle esperienze del caregiving sulla struttura e sulla funzione del cervello (van Harmelen et al., 2014). Ad esempio, è stato dimostrato, in contesti istituzionali, che la deprivazione estrema è associata a riduzioni della materia bianca e al volume della materia.

Ci sono diverse motivazioni per cui un ambiente familiare maltrattante può minare lo sviluppo delle capacità riflessive. In primo luogo, nelle famiglie abusanti, il mondo pubblico della scuola e della comunità è spesso mantenuto separato dal mondo della casa, dove il comportamento disumano di un adulto rende il riconoscimento dello stato mentale degli altri pericoloso per lo sviluppo del Sé.

In secondo luogo, il bambino potrebbe manifestare problemi specifici nell'affrontare un'esperienza differente. Nelle famiglie abusanti il significato degli stati intenzionali potrebbe essere negato o distorto. L'abuso, in particolare, impedisce al bambino di valutare e modificare le rappresentazioni degli stati mentali che tendono a diventare rigide, disadattive, inappropriate e, quindi potrebbero essere parzialmente o del tutto abbandonate. Una terza possibilità è che il bambino maltrattato è costretto a costruirsi un modello della mente del caregiver basato su una consapevolezza degli analoghi stati mentali in se stesso (Fonagy & Target, 2001).

Poiché la mentalizzazione si sviluppa all'interno e attraverso le relazioni di attaccamento, la violenza può essere connessa con la disorganizzazione del sistema che regola i sentimenti e i comportamenti di attaccamento. Ci sono molti bambini i cui attaccamenti sono stati costantemente interrotti da negligenze da parte dei caregiver, abuso fisico o sfruttamento. Essi sembrano essersi adattati a un ambiente "senza mente" inibendo la loro nascente capacità di mentalizzare. Inoltre alti livelli di eccitazione

all'interno della famiglia possono compromettere la mentalizzazione. Un efficace apprendimento sociale dipende da pratiche sicure.

2.4.3 Mentalizzazione e relazioni intime

I bambini che crescono in situazioni sfavorevoli e subiscono maltrattamenti sono più propensi a tollerare la violenza inflitta loro in fasi successive della vita, ed è anche più probabile che considerino la violenza come un mezzo "normale" per affermare il potere. Violenza e relazioni intime possono diventare intrinsecamente legati, contribuendo alla trasmissione intergenerazionale della violenza familiare (Loeber, Burke, & Lahey, 2002; Moffitt et al., 2002).

La comprensione degli stati mentali altrui costituisce una componente nucleare delle competenze sociali in età infantile (come abbiamo visto nel paragrafo precedente) e in età adulta (Allen et al., 2008). Sulla base di studi di neuroimaging relativi alla *social cognition* e dei risultati della ricerca empirica su funzione riflessiva e costrutti affini, è possibile individuare quattro dimensioni/polarità, ognuna legata a sistemi neurali specifici, che sottendono e nel loro insieme costituiscono la mentalizzazione (Fonagy & Luyten, 2009):

1) Sé *vs* altro: questa polarità fa riferimento all'oggetto verso cui è rivolta l'attività del mentalizzare, che può essere rappresentato dal Sé o da altre persone con cui entra in relazione. La capacità di mentalizzare in relazione al Sé si sviluppa all'interno delle relazioni di attaccamento. Proprio per questo motivo le capacità di riflettere sul sé e sugli altri sono strettamente legate e si basano su substrati neurali comuni;
2) Cognitivo *vs* affettivo: il concetto di mentalizzazione cognitiva fa riferimento alla capacità di comprendere la natura rappresentazionale dei nostri pensieri, nonché di accettare che quella che proponiamo è unicamente una delle possibili costruzioni e rappresentazioni della realtà (pensare i pensieri). Per mentalizzazione affettiva si intende invece la capacità di regolazione emotiva, composta da: identificazione, processamento ed espressione degli affetti. Una buona mentalizzazione implica l'integrazione di cognizione e affetti;
3) Implicito *vs* esplicito: riflette la distinzione tra memoria dichiarativa e memoria procedurale. Mentalizzare esplicitamente è un processo lento, tipicamente verbale, che richiede attenzione, consapevolezza e sforzo;

mentre per mentalizzazione implicita si intende la capacità di tenere a mente la mente propria e altrui senza che questo sia esplicitamente dichiarato. Quando gli individui si attivano emotivamente, la mentalizzazione automatica (o implicita) predomina e stabilisce l'uso di forme più schematiche e parziali di elaborazione cognitiva che possono verificarsi nel contesto di relazioni di attaccamento strette;

4) Interno *vs* esterno: questa polarità riguarda il focus da cui vengono attinte le informazioni utilizzate per interpretare il comportamento in termini di stati mentali. Nel mentalizzare possiamo concentrarci su fattori interni, come sentimenti, desideri, credenze, oppure su fattori esterni come espressioni del viso, tono della voce, postura (Colli & Gagliardini, 2016).

Una buona mentalizzazione dovrebbe essere caratterizzata da un equilibrio tra le diverse polarità. In caso contrario è possibile rileggere le problematiche psicopatologiche come frutto di diversi sbilanciamenti in termini di stati mentali (Bateman & Fonagy, 2006; Blatt, 2008).

Esistono alcuni studi che evidenziano la relazione tra attaccamento, uso dell'aggressività fisica e collasso della mentalizzazione. Fonagy e colleghi (1997) ci dicono che alcuni tipi di violenza all'interno del contesto familiare sono associati a un disimpegno morale conseguente ad un fallimento più o meno totale della mentalizzazione.

Infatti, quando il contesto familiare, ad esempio, offre un'attenzione psicologica limitata al bambino, la "ricerca" fisica e l'aggressività verso il bambino potrebbero paradossalmente essere una risposta adattiva, un segnale biologico che il genitore è geneticamente predisposto ad emettere. Questo, per Allen e Fonagy (1996), potrebbe essere uno dei meccanismi per la trasmissione intergenerazionale di strategie interpersonali aggressive, permettendo alla mente e al corpo del bambino di prepararsi per le successive relazioni violente.

L'apprendimento e la mentalizzazione sono preclusi al sistema familiare "senza mente" adottato in modo adattivo. La violenza genera violenza attraverso le generazioni perché le capacità di mentalizzazione diventa sbilanciata nelle famiglie in cui predominano la paura e gli attaccamenti iperattivati, in modo da indurre la famiglia stessa e i suoi membri a ripiegare su modalità prementalizzanti di pensare e agire. Queste modalità di sperimentare se stessi e gli altri tendono a riemergere ogni volta che qualcuno perde la capacità di mentalizzare. La prima di queste è la modalità dell'*equivalenza psichica*, in cui pensieri e sentimenti diventano "troppo reali" e non ci sono prospettive alternative

concepibili. C'è una sospensione del dubbio e l'individuo crede che la propria prospettiva sia l'unica possibile; viene sospesa l'esperienza del come se poiché tutto è realtà. Questa modalità può permeare in età adulta e manifestarsi in quello che viene definito pensiero concreto o comprensione concreta (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012).

Nella *modalità teleologica* l'interpretazione della realtà avviene unicamente in termini fisici, sulla base del principio dell'azione razionale. Le interazioni sono presimboliche, nel senso che non richiedono una rappresentazione del mondo interno del caregiver; tuttavia si basano anche sulla capacità di rappresentarsi stati futuri, quali obiettivi del comportamento proprio e altrui. Quindi, l'individuo può riconoscere l'esistenza e il potenziale ruolo degli stati mentali, ma questo riconoscimento è limitato a molto concreto.

Nella *modalità del far finta*, mondo interno e mondo esterno sono distinti tra di loro: le fantasie possono essere esplorate nella loro totalità dal momento che non ci si aspetta alcuna conseguenza sul mondo reale. Nel caso in cui questa modalità non venga superata, nell'adulto pensieri e sentimenti possono arrivare a dissociarsi dalla realtà esterna fino quasi a perdere di significato. Il paziente puà riflettere sugli stati mentali ma solo se disconnessi dalla realtà: la mentalizzazione diventa dunque un esercizio intellettuale e manca un contatto con l'esperienza interna autentica (pseudomentalizzazione).

Le modalità di funzionamento prementalizzanti minano i meccanismi sociali, che rendono possibile la collaborazione umana: creatività, negoziazione, turn-taking e rispetto per gli stati mentali altrui. Se il bilanciamento della mentalizzazione non può essere ripristinato, questo può diventare parte di un circolo vizioso.

La collaborazione con gli altri richiede la priorità dei loro stati soggettivi. Nella dinamica del potere disadattivo, viene stabilito il controllo sugli altri attraverso l'uso della coercizione e dell'umiliazione. Un sistema, sia che si tratti di una famiglia o di un altro gruppo sociale gruppo - che è caratterizzato dalla cecità verso gli stati mentali propri e degli altri- tenderà a creare sistemi di influenza sociale in cui la coercizione e l'umiliazione giocano un ruolo chiave (Asen & Fonagy, 2017). La letteratura ha evidenziato inoltre come deficit nella mentalizzazione sono associati significativamente a tratti psicopatici e ad aggressività proattiva; la mentalizzazione sembra giocare un ruolo di mediazione al punto che individui con tendenze psicopatiche non mostrano un aumento dell'aggressività quando hanno buone capacità di mentalizzazione (Taubner et al., 2013). In questo caso la mentalizzazione sembra essere un fattore protettivo per

prevenire l'emergere di tratti psicopatici. Fonagy e Target (1999) hanno postulato che il maltrettamento maschile sulle donne ad esempio, è associato ad un frazionamento della mentalizzazione nei diversi compiti e nei diversi ambiti. Gli uomini violenti dimostrano una notevole capacità di reinterpretare la propria condotta inaccettabile in termini accettabili. Alla base di queste idee è il concetto che gli uomini violenti estendono la loro naturale aggressività sino alla violenza in seguito ad un deficit del funzionamento sociocognitivo.

In sintesi abbiamo visto che alcuni studi suggeriscono che la capacità di mentalizzare sembra essere un fattore protettivo rispetto allo sviluppo di una psicopatologia in adulti che hanno sperimentato abusi o trascuratezza da bambini. Lo sviluppo della mentalizzazione flessibile in una relazione di attaccamento sicuro eventualmente agisce come fattore di resilienza, di mediazione contro gli effetti di eventi traumatici (Stein, 2006) o un adattamento positivo in un contesto avversativo (Lutharet al., 2000) nei termini predittivi di attaccamenti infantili e disturbi di personalità in età adulta. Coloro che possono mentalizzare in modo più flessibile si pensa siano in grado di far fronte a situazioni di stress in modo più efficace attraverso la comprensione di pensieri e sentimenti nel contesto della situazione. Per esempio Fonagy e colleghi (1994) in uno studio con madri con precoci esperienze negative, hanno trovato che quelle con un'alta RF avano maggiori possibilità di avere bambini con attaccamento sicuro. In linea con questi risultati, madri con attaccamenti insicuri e un'alta RF avano maggiori probabilità di avere bambini con un attaccamento sicuro in confronto a madri insicure con una bassa RF (Arnott & Meins, 2007).

Allo stesso tempo è importante osservare che, dal momento che la mentalizzazione non è una caratteristica statica, i cambiamenti nella mentalizzazione si verificano rispetto ai livelli di arousal e di sofferenza (Fonagy et al., 2011). Inoltre, le persone con una lunga storia di arousal eccessiva, possono diventare particolarmente sensibilizzati: la possibilità di un cambiamento nella mentalizzazione potrebbe diminuire (Mayes, 2000).

Molti degli studi in tale ambito si sono concentrati sui perpretatori, di violenza e sul ruolo svolto dalla funzione riflessiva, mentre sono poche le ricerche che si sono occupate di vittime di IPV e funzione riflessiva.

2.4.4 Controtransfert, attaccamento, mentalizzazione e Intimate Partner Violence

Nello sviluppare una relazione terapeutica con i sopravvissuti dell'abuso, l'importanza di lavorare con il transfert e il controtransfert non può essere sottovalutata. Questo in parte

dipenderà anche dal tipo di attaccamento della donna. Come in ogni altra relazione, il transfert al terapeuta sarà modellato dopo le relazioni con i caregiver primari. Nei pazienti altamente dissociati, ci saranno probabilmente transfert basati su molteplici rappresentazioni di sé e dell'oggetto contenute nelle parti dissociate del sé (Loewenstein & Prelec, 1993).

La forma del transfert dipenderà dal modello d'attaccamento al caregiver primario. Mentre la storia può dare indizi sul significato del transfert, la forma del transfert può chiarire la natura delle relazioni nella storia. La preoccupazione del terapeuta può essere vista dal paziente come seduttiva, o l'incoraggiamento può essere sentito come una minaccia velata di punizione per non essere conforme. Le donne potrebbero anche idealizzare il terapeuta proprio come hanno fatto con il proprio genitore. Questi elementi possono disorientare il terapeuta, ma possono fornire informazioni importanti sulle rappresentazioni degli oggetti dissociati all'interno del paziente, nonché su come i ruoli abusivi sono stati interpretati dal caregiver.

Nel lavoro con i “sopravvissuti”, i terapeuti possono essere particolarmente vulnerabili alle reazioni controtransferali a causa dell'intensità del transfert a cui sono esposti. Il concetto di identificazione proiettiva può essere utile per comprendere e utilizzare le reazioni controtransferali. Il paziente può proiettare sul terapeuta l'aggressore e quindi manipolare il terapeuta per recitare questo ruolo. Al contrario, il paziente può proiettare caratteristiche svalutate del sé, come il ruolo della vittima, e quindi recitare il ruolo del molestatore contro il terapeuta. Se i terapeuti non sono cauti, come spesso accade, possono trovarsi a recitare i ruoli proiettati, o agire il loro controtransfert verso il paziente arrabbiandosi, sentendosi vittima o violando i confini terapeutici.

2.5 Sistemi di coping, attaccamento e violenza

Come abbiamo già esaminato nel paragrafo precedete, l'esperienza di maltrattamento durante l'infanzia può portare allo sviluppo di modelli rappresentativi negativi delle figure di attaccamento, del sé e del sé in relazione agli altri significativi (Crittenden & Ainsworth, 1989). I modelli rappresentativi che emergono dalla relazione di attaccamento possomo essere il meccanismo attraverso cui viene mantenuta la continuità delle opinioni a riguardo se stessi e altri (Sroufe & Fleeson, 1988). Queste rappresentazioni, a loro volta, possono influenzare le future interazioni sociali dell'individuo. Una ricerca condotta con campioni normativi di coppie madre-bambino ha rivelato che i bambini con attaccamento sicuro hanno più probabilità di risolvere in

modo adattivo i successivi problemi di sviluppo (Sroufe, Carlson & Schulman 1993). Bambini con attaccamento insicuro hanno dimostrato maggiori difficoltà, inclusa una maggiore dipendenza, minore competenza sociale e minore resilienza dell'Io (Urban, Carlson, Egeland & Sroufe, 1991). Conclusioni simili sono state documentate con l'emergere di problemi comportamentali e difficoltà emotive nei bambini a rischio di attaccamento insicuro a causa della presenza di maltrattamenti, psicopatologia genitoriale, o abuso di sostanze (vedi Cicchetti, Toth & Lynch, 1995). Maltrattamenti infantili interrompono, come abbiamo visto, la possibilità di stabilire un attaccamento sicuro e di conseguenza lo sviluppo di abilità sociali e emotive, che si traduce nello sviluppo di percezioni errate di sé, degli altri e delle relazioni. Queste cognizioni (come credenze maladattive e aspettative) creano una barriera per un funzionamento interpersonale sano e sono associati a deficit nelle abilità sociali.

Nonostante queste premesse, poca attenzione è stata dedicata alla relazione tra IPV, strategie di coping e stili di attaccamento.

Per molti anni i ricercatori si sono interessati allo studio dei fattori che promuovono strategie di coping e resilienza, nonché del benessere soggettivo (Bonanno, 2004; Diener, Lucas & Oishi, 2002). Prima di descrivere i processi di coping, quali dimensioni psicologiche principalmente coinvolte nel processo di adattamento a situazioni stressanti (Holahan et al., 1994; Klapow et al., 1995), è utile dare una definizione di stress. Lazarus e Folkman (1984) definiscono lo stress come una condizione derivante dall'interazione di variabili ambientali e individuali, che vengono mediate da variabili di tipo cognitivo. Tuttavia lo stress non è un'esperienza esclusivamente soggettiva, ma la sua entità è definita anche dalle caratteristiche oggettive dello stimolo. Perciò la portata stressogena di un evento è determinata, oltre che dalla valutazione cognitiva dello stimolo compiuta dall'individuo, anche dalle caratteristiche oggettive dello stimolo, ovvero dalla qualità dell'evento (come l'impatto emozionale che produce nel soggetto) e dalla sua quantità (come, per esempio, la durata temporale e la "vicinanza" con altri eventi che costituiscono una potenziale minaccia per l'equilibrio psico-fisico dell'individuo). Un evento sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984).

Le strategie di coping sono, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento ad una situazione stressante. Con il termine coping ci si riferisce all'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali attuati per controllare specifiche richieste interne e/o esterne che vengono valutate come eccedenti le risorse della

persona (Lazarus, 1991). La ricerca sulla definizione di coping è evoluta da tratto di personalità statico rispondente a un fattore di stress esterno, a riconoscimento dei fattori di stress come contesto-dipendenti, che influenzano gli individui in modi differenti, a seconda della valutazione e dell'importanza di ciascuna minaccia di stress. Il coping è attualmente riconosciuto come una "battaglia fluida, sensibile al contesto" per gestire un problema, e dipende da emozioni e personalità (Lazarus, 1993).

L'esposizione a violenza fisica e/o psicologica da parte del partner è una condizione stressante per le donne. Il contesto, pertanto, è particolarmente utile se parliamo di IPV; i ricercatori hanno proposto che la divisione binaria (attiva/evitante o focalizzata sul problema/focalizzata sull'emozione) non è una categorizzazione utile o rilevante in situazioni di violenza intima (Goodman, Smyth, Borges & Singer, 2009; Waldrop & Resick, 2004). Le risposte delle donne alla violenza sono infatti influenzate dalle circostanze dell'abuso e dalla valutazione delle risorse (Ellsberg, et al., 2001). Inoltre le strategie di coping differiscono a seconda che la donna stia vivendo o meno con il suo aggressore (Waldrop & Resick, 2004). Per le donne con un basso reddito e con poche risorse che vivono con i loro partner violenti, la gestione attiva e incentrata sui problemi può risultare controproducente. Esse si avvalgono delle strategie di coping delle sopravvissute, definite come una costante negoziazione al fine di esercitare il controllo di fronte a scelte drammaticamente limitate e ad alto rischio. Uno studio ha evidenziato che un tema dominante è quello di sopravvivere quotidianamente cercando di evitare successivi episodi di violenza. Donne implicate in relazioni violente da molto tempo, tendono a rappresentarsi la situazione familiare in una luce positiva, focalizzandosi sulla loro identità di mogli, casalinghe e madri, guardando al di fuori della relazione per il supporto emotivo. In modo simile anche le giovani donne utilizzano complesse manovre cognitive che modificano il significato delle situazioni stressanti, al fine di percepire gli aspetti più positivi della relazione, riportando che la relazione non è poi così negativa. Le donne che adottano varie strategie di coping per evitare, prevenire o minimizzare il verificarsi della violenza, cercano di ridurre gli effetti psicologicamente dannosi della violenza già commessa. Le strategie di evitamento delle donne vittime di IPV sono state associate ai sintomi del PTSD e ai sintomi depressivi. In alternativa, il perdono, che è una forma di coping attivo, è stato collegato al crescente disagio delle donne sopravvissute all'IPV (Foster et al, 2015). La letteratura suggerisce che le donne vittime di IPV non negano né accettano la violenza, ma vivono nella speranza che qualcosa cambierà; negoziati costanti, piccoli passi e compromessi per ridurre al

minimo il danno di situazioni specifiche, proteggendo al contempo cose troppo costose da richiare (Goodman et al, 2009).

Gli effetti dello stress possono contribuire ad aumentare la responsabilità verso la malattia in generale e nel tempo possono produrre costellazioni quasi stabili di tratti e comportamenti disadattivi e disfunzioni pervasive che sono tipiche dei disturbi di personalità.

Craparo e collaboratori (2014) hanno osservato che alessitimia, sintomi depressivi e attaccamento insicuro sono negativamente correlati con la capacità di gestire/affrontare la situazione di stress, in situazioni di IPV. In particolare questo campione ha mostrato problematiche riferibili al problem solving. Gli autori suppongono che strategie di coping inadeguate potrebbero essere correlate con una più alta prevalenza di vittimizzazione nelle relazioni intime. Sfortunatamente, pochi studi di ricerca hanno indagato se strategie di coping inadeguate aumentano il rischio di vittimizzazione dell'IPV. Altri autori come Allen e Fonagy ci suggeriscono d'altra parte che la mentalizzazione può promuovere la resilienza al trauma e ridurre la vulnerabilità alla depressione e al PTSD, attaverso lo sviluppo di un sistema di filtraggio intrapsichico. Questo sistema si sviluppa attraverso relazioni precoci e sicure e consente ai bambini di sopportare ed elaborare le emozioni negative. Le emozioni negative possono inizialmente restringere la variabilità delle risposte di pensiero-azione, mentre le emozioni positive facilitano la resilienza promuovendo il recupero. Poiché la mentalizzazione implica la comprensione emotiva. Una persona con una buona capacità di mentalizzare avrà la capacità di regolare internamente le emozioni attraverso il pensiero, tollerare i sentimenti negativi, sviluppare un senso di sé e godere di relazioni interpersonali e di supporto sane, elementi che possono proteggerla da traumi e migliorare la resilienza (Allen et al, 2008)

2.6 Personalità e Intimate Partner Violence

Le donne vittime di violenza soffrono di problemi fisici e psicologici con maggiore frequenza rispetto alle donne che non hanno subito violenza, come conseguenza dei traumi subiti e dello stress cronico. Come abbiamo già esaminato nel primo capitolo, doppi sono anche la frequenza di depressione, disturbo post traumatico da stress, ansia, rischio di suicidio e abuso di alcool, ma maggiori vulnerabilità si riscontrano anche per disturbi gastrointestinali cronici, sindrome da dolore cronico, disturbi del comportamento alimentare, uso di tabacco e droghe, e malattie croniche come quelle

cardiovascolari, diabete, ecc. Tutto questo si traduce in debilitanti conseguenze per la salute pubblica per le singole donne, le loro famiglie e la società (Kessler et al., 2003). Tra le donne esposte a IPV, una percentuale tra il 31% e l'84% svilupperà un disturbo post traumatico da stress (PTSD; Golding, 1999). Il PTSD implica rivivere il trauma, emotività negativa, e ipervigilanza (American Psychiatric Association DSM-5, 2013) ed è classificato come un disturbo singolo; tuttavia, vi è una significativa eterogeneità nei pattern sintomatologici (Dickstein, Suvak, Litz & Adler, 2010). I ricercatori hanno ipotizzato caratteristiche soggettive della personalità sottostanti, che potenziano le diverse espressioni del PTSD (Miller, Greif & Smith, 2010). Nello specifico è stato proposto un modello con 3 sottotipi di personalità (esternalizzante, internalizzante e semplice) per spiegare l'eterogeneità del pattern sintomatologico del PTSD (Miller & Resick, 2007). Uno studio di Carleton e collaboratori (2015) ha testato questo modello in un campione di 129 donne esposte a una serie di esperienze IPV, riscontrando i 3 sottotipi di personalità trovati nelle precedenti ricerche, ossia un sottogruppo *esternalizzante* caratterizzato da elevata emotività negativa e bassa disinibizione, un sottogruppo *internalizzante* caratterizzato da elevata emotività negativa e bassa emotività positiva, e un sottogruppo *semplice* caratterizzato da punteggi di fascia media rispetto alle variabili di temperamento (Miller et al, 2003; Miller & Resick, 2007; Zanarini et al, 1999; Alexander, 2009). Sebbene alcune ricerche abbiano mostrato un collegamento tra disturbo borderline di personalità e IPV, pochi studi hanno esaminato come i tratti di personalità di ogni partner potrebbero influenzare il comportamento dell'altro (Hines, 2008). I risultati indicano che il livello di organizzazione della personalità borderline delle donne è legato all'utilizzo della violenza da parte del partner nella relazione (Maneta et al, 2013). Zanarini e collaboratori (2005) indicano che le donne con personalità borderline sono a maggior rischio di esperienza emotiva, abuso fisico, verbale e sessuale. Gli individui con tratti borderline possono mostrare deficit di autoregolazione che li rendono più propensi a comportarsi in modo aggressivo, e la loro violenza, a sua volta, può scatenare risposte più aggressive da parte del partner. Inoltre, le difficoltà di autoregolamentazione di un partner potrebbero portare alla provocazione nell'altro della rabbia (Maneta et al., 2013).

Esistonono poi studi di letteratura che dimostrano come le donne vittime di abuso fisico e psicologico o esclusivamente psicologico nel confronto con donne non abusate presentano punteggi più alti nelle scale della schizoidia, dell'evitamento e dell'auto svalutazione così come nelle tre scale di personalità schizotipica, borderline e paranoide (Pico- Alfonso et al., 2008).

Di contro all'associazione ben documentata in letteratura tra IPV e disturbi dell'area traumatica, ansia, disturbi alimentari, disturbi somatici e suicidio (Campbell, 2004; Iverson et al., 2011; Jones, Hughes, & Unterstaller, 2011), esistono invece pochi studi che si sono focalizzati sulla presenza di disturbi di personalità in donne vittime di IPV. L'ipotesi dell'interazione tra predisposizione ereditaria e fattori ambientali, come le esperienze traumatiche, nel caso di violenze croniche da parte del partner, potrebbero condurci all' ipotesi che queste vittime sono ad alto rischio di sviluppare disturbi di personalità. E' ragionevole supporre che se le donne vittime di IPV sviluppano disturbi di personalità, potrebbero subire effetti peggiori sul proprio benessere e, pertanto, richiedere strategie di intervento terapeutiche specializzate.

CAPITOLO TERZO

INTIMATE PARTNER VIOLENCE: UNO STUDIO ESPLORATIVO

Love and violence are common bedfellows
(Asen e Fonagy, 2017).

3.1 Introduzione alla ricerca

Come anticipato nel capitolo precedente, la ricerca si è concentrata su una serie di variabili che hanno permesso di indagare da una parte il funzionamento psicologico individuale delle donne vittime di IPV e dall'altra i vissuti soggettivi riguardanti esperienze precoci di maltrattamento e di abuso.

Anche se l'IPV è stata esaminata da una serie di prospettive teoriche (vedi capitolo 1), la teoria dell'attaccamento è stata recentemente identificata come una prospettiva per mezzo della quale integrare i diversi fattori di rischio psicosociale per la violenza, fornendo così una spiegazione teorica potenzialmente unificante (Mahalik, Aldarondo, Gilbert-Gokhale, & Shore, 2005). Inoltre, la teoria dell'attaccamento fornisce un utile modello per comprendere la co-occorrenza di violenza e intimità in una relazione (Mayseless, 1991).

Diversi studi hanno esaminato i processi e gli schemi di attaccamento di donne vittime di IPV (Henderson, et al., 2005; Kwong et al., 2003; Levendosky et al., 2011), evidenziando la prevalenza di classificazioni di attaccamento non risolti/ disorganizzati nei loro campioni. I meccanismi di trasmissione intergenerazionale delle rappresentazioni di attaccamento sono evidenti nello studio di situazioni traumatiche di perdita o abuso, in cui la dimensione emotiva assume un'importanza rilevante nell'esperienza psichica individuale. Diversi ricercatori hanno documentato la relazione tra storie di esperienze infantili avverse e la maggiore probabilità di sperimentare violenza, fisica ed emotiva, nelle relazioni intime in età adulta. Sebbene Kwong e colleghi (2003) non abbiano trovato alcuna differenza nel tipo specifico di trauma infantile che predicesse la successiva IPV, hanno concluso che la relazione tra violenza nella famiglia di origine e vittimizzazione in età adulta è un'associazione molto robusta.

Alla luce della letteratura esaminata sembra inoltre necessario indagare come la qualità dell'attaccamento precoce in donne vittime di IPV sia un fattore predittivo della capacità presente o meno di considerare gli stati mentali altrui. La mentalizzazione si sviluppa nel contesto delle relazioni precoci di attaccamento; menomazioni e interruzioni possono creare una vulnerabilità evolutiva nella mentalizzazione. Al contrario la capacità di mentalizzare sembra essere un fattore protettivo rispetto allo sviluppo di una psicopatologia in adulti che hanno sperimentato abusi o trascuratezza da bambini. Stein (2006) ha proposto che lo sviluppo di una mentalizzazione flessibile in una relazione di attaccamento sicuro può agire come fattore di resilienza o mediazione contro gli effetti di eventi traumatici. Abbiamo sottolineato come le esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia e l'adolescenza, a volte, possono tradursi in età adulta in stili di funzionamento riflessivo incerti e instabili (Allen, 2003; Fonagy & Bateman, 2008). La disorganizzazione, in particolare, è associata a gravi problematiche di regolazione degli affetti e a deficit di mentalizzazione (Lyons Ruth & Jacobvitz, 2016). Gli studi, così come abbiamo evidenziato, si sono concentrati sui perpretatori di violenza e sul ruolo svolto dalla funzione riflessiva, mentre sono poche le ricerche che si sono occupate del funzionamento riflessivo di donne vittime di IPV.

Nonostante diversi studiosi abbiano maturato la convinzione che non si possano individuare nelle donne tratti comuni che orientino verso una diagnosi psicopatologica (vedi Filippini, 2005), alcuni studi sull'IPV mostrano i limiti della prevenzione e del trattamento di donne vittime di IPV, e la necessità di indagare più approfonditamente le strategie di funzionamento mentale, che possono rappresentare fattori di rischio o contribuire a creare disturbi significativi e di sofferenza in diversi ambiti di vita. Sarebbe necessario e utile, a tal fine avere accesso a studi più rigorosi sui tratti di personalità di donne vittime di IPV, che permettano di ottenere risultati validi e affidabili attraverso metodologie multi metodo e multi-informatore, dato che le indagini empiriche riportate in letteratura fanno uso per la maggior parte di strumenti self report (Gellen et al 1984; Palau 1981; Rhodes 1992; Rosewater, 1988). Anche se, naturalmente, i self report presentano il vantaggio di essere a basso costo e facile da somministrare, presentano vari limiti, sulla base di un eccessivo affidamento su un singolo informatore (vedi Babcock et al., 2004; Campbell, 1994; Bornstein, 2006).

La ricerca qui presentata ha come campione di analisi donne vittime di IPV, seguiti da centri anti-violenza, sportelli di ascolto e case rifugio in diverse città italiane.

3.2 Obiettivi e ipotesi

A partire da questi dati della letteratura, gli obiettivi della ricerca sono stati:

1) Indagare la relazione tra attaccamento in età adulta e violenza nelle relazioni intime;
2) Indagare la relazione tra trauma infantile e vittimizzazione in età adulta, con specifico riferimento alla tipologia di trauma subito;
3) Indagare la presenza di specifiche modalità di funzionamento della mentalizzazione al fine di individuare specifici profili di donne vittime di IPV;
4) Indagare la relazione tra il senso di autoefficacia e gli stili d'attaccamento, in donne vittime di IPV;
5) Indagare la relazione tra disturbi di personalità e vittimizzazione, e nello specifico la presenza di sottotipizzazioni di personalità di soggetti vittime di IPV.

Rispetto a questi obiettivi si ipotizza che:

1) Nelle donne vittime di IPV siano più frequenti modelli di attaccamento insicuro e disorganizzato;
2) sia presente un'elevata presenza di traumi infantili tra le donne coinvolte nella ricerca, ma nessuna differenza rispetto alla tipologia di trauma, in linea con la letteratura secondo cui non esistono specifici tipi di trauma associati all'IPV;
3) vi sia un'iperattivazione degli aspetti automatici ed affettivi della mentalizzazione, non compensati da una capacità adeguata di mentalizzare cognitivamente ed esplicitamente e che probabilmente ci sia uno sbilanciamento sull'altro nella mentalizzazione, rispetto alle specifiche modalità di funzionamento della mentalizzazione;
4) sia presente un basso senso di autoefficacia nelle donne che presentano attaccamenti insicuri e disorganizzati e una volontà a rimanere nelle situazioni di rischio, con l'idea di poter risolvere il rapporto conflittuale;
5) alla luce dei pochi dati presenti in letteratura è possibile trovare elevate frequenze di disturbi di personalità nelle donne vittime di IPV.

3.3 Metodologia

3.3.1 Il campionamento

Inizialmente per procedere alla ricerca del campione, ho mappato i diversi centri anti-violenza, le case rifugio e gli sportelli presenti in Italia, una serie di associazioni attivamente impegnate sul territorio nel contrasto alla violenza di genere, e la responsabile del progetto DAPNE presso l'Azienda USL di Rimini, che ha prodotto una pratica esperenziale significativa sia in termini di implementazione del progetto di contrasto alla violenza, che di trattamenti di donne vittime. Dato lo scopo esplorativo di questa prima parte dello studio sono state coinvolte tutte le regioni italiane. Ho quindi provveduto a costruire un elenco dei centri da coinvolgere.

Per costruire il campione ho poi provveduto a:

1. Inviare una *lettera di presentazione* del progetto: a ciascun centro individuato è stata inviata una lettera di presentazione insieme al progetto dettagliato. I centri coinvolti in questa fase sono stati trentacinque;
2. *Contattare telefonicamente* i centri che hanno comunicato la loro adesione al progetto via telematica, per trovare un accordo sui casi da includere nella ricerca. I centri reclutati in questa fase sono stati dieci distribuiti tra le regioni Lazio, Marche, Umbria, ed Emilia Romagna;
3. *Visitare* personalmente *ogni centro* che aveva comunicato l'adesione al progetto, per esplicare nel dettaglio le fasi della ricerca e gli strumenti da somministrare, comprese intervista e self report per le donne vittime di IPV e clinician report per le psicologhe-psicoterapeute coinvolte; quindi definire con le stesse i vari appuntamenti, compresa la giornata di formazione all'utilizzo della SWAP-200.

Prima di ottenere una risposta, sono stati necessari diversi contatti sia telematici che telefonici, in linea con quanto evidenziato dalla letteratura.

Il campione attuale, costituito da trentuno donne, reclutate da dieci differenti CAV e sportelli, è stato sezionato in base ai seguenti criteri:

1. La disponibilità dei centri a partecipare alla ricerca, e in una fase successiva la disponibilità delle donne a essere coivolte nella ricerca (consenso informato);

2. Le donne dovevano essere vittime di violenza da parte di uno o più partner;
3. Le donne dovevano essere state viste dalla psicologa/psicoterapeuta per almeno tre volte e per un massimo di dodici (Questo criterio mi ha permesso di raccogliere un campione omogeneo composto da donne all'inizio di un percorso di fuoriuscita dalla violenza, e non con una psicoterapia in corso);
4. Ogni psicologa/psicoterapeuta ha contribuito a fornire i dati di una sola donna, per ridurre al minimo la varianza rater-dipendente;
5. Le donne da includere nella ricerca dovevano soddisfare i seguenti criteri di inclusione: ≥ 18 anni di età, non dovevano presentare disturbi psicotici, e non devono assumere farmaci per sintomi psicotici.

L'età media dell'intero campione è di 42 anni (min = 29; max = 63; ds = 11,5). Per quanto riguarda la composizione del campione è la seguente: 90% italiane e il 10% straniere. Il livello d'istruzione del nostro campione è così suddiviso: il 22,5% ha frequentato le scuole medie inferiori, il 29% le scuole medie superiori, 16% ha interrotto gli studi universitari e il 13% ha conseguito la laurea. Per quanto riguarda invece lo status socio-economico: il 3% appartiene alla classe povera, il 25,8% alla classe operaia, il 48% alla classe media, infine il 3% alla classe alta. Rispetto allo stato civile, il 16% del campione è sposato, il 3% al secondo matrimonio, il 16% convive, il 35,5% è in separazione o divorziato, il 9,7% single. Del restante 19,5 % non abbiamo ottenuto sufficienti informazioni. La durata media di permanenza in una relazione violenta per le donne del campione è di 12 anni (min=6 mesi; max=480 mesi; ds: 161,8). Nella tabella di seguito (Tabella 3.1) sono sintetizzate le principali informazioni demografiche raccolte con il Clinical Data Form. In aggiunta indichiamo le medie del GSI che presenta valori nella norma 45<T>55, mentre quelle dell'ideazione suicidaria 55<=T>=65 mostrano un livello di rischio da moderato a elevato.

Tabella 3.1 *Principali informazioni per il campione IPV raccolte con il Clinical Data Form*

Informazioni socio-demografiche

Età media campione IPV	41 anni

Nazionalità	*Afro/americana*	*Europea*	*Asiatica*	*Altro*
Percentuale	8%	92%	0%	0%

Status socio-economico	*Povero*	*Operaio*	*Classe media*	*Classe medio-alta*	*Classe alta*
Percentuale	4%	32%	52%	8%	4%

Stato civile	*Sposata (primo matrimonio)*	*Risposata*	*Convivenza*	*Divorziata*	*Separata*	*Single*
Percentuale	20%	4%	4%	12%	44%	16%

Livello di istruzione	*Scuola media inferiore*	*Scuola media superiore*	*Università interrotta*	*Laureata*
Percentuale	28%	36%	20%	16%

Storia lavorativa	*Incapace di mantenere un lavoro*	*Mediamente capace*	*Abbastanza capace*	*Adempie con costanza i compiti*
Percentuale	4%	40%	20%	36%

Qualità delle relazioni

Qualità delle relazioni amorose	*Molto povere/ /instabili/assenti*	*Poco presenti*	*Mediamente presenti*	*Abbastanza presenti*	*Stabili e amorevoli*
Percentuale	16%	32%	32%	12%	8%

Persone con cui la donna si confida	*Nessuna*	*Molte poche*	*Alcune*	*Molte*
Percentuale	4%	68%	24%	4%

Qualità delle amicizie	*Molto povere/ /incapaci di sostenerle*	*Poco presenti*	*Mediamente presenti*	*Abbastanza presenti*	*Intime/stabili*
Percentuale	12%	24%	20%	24%	20%

Tempo da cui la donna è vittima di IPV	138 mesi

Numero partner violenti	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
Percentuale	8%	68%	20%	0%	4%

Denuncia	*No*	*Non so*	*Si*
Percentuale	44%	8%	48%

Salute fisica	*Malattie croniche o degenerative*	*Malattie croniche o frequenti*	*Malattie mediamente frequenti*	*Pochi o occasionali problemi di salute*
Percentuale	4%	16%	32%	48%

Violenza intima

Ricoveri a seguito di lesioni	*No*	*Non so*	*Si*
Percentuale	64%	8%	28%

Stupro o aggressione sessuale	*No*	*Una volta*	*Più di una volta*
Percentuale	68%	0%	32%

Tentativi di suicidio	*No*	*Non so*	*Si*
Percentuale	80%	12%	8%

Violenza assistita	*No*	*Non so*	*Si*
Percentuale	40%	36%	24%

Indici SCL-90	*GSI*	*ID. SUICIDARIA*
Media	50,76	56,53

Abuso fisico sessuale

Abuso fisico	*No*	*Incerto*	*Si*
Percentuale	52%	32%	16%

Abuso sessuale	*No*	*Non so*	*Si*
Percentuale	60%	32%	8%

3.3.2 Gli strumenti della ricerca

Gli strumenti identificati per la ricerca sono suddivisi in: clinician report, self report e un'intervista, a cui abbiamo applicato due strumenti di misura (Tabella 3.2). Di seguito alla tabella sono riportate le principali informazioni.

Tabella 3.2 *Sintesi degli strumenti utilizzati nella ricerca*

Clinician Report	Clinical Data Form **(CDF)**
	Shedler Westen Assessment Procedure-200 **(SWAP-200)**
	Modes of Mentalization Scale **(MMS)**
	Mentalization Imbalances Scale **(MIS)**
	Therapist Response (Countertransference) Questionnaire **(TRQ)**
Self Report	Coping Orientation to Problems Experienced- Nuova Versione Italiana **(COPE-NVI)**
	Symptom Checklist-90-items-Revised **(SCL-90-R)**
	Reflective Functioning Questionnaire **(RFQ)**
Interviste	Adult Attachment Interview **(AAI)** - Complex Trauma Questionnaire **(ComplexTQ)** - Reflective Functioning Scale **(RFS)**

3.3.2.1 Clinician Report

Clinical Data Form (CDF). Il CDF è un questionario ad hoc che raccoglie una serie di variabili rilevanti rispetto ai dati demografici, alla diagnosi di Asse I, e all'eziologia. La ricerca ha dimostrato che i giudizi dei clinici hanno predetto teoricamente rilevanti variabili criterio e hanno riflettuto criteri ragionevoli e altamente conservativi (ad esempio, Dutra, Eddy, e Westen, 2003; Nakash-Eisikovits, Dierberger, e Westen, 2002). Il questionario clinico fornisce informazioni generali sui clinici, sulle loro pazienti e sull'intervento terapeutico (durata e numero di sedute), sui dati demografici, compresa età delle donne, razza, livello di istruzione, livello socio-economico e storia di sviluppo. I clinici hanno anche valutato le variabili di funzionamento adattivo come la qualità delle relazioni amorose e di amicizia, la storia della violenza intima e le variabili potenzialmente correlate all'eziologia, come la storia di abusi. Inoltre è stata valutata la presenza o assenza di un elenco di problemi clinici e di caratteristiche di personalità come autolesionismo, problemi con l'intimità o impegno in relazioni strette.

Shedler Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200, Westen & Shedler, 1999 a,b; Westen, D., Shedler, J. & Lingiardi, 2003; Shedler, Westen & Lingiardi, 2014). E' uno strumento Q-sort (Block, 1978) per l'assessment della personalità costituito da 200 item scritti in un linguaggio privo di gergalità e a un livello intermedio di astrazione che descrivono caratteristiche sane e disfunzionali della personalità. Un clinico o un rater, che hanno una conoscenza adeguata del paziente da valutare, cioè che hanno condotto con lui almeno tre-cinque colloqui, deve collocare i duecento item della SWAP in modo gerarchico in nove categorie seguendo una distribuzione fissa, in modo che ognuna contenga un numero di item prefissato, in base al grado di descrittività dell'item per la personalità del soggetto (Da 0 - per niente descrittivo a 7 - molto descrittivo). Un programma informatizzato permette quindi di calcolare il grado di sovrapposizione tra la descrizione del paziente fornita dal clinico e due tassonomie diagnostiche: 1) i fattori PD, ovvero descrizioni prototipiche di pazienti ideali con ognuno dei dieci disturbi di personalità del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV edizione revised (DSM-IV-TR; APA; 2000) più un fattore sano, di alto funzionamento; 2) i fattori Q, una tassonomia da undici stili/disturbi di personalità derivati empiricamente con la SWAP sulla base di un campione di circa cinquecento pazienti reali con disturbi di personalità. Il livello di correlazione tra descrizione del paziente valutato e fattori PD e Q, standardizzato in punti T (M=50 e DS= 10), permette quindi di elaborare diagnosi dimensionali e categoriali della personalità.

La SWAP permette infine di costruire una formulazione del caso "patient tailored" cucendo insieme i trenta item più descrittivi del paziente, cioè quelli a cui è stato attribuito un punteggio di 5,6 e 7.

Modes of Mentalization Scale (MMS; Colli & Gagliardini, 2015a; Gagliardini, G., & Colli, A., *in press*): scala clinician-report per la valutazione della mentalizzazione del paziente, composta da 24 item valutati su scala Likert 0/5 che fanno riferimento alle modalità di pensiero prementalizzanti descritte in letteratura. Il primo gruppo di item è stato derivato dalla letteratura clinica, teorica ed empirica sulla mentalizzazione e i costrutti limitrofi (metacognizione, teoria della mente, empatia, ecc.). Gli item sono stati valutati per chiarezza e validità di facciata da un gruppo di 10 clinici. È stato calcolato il content validity index (CVI; Yaghmaie, 2009) e tutti gli item con un punteggio sotto 0,75 sono stati eliminati. La prima versione della scala è stata mandata a un gruppo di 50 clinici che l'hanno utilizzata per valutare un paziente in trattamento. Da una prima

analisi descrittiva sono stati eliminati gli item con valori di skewness e Kurtosis ± 2, item con una media uguale a 0 o 5 e zero varianza e item che non correlavano con nessun altro item. L'analisi fattoriale esplorativa ha permesso di individuare cinque fattori: eccessiva certezza; pensiero concreto; pensiero teleologico, pseudomentalizzazione intrusiva; è infine prevista una scala che fa riferimento a caratteristiche di una sana mentalizzazione. I fattori sono stati estratti mediante il metodo del *principal axis factoring* con rotazione Promax in quanto è stata supposta l'interdipendenza dei fattori. Le misure di adeguatezza del campione hanno dato buoni risultati (Kaiser-Meyer-Olkin=.808 e test di sfericità Bartlett chi 2048.088, df 276, sig. .000). Sono state analizzate diverse soluzioni fattoriali. La soluzione a cinque fattori (eccessiva certezza; pensiero concreto; pensiero teleologico, pseudomentalizzazione intrusiva; buona mentalizzazione) è la più esaustiva e coerente con la letteratura teorica e clinica sul costrutto della mentalizzazione. La soluzione fattoriale spiega il 62% della varianza.

Mentalization Imbalances Scale (MIS; Gagliardini et al., 2018; Colli & Gagliardini, 2015b): è composta da 49 item che si riferiscono a diversi sbilanciamenti nelle dimensioni della mentalizzazione valutati su scala Likert da 0 a 5. Il primo gruppo di item è stato derivato dalla letteratura clinica, teorica ed empirica sulla mentalizzazione e i costrutti limitrofi (metacognizione, teoria della mente, empatia, ecc.). Gli item sono stati valutati per chiarezza e validità di facciata da un gruppo di 10 clinici. È stato calcolato il content validity index (CVI; Yaghmaie, 2009) e tutti gli item con un punteggio sotto 0,75 sono stati eliminati. La prima versione della scala è stata mandata a un gruppo di 50 clinici che l'hanno utilizzata per valutare un paziente in trattamento. Da una prima analisi descrittiva abbiamo eliminato gli item con valori di skewness e Kurtosis ± 2, item con una media uguale a 0 o 5 e zero varianza e item che non correlavano con nessun altro item. I fattori sono stati estratti mediante il metodo del principal axis factoring con rotazione Promax in quanto è stata supposta l'interdipendenza dei fattori. Le misure di adeguatezza del campione hanno dato buoni risultati (Kaiser-Meyer-Olkin=.808 e test di sfericità Bartlett chi 2048.088, df 276, sig. .000). I risultati suggeriscono la presenza di cinque fattori teoricamente coerenti (sbilanciamento cognitivo, affettivo, sull'altro, automatico e del sé), che confermano la natura multidimensionale del costrutto della mentalizzazione.

Therapist Response (Countertransference) Questionnaire (TRQ, Betan, et al. 2005; Tanzilli et al., 2015): è un questionario clinician-report che valuta i fenomeni controtransferali in psicoterapia. I 79 item che lo compongono, scritti in un linguaggio semplice e non gergale, valutano un ampio spettro di reazioni cognitive, affettive e comportamentali che il clinico prova e/o agisce nei confronti del paziente. L'analisi fattoriale dei TRQ compilati da un campione di 181 clinici ha mostrato una struttura fattoriale a 8 fattori riferibili ad altrettanti pattern controtransferali clinicamente coerenti, stabili e indipendenti dall'orientamento teorico dei terapeuti:

- Sopraffatto/Disorganizzato: Composto da item che indicano il desiderio di evitare o fuggire dal paziente, e la presenza di forti sentimenti negativi come paura, risentimento, repulsione.
- Impotente/Inadeguato: Composto da item che descrivono sentimenti di inadeguatezza, incompetenza, disperazione e ansietà.
- Positivo: Composto da item che indicano una buona alleanza di lavoro, e un'esperienza di intimità con il paziente.
- Speciale/Ipercoinvolto: Composto da item che descrivono il senso che il paziente sia speciale rispetto agli altri pazienti, con "lievi segni" di un problema nel mantenimento del legame (per esempio, nella gestione delle self-disclosure, nel finire la seduta in tempo, nel sentirsi colpevole, responsabile o eccessivamente preoccupato per il paziente).
- Sessualizzato: Composto da item che descrivono la presenza di sentimenti o tensioni di natura sessuale nei confronti del paziente.
- Genitoriale/Protettivo: Composto da item che esprimono un desiderio di proteggere e curare il paziente in modo genitoriale, in un modo che va oltre la presenza di normali sentimenti positivi verso il paziente.
- Non coinvolto: Composto da item che descrivono la presenza in seduta di un senso di distrazione, ritiro, fastidio, noia.
- Criticato/Maltrattato: Composto da item che descrivono il sentirsi non apprezzato, distanziato, o svalutato dal pazienti

3.3.2.2 Self- Report

Coping Orientation to Problems Experienced- Nuova Versione Italiana (COPE-NVI, Sica et al., 2008): è un questionario self-report che prende in considerazione diverse modalità di coping. Esse non sono state ricavate a posteriori ma rappresentano

dei domini concettuali sviluppati in diversi anni di ricerche. Il modello concettuale che ha guidato la costruzione dello strumento sostiene che le persone tendono a regolare il proprio comportamento in funzione di una gerarchia di obiettivi più o meno consapevole. Secondo questi studiosi, le strategie di coping utilizzate dipenderanno sostanzialmente dalle aspettative che le persone hanno di raggiungere i propri obiettivi (ad esempio, di risolvere un dato problema): se le aspettative sono buone, allora le persone tenteranno anche strenuamente di raggiungere il loro obiettivo; se le aspettative sono negative, le persone rinunceranno a raggiungere i propri obiettivi e cercheranno un diverso modo per gestire l'eventuale stress psicologico causato dal mancato raggiungimento dei propri fini. Nella sua versione finale, il questionario è costituito da 60 item. Il questionario chiede di valutare con quale frequenza il soggetto mette in atto — nelle situazioni difficili o stressanti — quel particolare processo di coping; le possibilità di risposta sono quattro, da «di solito non lo faccio» a «lo faccio quasi sempre». Nelle istruzioni si sottolinea che il soggetto non deve fare riferimento a uno stress specifico ma pensare piuttosto a come abitualmente si comporta nelle situazioni stressanti.

La soluzione che meglio esprime la struttura interna del COPE-NVI è quella che raggruppa le scale di base in cinque fattori: Sostegno sociale (gli item fanno riferimento alla ricerca di comprensione, di informazioni e allo sfogo emotivo), Strategie di evitamento (scala molto eterogenea che comprende l'utilizzo di negazione, uso di sostanze, distacco comportamentale e mentale), Attitudine positiva (atteggiamento di accettazione, contenimento e reinterpretazione positiva degli eventi), Orientamento al problema (utilizzo di strategie attive e di pianificazione) e Orientamento trascendente (gli item fanno riferimento alla religione e all'assenza di umorismo).

Symptom Checklist-90-items-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994): questionario self-report composto da 90 item per la valutazione della gravità dei sintomi di disagio psichico nell'ultima settimana in diversi domini sintomatologici; a ogni item viene attribuito un punteggio su una scala Likert a 5 punti, da 0 (per niente) a 4 (moltissimo). La SCL-90-R viene valutata e interpretata sulla base di 9 dimensioni sintomatologiche primarie e 3 indici globali.

Le 9 sottoscale sono:

- Somatizzazione (SOM): riflette il disagio legato alla percezione di disfunzioni nel proprio corpo;

- Ossessività-Compulsività (O-C): include i sintomi caratteristici della sindrome clinica che porta lo stesso nome;
- Ipersensibilità interpersonale (I-S): si focalizza sui sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, derivanti dal confronto con altre persone;
- Depressione (DEP): riflette uno spettro rappresentativo di manifestazioni cliniche caratteristiche della sindrome depressiva;
- Ansia (ANX): comprende segni generali di ansia come nervosismo, tensione, tremori, così come attacchi di panico e sensazioni di terrore;
- Ostilità (HOS): riflette pensieri, sensazioni e comportamenti caratteristici della rabbia;
- Ansia fobica (PHOB): definita come una persistente reazione di paura a una specifica persona, luogo, oggetto o situazione, percepita dal soggetto come irrazionale e sproporzionata rispetto allo stimolo, e che conduce a comportamenti di evitamento o fuga;
- Ideazione paranoide (PAR): descrive le caratteristiche del pensiero paranoide
- Psicoticismo (PSY): rappresenta il costrutto come una dimensione continua dell'esperienza umana; contiene item indicativi di ritiro e isolamento così come i sintomi di primo rango della schizofrenia.

I 3 indici globali sono:

- *Global Severity Index* (GSI), che è migliore indicatore globale dell'intensità del livello di disagio psichico lamentato dal soggetto;
- *Positive Symptom Total* (PST), rappresentato dal numero di sintomi riportati dal soggetto;
- *Positive Symptom Distress* Index (PSDI), utilizzato come indice dello stile di risposta.

Reflective Functioning Questionnaire (RFQ, Fonagy et al., 2016; Morandotti et al., 2018): è un questionario self-report utilizzato per la valutazione della FR negli adulti e negli adolescenti. Nella sua versione originaria il questionario, composto da 46 item, ha dimostrato una buona validità interna e convergente. Le analisi fattoriali hanno suggerito la presenza di due dimensioni: la certezza e l'incertezza del soggetto intervistato in relazione alla conoscenza degli stati mentali propri e altrui. Punteggi estremi su queste due scale corrispondono a due problematiche nella mentalizzazione: l'ipermentalizzazione e l'ipomentalizzazione. Dopo lo studio pilota, gli autori hanno

aggiunto 8 item nel tentativo di catturare meglio la certezza/ipermentalizzazione, che ha portato all'RFQ-54. Infine nella volontà di sviluppare una misura di screening del funzionamento riflessivo breve, gli autori hanno selezionato i sei item che avevano un maggior carico sul rispettivo fattore (Luyten e Fonagy, 2017) attraverso una serie di analisi esplorative e confermative sui campioni utilizzati negli studi originali di validazione, creando l'RFQ-8. I ricercatori raccomandano l'uso dell'RFQ-8 a scopo di ricerca (Luyten e Fonagy, 2017). In questo studio è stata utilizzata l'RFQ-8; gli otto item inclusi nello strumento erano tutti parte dell'originale RFQ, con risultati che forniscono prove preliminari per la sua affidabilità e validità (Badoud et al., 2015; Fonagy et al., 2016). A ogni item viene attribuito un punteggio su una scala Likert a 7 punti, da "fortemente in disaccordo", a " fortemente d'accordo".

3.3.2.3 Interviste

Adult Attachment Interview (AAI; Main, Goldwyn & Hesse, 2002; George, Kaplan, & Main, 1984). E' un'intervista semistrutturata che fornisce una valutazione e classificazione delle rappresentazioni mentali adulte relative allo stile di attaccamento sulla base delle caratteristiche attuali dell'organizzazione mentale del soggetto rispetto all'attaccamento.L'AAI dura circa un'ora e si compone di diciotto domande che indagano ricordi ed esperienze dell'infanzia a due livelli: uno generale e uno specifico. A livello generale vengono esplorate diverse aree esperienziali concernenti la qualità delle prime relazioni con il caregiver, tra cui malattia fisica, disagio emozionale, esperienze di separazione, perdita, rifiuto, abuso. A un livello più specifico viene chiesto all'intervistato di fornire ricordi autobiografici come esempi per sostanziare e spiegare le affermazioni generali. Scopo di questo metodo è quello di fornire una valutazione e una classificazione dello stato mentale dell'adulto rispetto all'attaccamento. L'esaminatore, dopo aver letto il trascritto allo scopo di acquisire una visione globale della storia di attaccamento, assegna un punteggio su ciascuna delle scale dell'esperienza soggettiva: affetto, rifiuto, trascuratezza, pressione a riuscire, inversione di ruolo. Per ciascune delle scale si assegna un punteggio relativo all'esperienza riferita dal soggetto con la madre, il padre ed eventualmente con altre figure di attaccamento significative. I punteggi sono attribuiti su scale a nove punti e si basano sull'analisi dell'intero trascritto. Al termine della valutazione, viene attribuita una classificazione generale che riflette l'adesione o la violazione della coerenza del discorso, così come definita da Grice (1975, 1989): 1. Qualità: essere veritieri e fornire

evidenze per quanto affermato; 2. Quantità: essere succinto ma completo; 3. Rilevanza: fornire risposte pertinenti all'argomento; 4. Modo: essere chiari e ordinati.

La valutazione finale prevede l'inclusione del soggetto in una delle tre principali categorie:

1. Attaccamento Sicuro-autonomo ("free-autonomous", F): classificazione attribuita ai soggetti che si dimostrano indipendenti e obiettivi nel racconto e nella valutazione delle esperienze vissute in relazione all'attaccamento, fornendo un quadro di consapevolezza riguardo alla realtà. Questi individui appaiono all'ascoltatore particolarmente coerenti, tanto che è possibile non solo seguire e comprendere il loro discorso, che è fluente, vivace e chiaro, ma anche essere d'accordo circa la valutazione delle proprie esperienze e relazioni fornite dal soggetto. Quello che rende un individuo F è la consapevolezza dell'esperienza vissuta, la capacità di distaccarsene e di valutarla in modo obiettivo e chiaro. Questo consente, inoltre, il riconoscimento dell'importanza che essa ha rivestito e riveste rispetto al suo attuale stato della mente
2. Attaccamento distanziante-svalutante (dismissing, Ds): questa classificazione è attribuita agli individui che presentano un'organizzazione di pensiero che consente loro di tenere disattivato o limitato l'attaccamento, attraverso una negazione attiva delle emozioni negative. Per esempio, in caso di idealizzazione (o in caso di svalutazione), possono definire l'infanzia, i genitori e le esperienze vissute come perfette, senza riuscire a persuadere l'interlocutore della fondatezza di tali affermazioni. L'esperienza vissuta da questi soggetti è spesso connotata da una costante assenza di affettività o da un costante rifiuto da parte delle figure di attaccamento. Tuttavia essi non sembrano rendersene conto, dimostrando di utilizzare un processo di scissione. In tal modo il discorso rimane poco fluente e convincente, in quanto spesso breve, incompleto o anaffettivo.
3. Attaccamento preoccupato-invischiato (entangled-preoccupied, E) : questa categoria viene attribuita ai soggetti che forniscono un quadro confuso e non obiettivo della propria esperienza passata. Si tratta di individui incapaci di distanziarsi dalle esperienze e dalle relazioni di attaccamento nelle quali appaiono ancora coinvolti e invischiati, tanto che spesso può essere difficile cogliere dei confini precisi tra le varie figure di attaccamento e il soggetto stesso. Gli individui E parlano del loro vissuto in modo non realistico e non

distaccato, utilizzando forme di discorso passivo e vago e non fornendo una valutazione coesa e palausibile. Le strategie cognitive sono spesso fallimentari o non sono presenti, tanto che i loro racconti possono sembrare pervasi da ricordi di tipo affettivo, legati a emozioni e sensazioni ancora vive e attuali, scarsamente organizzate tra di loro.

A queste tre classificazioni, si sono aggiunte successivamente altre due categorie:

4. Mancata elaborazione del lutto/ trauma (U) (Main & Hesse, 1990, 1992): questa classificazione va a evidenziare la presenza di processi mentali non risolti relativamente a un lutto o a un evento traumatico. Essa è attribuita in aggiunta ad altri pattern di attaccamento e denota uno stato di disorganizzazione in relazione ad eventi specifici
5. Non classificabile (CC) (Hesse, 1996; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016): riguarda quelle interviste in cui emergono stati mentali contraddittori e incompatibili oppure la cobinazione di stati mentali scissi e non integrati, evidenziabili quando, ad esempio, nella narrazione del soggetto appaiono sia caratteristiche invischiate che distanzianti rispetto al caregiver.

Nel presente studio, ogni intervista è stata registrata, trascritta verbatim e codificata da rater certificati (AF, CV, GG) secondo il sistema di codifica e classificazione dell'AAI (Main et al., 2003). Tutte le trascrizioni erano a doppio cieco. Nel momento di dubbio, un terzo codificatore indipendente ha valutato la trascrizione e, in seguito alla discussione tra tutti e tre i rater, è stato raggiunto un accordo finale. La stima di accordo tra i tre giudici è stata calcolta attraverso la statistica del K di Cohen, ed è risultata coerente con i valori riportati in letteratura: l'interrater reliability con valori pari a =.63 (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 1993).

Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ, Vergano, Lauriola, & Speranza, 2015): è uno strumento clinician-report applicato all'AAI. Il questionario è cosituito da 70 item, da valutare su una scala Likert 0/4, che consente di indicare specificamente con quale caregiver si è verificata l'esperienza traumatica. Esso è distinto in nove sotto-scale che misurano retrospettivamente gli aspetti multidimensionali del maltrattamento; essi possono riguardare il maltrattamento fisico, psicologico e sessuale; l'assenza di cure, così come altre esperienze traumatiche subite nei primi 14 anni di vita, come ad esempio il rifiuto, l'inversione dei ruoli, la violenza assistita, le separazioni e le perdite

precoci. Il ComplexTQ può essere compilato dal clinico in 15/20 min, a seconda della lunghezza del trascritto AAI. I punteggi concernenti la presenza e la frequenza con la quale il soggetto ha vissuto diverse forme di trauma sono automaticamente calcolati dal software, consentendo di fornire un quadro immediato della storia traumatica dell'individuo. Il questionario inoltre fornisce un punteggio globale (ACE) basato su un cut-off >o<4.

Reflective Functioning Scale (RFS; Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998): lo strumento si applica ai trascritti delle AAI o delle sedute di psicoterapia e permette di operazionalizzare e misurare la mentalizzazione. Per quanto riguarda le AAI, la valutazione viene effettuata distinguendo all'interno del trascritto *permit* e *demand* questions: le prime sono domande effettuate dall'intervistatore che permettono che il soggetto mostri un funzionamento riflessivo, le seconde invece richiedono esplicitamente che il soggetto rifletta sui propri o altrui stati mentali; in questo secondo caso le risposte dell'intervistato avranno un peso maggiore nel determinare l'esito della valutazione. La procedura di assessment viene condotta identificando nelle verbalizzazioni del paziente la presenza o meno di marker indicatori di un funzionamento riflessivo, che fanno riferimento a quattro categorie: 1) consapevolezza degli stati mentali; 2) sforzo esplicito di identificare gli stati mentali sottesi al comportamento; 3) riconoscimento degli aspetti evolutivi degli stati mentali; 4) stati mentali in relazione all'intervistatore. Al termine della valutazione si otterrà un punteggio globale della funzione riflessiva che va da -1 (funzione riflessiva negativa) a +9 (funzione riflessiva eccezionale).

3.3.3 Procedure

La ricerca si è quindi articolata in tre fasi. Nella prima sono stati somministrati un colloquio preliminare e il consenso informato per il trattamento dei dati sensibili e la partecipazione alla ricerca; le donne hanno quindi svolto i questionari previsti dal protocollo. Dopo una settimana dalla suddetta consegna, è stata somministrata *l'Adult Attachment Interview* alle donne del campione da parte di un intervistatore addestrato, che è stata audioregistrata, trascritta *verbatim* per essere poi codificata come da protocollo. Tutte le trascrizioni sono state valutate in doppio cieco.

Successivamente le psicologhe/psicoterapeute hanno valutato lo stile di personalità dei soggetti del campione utilizzando la SWAP-200 e hanno compilato i restanti questionari previsti dal protocollo.

3.3.4. Analisi statistiche

I dati raccolti sono stati archiviati in un unico database contenente le variabili categoriali, ordinali e continue relative alle donne coinvolte nella ricerca. Le analisi statistiche sono state eseguite tenendo presente la tipologia del dato di volta in volta a disposizione. In particolare sono stati calcolati i punteggi generali per le varie scale, mentre per le associazioni tra le variabili è stato applicato il test del chi quadrato e quando opportuno il test esatto di Fisher.

Le analisi dei dati sono state effettuate utilizzando il software statistico SPSS. Inizialmente si sono etichettate le variabili e le loro modalità (per ottenere delle tabelle e dei grafici facilmente interpretabili) e si è definito il trattamento dei dati mancanti (9% sul totale). Nel mio caso, avendo un campione piccolo, non si è reso necessario l'utilizzo di metodi per correggere le non risposte. Tutti i casi sono stati inclusi nelle analisi (n=31).

3.3.5. Considerazioni etiche

Includere donne vittime di IPV in progetti di ricerca solleva alcune preoccupazioni etiche. Il reclutamento delle donne è avvenuto previo consenso informato e nel rispetto della privacy, e la ricerca è stata approvata dal Comitato Etico del Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Urbino Carlo Bo (n°8/2018).

Le partecipanti a questo studio, donne vittime di IPV e psicologhe/psicoterapeute, sono tutte volontarie e al termine del progetto è stata predisposta una restituzione dei principali dati emersi dallo studio.

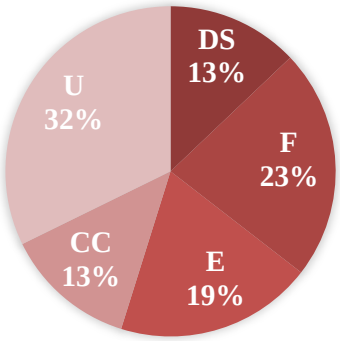
3.4 Risultati

3.4.1 Relazione tra attaccamento e IPV

La distribuzione a 4 vie del campione (delle 4 classificazioni con l'aggiunta della U) relativamente allo stato della mente rispetto all'attaccamento (Grafico 3.1.) ha mostrato che il 22,6% delle donne presenta un attaccamento sicuro (F), il 13% un attaccamento distanziante (Ds), il 19,4% un attaccamento preoccupato (E) e il 45% un attaccamento

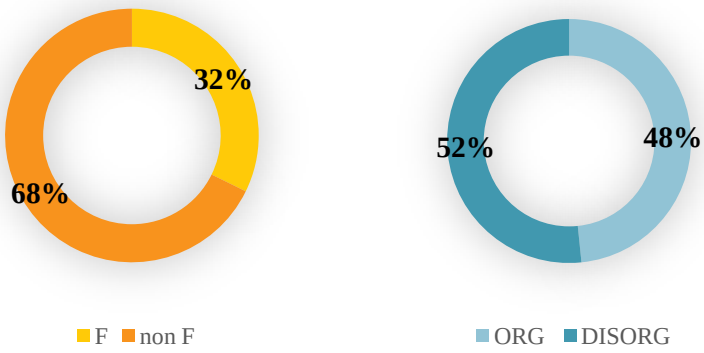
disorganizzato (U e CC). Più nel dettaglio, rispetto alla classificazione disorganizzata, il 13% presenta una classificazione Non classificabile (CC) mentre il 32,3% presenta un attaccamento non risolto per lutti o per traumi (U), mentre il 6% presenta una classificazione U/CC.

Grafico 3.1 *Analisi a 4 vie delle classificazioni AAI. Statistiche descrittive*



Il Grafico 3.2 mostra invece la distribuzione delle classificazioni AAI per il campione suddiviso rispetto alle dimensioni di sicurezza-insicurezza e organizzazione-disorganizzazione: la percentuale degli stati della mente sicuri è rappresentata dal 32% del campione, mentre gli stati della mente insicuri costituiscono il 68% del campione. Rispetto alla percentuale delle classificazioni organizzate (F, Ds ed E) versus quelle disorganizzate (U e CC), il campione si suddivide in un 48% di stati della mente organizzati e di un 52% disorganizzati.

Grafico 3.2 *Distribuzione delle classificazioni AAI (sicuro vs insicuro e organizzato vs disorganizzato)*



La distribuzione dell'AAI a 4 vie differisce statisticamente dal campione normativo internazionale (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009) (X^2 ($_{df}$=3)=19,70; p<0.001), ma non dal campione clinico internazionale (Cassiba et al., 2013) (X^2 ($_{df}$=3)=1,23; p=0,747). Emerge una differenza statisticamente significativa anche con il campione normativo ma non con il campione clinico italiano (rispettivamente: X^2 ($_{df}$=3)=97.99; p<0.001 e X^2 ($_{df}$=3)=4.26; p=0.235).

Confrontando la classificazioni AAI organizzate e disorganizzate con i campioni della letteratura nazionale e internazionale emerge che il gruppo analizzato nel seguente studio differisce significativamente dal campione normativo internazionale (X^2 ($_{df}$=1)=21.03; p<0.001) ma non da quello clinico (X^2 ($_{df}$=1)=0.92; p=0.338). Stessa cosa per quanto riguarda il campione italiano, c'è una differenza statisticamente significativa con il campione normativo (X^2 ($_{df}$=1)=63.12; p<0.001) ma non da quello clinico (X^2 ($_{df}$=1)=2.82; p=0.093) (Tabella3.3).

Tabella 3.3 *Confronto con i dati presenti in letteratura riguardanti la classificazione AAI (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009*; Cassibba et al., 2013**).*

	Campione IPV (n=31)	*Campione normativo Internazionale* (n=693)*	*Campione clinico internazionale* (n=1854)*	*Campione normativo italiano** (n=842)*	*Campione clinico italiano** (n=260)*
F	7 (23%)	392 (56%)	426 (21%)	508 (60%)	43 (17%)
Ds	4 (13%)	112 (16%)	389 (23%)	172 (21%)	79 (30%)
E	6 (19%)	63 (9%)	241 (13%)	92 (11%)	44 (17%)
CC/U	14 (45%)	126 (18%)	797 (43%)	70 (8%)	94 (36%)
Organized	15 (48.4%)	567 (82%)	1056 (57%)	772 (92%)	166 (64%)
Disorganized	16 (51.6%)	126 (18%)	797 (43%)	70 (8%)	94 (36%)

Nota. F, sicuro; Ds, distanziante; E, preoccupato; U, irrisolto/disorganizzato; CC, non classificato

3.4.2 Scale dello stato della mente

La Tabella 3.4 indica che le probabili esperienze passate di attaccamento del gruppo IPV si mostrano come particolarmente impoverite. Sebbene non siamo in possesso di una letteratura adeguata per la lettura delle sottoscale dell'AAI, clinicamente ci è utile riflettere su alcuni valori. Sembra infatti che le donne abbiano ricevuto meno esperienze amorevoli e più esperienze di rifiuto e trascuratezza da parte di entrambi i genitori. Ad una analisi più dettagliata (Tabella 3.5) è dimostrato inoltre che ci sono delle differenze significative nelle esperienze di attaccamento tra madre e padre; in particolare i padri presentano una media più alta delle madri nella scala della trascuratezza, e sembrano avere medie maggiori nei punteggi di trascuratezza e rifiuto rispetto alle esperienze di amorevolezza e affetto. A differenza le madri mostrano medie più alte nelle esperienze di inversione di ruolo rispetto ai padri.

Tabella 3.4 *Statistiche descrittive dei punteggi ottenuti dalle partecipanti nelle scale dell'esperienza e della mente dell'AAI*

Scale Attaccamento Adulto	*N*	*Minimo*	*Massimo*	*Media*	*Deviazione std.*
Affetto – madre	27	1	6,5	3,2	1,48
Affetto – padre	27	1	7	3,06	1,65
Rifiuto – madre	26	1	8	4,37	2,52
Rifiuto – padre	26	1	8	4,44	2,24
Trascuratezza – madre	26	1	8	3,46	2,27
Trascuratezza – padre	26	1	9	5,37	2,31
Coinvolgimento/Inversione di ruolo – madre	26	1	8	3,75	2,6
Coinvolgimento/Inversione di ruolo – padre	26	1	7	1,67	1,41
Pressione a riuscire – madre	27	1	5	1,15	0,77
Pressione a riuscire – padre	27	1	1	1	0
Idealizzazione– madre	28	1	7	2,13	1,71
Idealizzazione– padre	28	1	7	2,11	1,66
Privazione – madre	28	1	6	1,5	1,14

Privazione – padre	28	1	8	1,89	1,77
Rabbia– madre	28	1	7	2,93	2,47
Rabbia – padre	28	1	7	2,73	2,11
Insistenza sulla mancanza di ricordi	28	1	8	2,07	1,76
Passività dei processi di pensiero	28	1	8	3,46	1,95
Paura della perdita	28	1	8	3,3	2,13
Processi Metacognitivi	28	1	1	1	0
Mancata risoluzione lutti	28	1	7	3,11	2,04
Mancata risoluzione abusi	9	3	7	4,78	1,48
Mancata risoluzione altri traumi	6	2	7	5,17	2,14
Coerenza del trascritto	28	1	7	4,07	1,96
Coerenza della mente	28	1	7	3,61	2,09

Tabella 3.5 *Differenze nelle scale dell'esperienza dell'AAI per figura materna e paterna*

		Differenze a coppie				*Sig.*
		Media	*Deviazione std.*	*t*	*df*	*(2-code)*
Neglect *Padri > Madri*	AAI_NEG_m AAI_NEG_f	-1,6379	2,8626	-3,081	28	0,005
Role reversing *Madri > Padri*	AAI_INV_m AAI_INV_f	1,9655	2,7351	3,87	28	0,001
Padri *Trascuratezza* *e rifiuto >*	AAI_LOV_f AAI_REJ_f	-1,5517	3,4495	-2,422	28	0,022
Affetto	AAI_LOV_f AAI_NEG_f	-2,4828	3,3793	-3,957	28	0

Nota. Neg M-F= Trascuratezza Madre-Padre; Inv M-F= Role reversing Madre-Padre; Lov F=Affetto paterno; Rej. F= rifiuto paterno

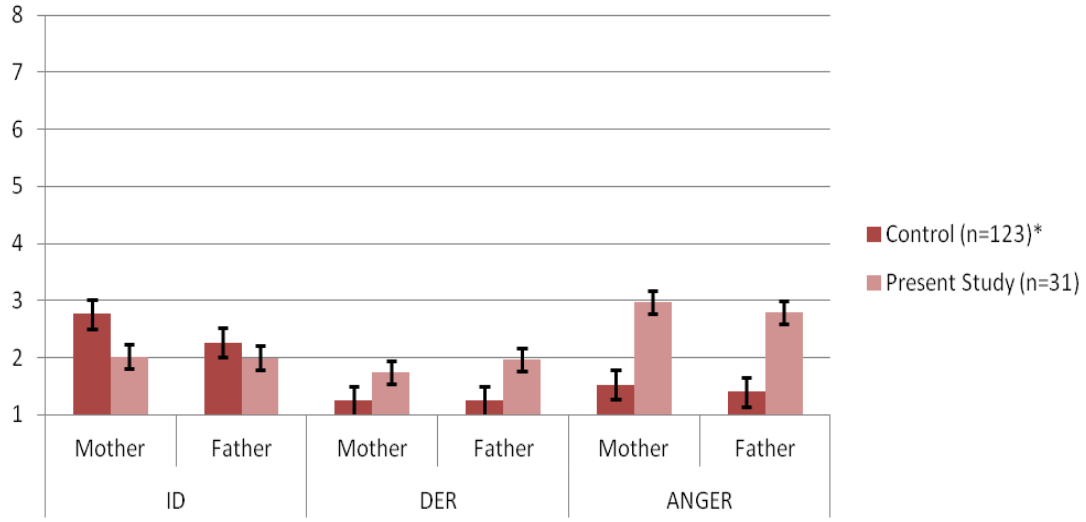
Rispetto alle scale dello stato della mente, abbiamo confrontato quelle direttamente riferirite alle due figure genitoriali, ovvero l'Idealizzazione, la Svalutazione e la Rabbia. La Tabella 3.6 e il Grafico 3.3 mostrano i punteggi medie delle tre scale a confronto con i soggetti del gruppo sano (Giovanardi et al., 2018).

Tabella 3.6 *Confronto con dati di soggetti sani presi dalla letteratura (*Giovanardi et al. 2018)*

			*Controllo (n=123)**	*Campione IPV (n=31)*	*p*	*pFDR*	*D di Cohen*
IDE	*Madre*	*media (ds)*	2.77 (1.7)	2.02 (1.66)	0.029	0.0348	0.45
	Padre	*media (ds)*	2.26 (1.64)	2 (1.61)	0.430	0.43	0.16
SVAL	*Madre*	*media (ds)*	1.25 (0.8)	1.74 (1.61)	0.017	0.0255	0.39
	Padre	*media (ds)*	1.25 (0.8)	1.97 (1.74)	0.001	0.002	0.53
RAB	*Madre*	*media (ds)*	1.53 (0.96)	2.97 (2.43)	<0.001	<0.001	0.78
	Padre	*media (ds)*	1.4 (0.86)	2.79 (2.11)	<0.001	<0.001	0.86

Nota. pFDR, p value corretto per i confronti multipli secondo il metodo del False Discovery Rate (FDR). D di Cohen rappresenta una stima dell'effetto e secondo i cut-off proposti da Cohen (Cohen, 1998) può essere interpretato come: trascurabile per valori <0.20, piccolo per valori tra 0.20 e 0.49, medio per valori tra 0.50 e 0.79, grande per valori ≥0.80.
IDE= Idealizzazione; SVAL= Svalutazione, Rab= Rabbia.

Grafico 3.3 *Confronto con dati di soggetti sani presi dalla letteratura (*Giovanardi et al. 2018)*



Nota. ID= Idealizzazione; DER=Svalutazione; ANGER=Rabbia

3.4.3 Relazione tra presenza di esperienze traumatiche precoci e IPV

La presenza di esperienze traumatiche è stata valutata con il Complex-TQ, che ha esaminato le diverse forme traumatiche esperite dalle donne nei primi 14 anni di vita. I risultati mostrano che solo il 6% del campione non ha sperimentato alcuna forma di trauma precoce, il 3% ha fatto esperienza di un trauma, il 6% di due traumi, il 13% di tre traumi mentre l'80% del campione ha esperito quattro o più forme di trauma differenti. Nella Tabella 11 è mostrata la percentuale delle donne con una storia caratterizzata da meno di quattro esperienze traumatiche precoci e la percentuale di donne poli-vittimizzate, con quattro o più forme di traumi. Secondo Filkelhor e colleghi (2007) e Murphy e colleghi (2014), la co-occorrenza di quattro o più forme traumatiche è un criterio per definire un alto livello di traumatizzazione. Confrontando il trauma con i valori del gruppo di controllo della letteratura (Tabella 3.7) (Giovanardi et al., 2018), si osserva una percentuale statisticamente superiore di donne con poli-traumatizzazione (71%) rispetto al gruppo di controllo (9%; $X^2(1)=52.84$, $p<0.001$).

Tabella 3.7 *Presenza traumi*

Trauma	*Campione IPV (n=31)*	*Campione di controllo (n=123) (Giovanardi et al. 2018)*
<4	9 (29%)	114 (93%)
>=4	22 (71%)	9 (7%)

Abbiamo quindi verificato se ci fossero associazioni tra la presenza di traumi (<4, ≥4) e le diverse classificazioni AAI (Fisher exact test p=0.723) (Tabella 3.8), oltre che per la suddivisione del campione in organizzati *vs* disorganizzati (Fisher exact test p=0.999) e sicuri *vs* insicuri (Test esatto di Fisher p=0.667). Non sono state riscontrate associazioni.

Tabella 3.8 *Presenza di traumi nelle varie classificazioni AAI*

			Traumi		*Totale*
			<4	>=4	
AAI_4	Ds	Punteggio	1	3	4
		% soggetti	8.3%	15.8%	12.9%
	F	Count	1	5	7
		% soggetti	8.3%	31.6%	22.6%
	E	Punteggio	3	3	6
		% soggetti	25.0%	15.8%	19.4%
	U/CC	Punteggio	7	7	14
		% soggetti	58.4%	36.8%	45.1%
Totale		Punteggio	12	19	31
		% soggetti	100.0%	100.0%	100.0%

			Traumi		
			<4	>=4	*Totale*
AAI_ORG_DISORG	ORG	Punteggio	4	11	15
		% soggetti	33.3%	57.9%	48.4%
	DIS ORG	Punteggio	8	8	16
		% soggetti	66.7%	42.1%	51.6%
Totale		Punteggio	12	19	31
		% soggetti	100.0%	100.0%	100.0%

			Traumi		*Totale*
			. <4	>=4	
AAI_F_nonF	F	Punteggio	2	8	10
		% soggetti	16.7%	42.1%	32.3%
	non F	Punteggio	10	11	21
		% soggetti	83.3%	57.9%	67.7%
Totale		Punteggio	12	19	31
		% soggetti	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. F, sicuro; Ds, distanziante; E, preoccupato; U, irrisolto/disorganizzato; CC, non classificato. ORG=organizzato; DISORF=disorganizzato; F=Sicuro; NONF=insicuro

È stato inoltre effettuato un confronto tra il campione IPV e un campione clinico della letteratura (Maggiora Vergano et al., 2015), composto da individui con disturbi dissociativi e disturbi di personalità (Tabella 3.9). Non emergono delle differenze statisticamente significative tra i due campioni.

Tabella 3.9 *Confronto con il campione clinico presente in letteratura (Maggiora V. et al. 2015[*])*

			CAMPIONE IPV (n=24)	*CAM* (n = 56)*	*p*	*pFDR*
Trascuratezza	M	media (ds)	2.27 (0.69)	2.03 (0.66)	0.146	0.292
	F	media (ds)	2.26 (0.28)	2.07 (0.76)	0.239	0.339
	AF	media (ds)	0.93 (0.29)			
Rifiuto	M	media (ds)	2.05 (0.81)	1.75 (0.62)	0.06	0.292
	F	media (ds)	1.84 (0.74)	1.64 (0.56)	0.189	0.292
	AF	media (ds)	0.93 (0.29)			
Inversione di ruolo	M	media (ds)	1.85 (0.65)	1.39 (0.62)	0.004	0.068
	F	media (ds)	1.25 (0.25)	1.12 (0.34)	0.096	0.292
	AF	media (ds)	0.94 (0.29)			
Abuso Psicologico	M	media (ds)	1.35 (0.38)	1.22 (0.24)	0.068	0.292
	F	media (ds)	1.19 (0.19)	1.18 (0.21)	0.841	0.870
	AF	media (ds)	0.93 (0.29)			
Abuso fisico	M	media (ds)	1.33 (0.43)	1.39 (0.54)	0.631	0.715
	F	media (ds)	1.34 (0.52)	1.32 (0.49)	0.87	0.870
	AF	media (ds)	1.02 (0.4)			
Abuso sessuale	M	media (ds)	1.13 (0.36)	1.04 (0.18)	0.139	0.292
	F	media (ds)	1.1 (0.23)	1.03 (0.15)	0.11	0.292
	AF	media (ds)	1.13 (0.51)	1.06 (0.22)	0.289	0.378
Violenza assistita	M	media (ds)	1.75 (0.79)	1.46 (0.62)	0.082	0.292
	F	media (ds)	1.69 (0.85)	1.46 (0.62)	0.179	0.292
	AF	media (ds)	1.2 (0.72)			
Separazioni	M	media (ds)	1.42 (0.83)	1.29 (0.62)	0.441	0.536
	F	media (ds)	1.46 (0.85)	1.75 (0.89)	0.18	0.292
	AF	media (ds)	1 (0.51)			

Note. M=madri; F= padri; Af= altre figure significative

3.5 Funzione riflessiva, attaccamento e trauma.

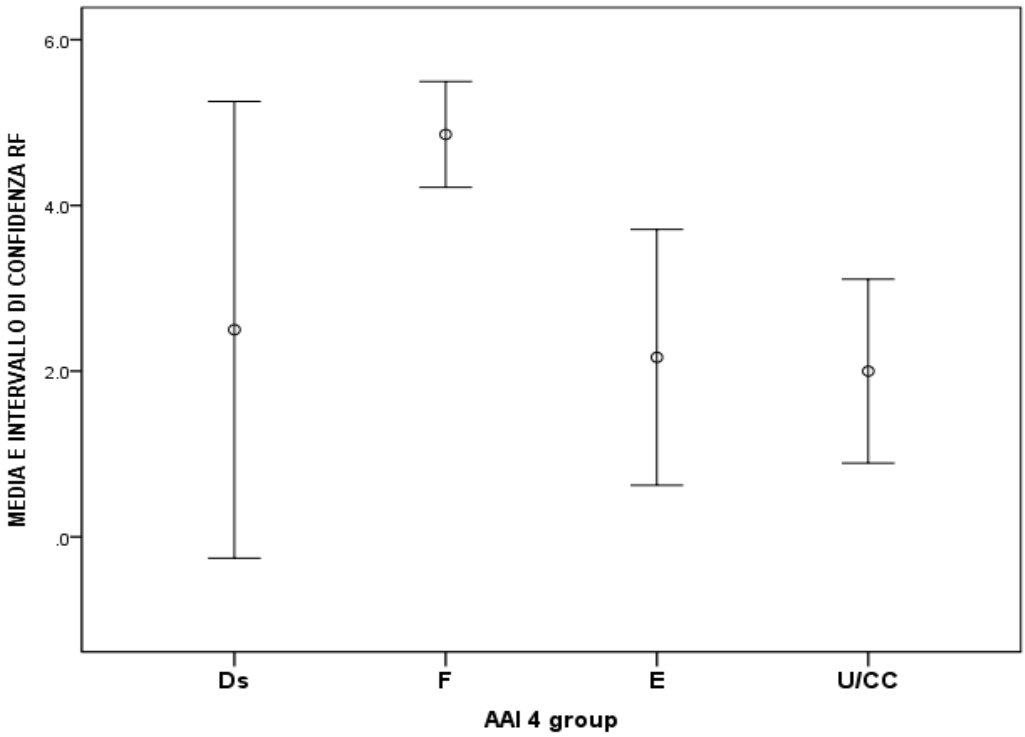
3.5.1 Funzione riflessiva e attaccamento

La presenza e il livello di capacità riflessiva sono stati indagati a partire dalle risposte fornite durante la somministrazione dell'AAI. Nel nostro campione la funzione riflessiva ha ottenuto un punteggio medio di M=2.7 (min=-1; max=6, ds: 1,9). Le interviste che ricevono questo punteggio contengono alcuni elementi di una posizione riflessiva. Tale categoria è considerata di confine in quanto, anche se viene utilizzato il linguaggio degli stati mentali, emerge un'assenza di materiale che giustifichi il presupposto che il soggetto capisca le implicazioni delle proprie affermazioni, che il più delle volte risultano di fatto essere o semplicistiche o stereotipate. Per la maggior parte, i riferimenti agli stati mentali e il loro impatto sul comportamento non vengono elaborati. Inoltre, un numero di passaggi relativamente riflessivi può essere controbilanciato da valutazioni negative altrove.

Rispetto al nostro campione, nonostante le basse numerosità, considerando i 4 gruppi di AAI, emerge una differenza statisticamente significativa tra i 4 gruppi ($F(3, 27)=5.251$, $p=0.006$). Dai confronti multipli post emerge che in particolare la differenza è tra F e E (F n=7, media=4.86, ds=0.69 vs E n=6, media=2.17, ds=1.47, D di cohen=2.34; pBonferroni=0.035) e tra F e U/CC (n=14, media=4, ds=1.92; d di Cohen=1.98; pBonferroni=0.004; Figura 6).

Confrontando organizzati e disorganizzati in base alla FR emerge che gli organizzati presentano in media un punteggio maggiore rispetto ai disorganizzati (ORG:n=15, media=3.47, ds=1.59 *vs* DISORG:n=16, media=2.06, ds=2.02; d di Cohen=0.77; p=0.041).

Grafico 3.4 *Funzione riflessiva nelle classificazioni AAI*



3.5.2 Funzione riflessiva e trauma

La funzione riflessiva differisce significantivamente tra chi ha avuto traumi e non, nello specifico chi ha avuto più di 4 traumi ha in media un valore maggiore di FR (n=18, media=3.56, ds=1.58) rispetto a chi non ne ha avuti (n=9, media=2.11, ds=1.76; d di Cohen=0.87, p=0.041).

3.5.3 Mentalizzazione e IPV

Rispetto ai risultati ottenuti dai due clinician report (MMS e MSI) possiamo invece osservare le medie del campione nella tabella di seguito (Tabella 3.10). Tra le modalità prementalizzanti più presenti troviamo la buona mentalizzazione e la modalità teleologica, in cui è presente esclusivamente il riconoscimento di un comportamento reale osservabile orientato allo scopo, e di eventi oggettivamente distinguibili che possono potenzialmente limitare questi obiettivi. Quindi, le donne possono riconoscere l'esistenza e il potenziale ruolo degli stati mentali, ma in taluni casi questo riconoscimento è limitato a caratteristiche molto concrete e osservabili. Confrontando la classificazioni degli sbilanciamenti e delle modalità di mentalizzazione con i campioni clinici della letteratura nazionale emerge che il gruppo analizzato nel seguente studio differisce significativamente dal campione normativo nazionale.

Tabella 3.10 *Descrittive degli sbilanciamenti nella mentalizzazione e modalità prementalizzanti*

	Media	*Deviazione std.*	*Minimo*	*Massimo*
Sbilanciamento Cognitivo	1,9692	1,07434	,40	4,40
Sbilanciamento Affettivo	2,2436	,84621	,50	3,67
Sbilanciamento Altro	1,8769	,82380	,60	4,20
Sbilanciamento Automatica	1,7404	,98611	,25	4,25
Sbilanciamento Se'	2,2212	,96780	,50	4,25
Eccessiva Certezza	1,8974	,77471	,83	3,50
Comprensione Concreta	1,8782	,77968	,50	3,67
Buona Mentalizzazione	3,0462	,74470	1,40	4,40
Teleologica	2,5128	,99880	1,33	4,33
PseudoIntrusiva	1,3558	1,04922	0,00	4,00

3.5.3 Mentalizzazione, controtransfert e IPV

I risultati (Tabella 3.11) mostrano una correlazione positiva e signicativa tra lo sbilanciamento cognitivo e il controtransfert positivo, tra lo sbilanciamento affettivo e il controtransfert ipercoinvolto ed erotizzato; tra lo sbilanciamento automatico e quello erotizzato; e una correlazione positiva tra una modalità prementalizzante e un controtransfert ipercoinvolto e erotizzato. Malgrado l'esiguità del campione, svolgendo le analisi sulle valutazioni prodotte dalle cliniche, le associazioni tra mentalizzazione e pattern controtransferali sopracitati risultano confermate.

Tabella 3.11. *Mentalizzazione e controtransfert*

	CT OSTILE	*CT INAD.*	*CT POS.*	*CT PARENT.*	*CT DISORG.*	*CT IPERC.*	*CT EROTIZ.*	*CT DISTAC.*
Sbilanciamento Cognitivo	-,091	,144	**-.524****	-,132	-,115	-,067	-,064	,232
Sbilanciamento Affettivo	-,030	,173	-,102	,253	,287	**.485***	**.413***	-,020
Sbilanciamento Altro	-,021	-,157	-,043	.483*	-,002	,148	,271	-,088
Sbilanciamento Automatico	-,153	,070	-,369	-,118	-,040	,145	**.428***	,298
Sbilanciamento Se'	**-.399***	-,268	-,095	-,256	-,194	-,007	,164	-,004
Eccessiva Certezza	-,075	-,016	-,178	-,073	-,023	,131	,313	,251
Comprensione Concreta	-,242	-,378	-,081	,163	-,133	-,126	,216	,013
Buona Mentalizzazione	,185	-,074	-,012	,300	,095	-,044	-,309	-,210
Teleologica	-,323	-.414*	**-,199**	-,004	-.423*	**-.422***	**-,003**	,189
PseudoIntrusiva	,135	,138	-,283	-,090	,051	,048	,105	,341

* p < ,05

** p < ,01

3.5.4 Meccanismi di coping e attaccamento

Le donne vittime di IPV possono utilizzare meccanismi di coping per riparare o "smantellare" la relazione violenta (Foster et al., 2015). Abbiamo confrontato i fattori del COPE con la classificazione AAI organizzati vs disorganizzati e non emergono differenze significative. Per quel che riguarda il confronto tra sicuri e insicuri (Tabella

3.12) abbiamo una criticità, ossia il confronto avviene tra 7 soggetti (per il gruppo sicuro) contro 19 (gruppo insicuro).

Tabella 3.12 *Sistemi di coping e classificazioni AAI*

COPE		*ORG n=11*	*DISORG n=15*	*p*	*pFDR*
SOST SOC	media (ds)	31.1 (6.61)	31.6 (7.8)	0.863	0.863
EVIT	media (ds)	25.1 (6.85)	27.1 (7.12)	0.484	0.863
ATT POS	media (ds)	30 (8.44)	31 (5.3)	0.714	0.863
ORIENT PROB	media (ds)	30.5 (7.62)	29.8 (5.54)	0.802	0.863
ORIENT TRASC	media (ds)	20.5 (5.43)	23.5 (5.53)	0.179	0.863

COPE		*F n=7*	*non F n=19*	*p*	*pFDR*
SOST SOC	media (ds)	30.9 (7.47)	31.6 (7.27)	0.826	0.9
EVIT	media (ds)	26.6 (7.32)	26.1 (6.99)	0.883	0.9
ATT POS	media (ds)	30.9 (5.93)	30.5 (7.07)	0.9	0.9
ORIENT PROB	media (ds)	28.1 (7.34)	30.8 (6.03)	0.358	0.895
ORIENT TRASC	media (ds)	19 (4.86)	23.4 (5.48)	0.076	0.38

3.6 Personalità e Intimate Partner Violence

La somministrazione della SWAP-200 ai soggetti del campione ha fornito i seguenti risultati (Tabella 3.13 e Tabella 3.14). Analizzando i punteggi PD, è possibile distinguere quattro versanti su cui i soggetti si distribuiscono: un 60% del campione con alto funzionamento superiore a 60, un 12% di soggetti che ricadono nella fascia clinica e un 12% di soggetti che ricadono nella fascia subclinica. Il restante 16% presenta un basso funzionamento senza però presentare problematiche di personalità. Punteggi simili possono essere ravvisati per quel che riguarda gli stili di personalità (Tabella 3.13).

Tabella 3.13 *SWAP-200. Punteggi PD*

Alto Funzionamento > 60	*PD > 60 (clinico)*	*55 < PD < 60 (subclinico)*	*Basso Funzionamento senza PD*
15	3	3	4
60%	12%	12%	16%

Note. PD: Disturbi di Personalità

Tabella 19 *SWAP-200. Fattori Q*

Alto Funzionamento > 60	*Q > 60 (clinico)*	*55 < Q < 60 (subclinico)*	*Basso Funzionamento senza problemi personalità (Q)*
15	4	5	1
60%	16%	20%	4%

Note. PD: Punteggi Q

3.7 Discussioni

Lo studio si è proposto di indagare la relazione tra attaccamento, trauma, mentalizzazione, controtransfert, meccanismi di coping e personalità. Il primo obiettivo della ricerca è stata l'analisi dei modelli che caratterizzano le rappresentazioni infantili relative all'attaccamento di donne vittime di IPV. Abbiamo visto che la teoria dell'attaccamento è un paradigma che ci consente di affrontare la componente psicologica dell'IPV sia come un potenziale antecedente che come una conseguenza dell'abuso (Henderson, Bartholomew & Dutton, 1997). Dalle interviste AAI sono emersi diversi aspetti. In primo luogo i risultati hanno mostrato che il 32% del campione è stato classificato come sicuro e il 68% come insicuro. Lo studio conferma alcuni dati presenti in letteratura che mostrano come l'attaccamento insicuro sia sovrarappresentato tra le donne vittime di IPV (Henderson, Bartholomew, Trinke & Kwong, 2005; Kuijpers, van der Knaap & Winkel, 2012; Smagur, Bogat & Levendosky, 2018). Le donne, infatti, nella trasmissione dell'attaccamento dal caregiver primario al partner adulto, sembrano essere influenzate dai modelli precedenti che riflettono la misura in cui esse si sentono degne di attenzione, oltre che dalla credenza che gli altri siano disponibili per il supporto. Le donne con un modello insicuro sono

suddivise tra donne con un attaccamento preoccupato (19,4%), che forniscono un quadro confuso e non obiettivo della propria esperienza passata, sembrano distanziarsi dalle esperienze e dalle relazioni di attaccamento nelle quali invece appaiono ancora coinvolte e invischiate e utilizzano forme di discorso passivo e vago, e in percentuale minore (12,9%) da donne con un attaccamento distanziante, caratterizzate da una costante assenza di affettività, e con narrative che in genere appaiono come poco fluenti e convincenti. L'attaccamento insicuro sembra essere un compromesso in cui l'intimità o l'autonomia sembrano essere sacrificate per mantenere la vicinanza fisica a un genitore incapace di contenere la dimensione affettiva del figlio (Fonagy et al., 1992). Sembra che l'incapacità delle madri di comprendere l'angoscia delle proprie figlie e di rifletterla in modo controllato, costringa queste'ultime ad adattarsi utilizzando quelli che la Freiberg (1982) ha definito "comportamenti difensivi". Questi servono a limitare il contatto con il genitore (distanziante) o a distrarlo (preoccupato). Un altro dato da osservare è che più della metà del campione (51,6%) è costituito da classificazioni disorganizzate. In particolare l'eterogeneità del campione mostra: la presenza di cadute nelle strategie del discorso caratteristiche di specifiche parti dell'AAI relative a traumi (abusi) avvenuti nell'infanzia, con significativi lapsus nel monitoraggio del discorso durante la discussione di queste esperienze e una rottura più generalizzata che rivela estrema contraddizione o incapacità di mantenere una posizione organizzata tipica delle classificazioni CC, in taluni casi con una bassa coerenza tra racconti, pensieri, commenti. Le esperienze traumatiche, che caratterizzano il campione, sembrano aver distorto i modelli operativi interni e i segni di disorganizzazione sembrano indicare un *breakdown* delle difese psichiche (Fonagy & Target, 2001). Confrontando le classificazioni AAI organizzate e disorganizzate con i campioni della letteratura nazionale e internazionale, emerge che il campione di questo studio differisce significativamente dal campione normativo internazionale ma non da quello clinico (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009). Per quanto riguarda il campione italiano, c'è una differenza statisticamente significativa con il campione normativo, ma il campione di questo studio non si discosta da quello clinico (Cassiba et al., 2013). In linea con la letteratura, sembra che queste donne possano sentirsi maggiormente al sicuro ri-creando nelle relazioni attuali un'esperienza precedente e familiare di trascuratezza o di abbandono, ravvisabile anche dal numero medio di anni di permanenza nella relazione violenta. Tali modalità insicure sembrano in grado di generare sentimenti di sicurezza. Il paradosso apparente viene risolto se si assume che l'attaccamento deriva dalle rappresentazioni mentali dell'altro. L'attaccamento a figure

abusanti o trascuranti è la risposta che ci si può attendere da un bambino la cui esperienza di sicurezza deriva dalla sensazione di essere compreso da parte di un genitore crudele e distruttivo, e la cui comprensione è molto scarsa. In tali casi l'aumento del sostegno sociale e il rafforzamento dello sviluppo di relazioni romantiche sicure dovrebbero essere un aspetto centrale del trattamento.

Nonostante le ridotte dimensioni del campione dello studio e la scarsa letteratura per la lettura delle sottoscale dell'AAI, ci è utile riflettere clinicamente su alcuni valori. Abbiamo osservato che i risultati mostrano delle differenze statisticamente significative rispetto al campione clinico indicato dallo studio di Giovanardi e collaboratori (2018). In particolare il nostro campione presenta valori medi maggiori rispetto a svalutazione e rabbia (materna e paterna), mentre l'idealizzazione materna ha valori medi inferiori. I dati sono poi di particolare interesse se confrontiamo le scale relative a ciascun genitore. Nel campione IPV i padri si mostrano maggiormente trascuranti rispetto alle madri, che sono generalmente più coivolte e frequentemente mettono in atto inversioni di ruolo; i valori medi del rifiuto (in particolare quello paterno) sono maggiori dei valori medi dell'affetto materno e paterno.

Rispetto al secondo obiettivo teso ad indagare il ruolo del maltrattamento infantile e della relazione tra trauma infantile e vittimizzazione in età adulta, abbiamo osservato che il 71% delle donne del campione IPV ha sperimentato quattro o più forme di maltrattamento durante l'infanzia. E' evidente nelle narrazioni una continuità tra le esperienze di maltrattamento infantile e le attuali relazioni intime violente. Questi risultati sono in linea con la letteratura che ha riconosciuto come vari tipi di maltrattamento tendono a co-occorrere (Dong et al., 2004; Felitti et al., 1998; Green et al., 2010; Higgins e McCabe, 2001) e che molte vittime spesso esperiscono più di un tipo di abuso durante l'infanzia (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007; Renner & Slack, 2006; Renner & Whitney, 2012; Widom et al., 2014). L'esposizione al trauma complesso, che si caratterizza per precoci esperienze continuative di maltrattamento che coinvolgono più categorie di abuso e/o trascuratezza, può avere conseguenze pervasive sulla salute mentale e sulla complessità dei sintomi e sulla psicopatologia, includendo la presenza di disturbi internalizzanti, esternalizzanti, post-traumatici e dissociativi sia nel breve che nel lungo periodo (Cook et al., 2005; Herman, 1992; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005; Finkelhor et al., 2007, 2009). Nel campione esaminato, le forme più frequenti di esperienze traumatiche sono la trascuratezza materna e paterna, il rifiuto e l'eccessivo coinvolgimento materno, che sembrano confermare i dati ottenuti dalle scale dell'esperienza dell'AAI. È anche utile riflettere

sul fatto che il campione IPV non è caratterizzato da eventi di perdita precoce o da una frequenza elevata di abusi sessuali, come a conferma che un aspetto centrale della vittimizzazione in età adulta sia l'esposizione prolungata a forme multiple e cumulative di maltrattamento. Questo dato sembrerebbe confermare la possibilità di una trasmissione intergenerazionale del maltrattamento, così come è stato osservato in letteratura (Speranza & Vergano, 2015; Zeanah & Zeanah, 1989).

La letteratura ci mostra come all'aumentare delle esperienze traumatiche vissute nell'infanzia si associa una maggiore probabilità di presentare uno stato della mente disorganizzato (Euser, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2010). Janet (1889) a riguardo afferma che "Le persone che hanno subito un trauma sono incapaci di apprendere dall'esperienza"; tuttavia nel nostro campione non sono ravvisabili associazioni tra la presenza di traumi e le diverse classificazione dell'AAI, tanto meno che per la presenza di una classificazione disorganizzata *vs* organizzata.

Rispetto al quarto obiettivo è stato ipotizzato, che nella storia di sviluppo delle donne vittime di IPV, sia intervenuta un'inibizione della funzione riflessiva, a fronte delle difficoltà occorse nel sistema di accudimento. La presenza di disorganizzazione, ad esempio, può avere effetti negativi sulla capacità di mentalizzare lo stato mentale degli altri (Abate, Marshall, Sharp & Venta, 2017). Tracce di una scarsa capacità riflessiva sono riscontrabili nei trascritti AAI, in cui si possono osservare delle difficoltà da parte dei soggetti a riflettere e a dare significato all'esperienza. Questo aspetto è confermato dai risultati ottenuti dalla *Reflecting Functioning Scale*: il punteggio globale può essere interpretato come discutibile o basso (M=2,7). Le donne presentano un'assenza di funzionamento riflessivo rappresentato da poca o nessuna ostilità (la maggior parte di loro non percepiva il compito come invadente) o da un rifiuto di indagare gli stati interni (Disconoscimento), o dalle rappresentazioni degli stati mentali come unidimensionali, che raramente riflettono emozioni contrastanti, conflitto o incertezza sulle credenze e sui sentimenti altrui (Ingenuità o FR semplicistico).

Considerando le diverse classificazioni AAI, emerge una differenza statisticamente significativa tra il gruppo dei sicuri e il gruppo dei preoccupati, e tra il gruppo dei sicuri e quello disorganizzato. Ricerche recenti hanno mostrato che l'attaccamento sicuro facilita la mentalizzazione (Fonagy et al., 2011). Da questo punto di vista l'attaccamento sicuro è molto probabilmente correlato a una mentalizzazione ottimale e flessibile, poiché le persone con questa classificazione tendono a elaborare le informazioni sociali in modo obiettivo e riflessivo (Fonagy & Luyten, 2009), mentre un livello crescente di ansia e preoccupazione potrebbe ostacolare la mentalizzazione in

relazione ad altri vicini (Hunefeldt et al., 2013). Quando invece non è presente un sostegno, tale da supportare lo sviluppo di un legame d'attaccamento sicuro (tale da fornire il contesto per l'acquisizione di un'adeguata capacità di comprendere lo stato psicologico dell'altro nelle più importanti relazioni interpersonali), l'esperienza dell'abuso non potrà divenire oggetto di riflessione o essere risolta.

Confrontando organizzati e disorganizzati in base alla FR emerge che le donne con attaccamento organizzato presentano in media un punteggio maggiore rispetto a quello con attaccamento disorganizzato.

Tuttavia, mentre la presenza di disorganizzazione è associata a un minor funzionamento riflessivo rispetto alla classificazione organizzata, la presenza di poli-vittimizzazione non è necessariamente indicativa di un cattivo funzionamento riflessivo. Nel caso del campione IPV infatti la presenza di più traumi è associata a una migliore funzione riflessiva; è possibile che le capacità riflessive si rivelino particolarmente importanti quando si è esposti a situazioni sfavorevoli come maltrattamenti, violenze o abusi. Mentalizzare in modo adeguato infatti, oltre a favorire una manifestazione adeguata delle proprie emozioni, permette di considerare il comportamento altrui come espressione di uno stato mentale specifico (un momento di rabbia, un fraintendimento). In questo modo un atteggiamento di rifiuto o un atto di violenza non portano necessariamente a una visione negativa del Sé o della relazione con l'altro. È possibile che le donne vittime di IPV in taluni casi, possano riflettere sulle esperienze sfavorevoli, passate e presenti, inserirle in contesti specifici e attribuire ad esse un significato, elaborandole in modo adeguato e rendendo l'esperienza meno traumatica.

In altre situazioni accade invece che i meccanismi di violenza possano generare squilibri nella mentalizzazione, che possono condurre a un predominio di paura e di attaccamenti iperattivati. Molto spesso questo costringe la famiglia e i suoi membri a ricorrere a modalità prementalizzanti di pensare e agire (Asen & Fonagy, 2017). Nel caso specifico del campione in esame, le donne possono in taluni casi far ricorso a una modalità teolologica, associata ad azioni dirette ad un obiettivo, ma non collegate agli stati mentali associati. In questa modalità l'azione parla più delle parole. I modi di funzionamento prementalizzanti minano i meccanismi sociali che consentono la collaborazione umana: creatività, negoziazione, turn-taking e rispetto per gli stati mentali altrui.

Un atteggiamento mentalizzante da parte dei clinici, ossia esplorativo, aperto alla curiosità e alle indagini sugli stati mentali, che ne riconosca l'intrinseca opacità e la struttura infinitamente stratificata, produce ulteriore mentalizzazione. Nel lavoro con

donne vittime di IPV, e in particolare con donne che hanno la propensione ad agire piuttosto che a pensare, a fare piuttosto che a sentire, la tentazione può essere quella di adottare il medesimo livello espressivo, in cui il clinico può rispondere con l'azione.

I risultati hanno evidenziato la presenza di un'associazione significativa tra mentalizzazione e con alcuni pattern controtransferali (sbilanciamento cognitivo e CT positivo; sbilanciamento affettivo e CT ipercoinvolto e erotizzato; sbilanciamento automatico e CT erotizzato). Le cliniche che hanno in trattamento donne vittime di IPV con la presenza di diversi sbilanciamenti possono sperimentare nella relazione con il paziente sentimenti di intimità e di una buona alleanza di lavoro nel caso in cui manifestino uno sbilanciamento cognitivo; nel caso invece di uno sbilanciamento affettivo, le cliniche si attivano molto, si sentono responsabili o eccessivamente preoccupate, oppure possono arrivare in modo sessualizzato.

Infine rispetto all'ultimo obiettivo la somministrazione della Swap-200 ci ha permesso di suddividere il campione originario in 4 sottogruppi. I disturbi di personalità sono presenti solo in 3 soggetti. In linea generale la scelta di approfondire attraverso un *clinician report* la personalità, ci ha permesso di andare più a fondo rispetto alle indagini svolte in tal ambito con strumenti self report. Come si può osservare, per quel che riguarda i punteggi PD, in tutte le scale il campione ha medie molto basse. Rispetto alla personalità il campione riporta quindi risultati piuttosto positivi, motivo per cui l'ipotesi di partenza va respinta. Il numero esiguo di partecipanti alla ricerca rende inoltre difficile identificare un disturbo o un'organizzazione di personalità dominante tra le donne vittime di IPV. Osservando inoltre la scala dell'Alto Funzionamento, possiamo evidenziare un funzionamento generale piuttosto alto.

3.8 Limiti e direzioni future dello studio

Lo studio presenta alcune limitazioni. La ridotta numerosità delle partecipanti e la mancanza di un gruppo di confronto non ci permette di generalizzare i risultati ottenuti, ma di considerarli esclusivamente come risultati preliminari. La bassa numerosità campionaria gioca un ruolo determinante nel non permettere il raggiungimento della significatività statistica in alcuni confronti, nonostante la differenza testata sia elevata. L'ampiezza campionaria riducendo la potenza statistica dello studio, potrebbe aver causato errori di II tipo, legati al non considerare come rilevanti e significativi risultati e differenze che in realtà lo sono. Un altro limite che deriva dalla ridotta numerosità campionaria, include il fatto di non poter affrontare alcune ulteriori e più approfondite

analisi statistiche. Nella misura in cui i soggetti vengono classificati in gruppi differenti (ad esempio per la variabile dell'attaccamento), il numero ridotto per ciascuna categoria, non consente ulteriori analisi. Allo stesso modo il numero complessivo di soggetti impedisce l'uso di statistiche parametriche e di conseguenza la possibilità di testare effetti di mediazione, e in genere di accedere ad analisi di regressione.

Un altro limite dello studio è che la storia del trauma e il funzionamento riflessivo sono stati valutati con strumenti *clinican report* applicati ai trascritti AAI; pertanto, trauma e funzione riflessiva non sono stati valutati utilizzando una fonte indipendente dalla misura di attaccamento. Infine ho alcuni dubbi sull'attendibilità delle SWAP, motivo per cui sarebbe interessante in futuro utilizzare osservatori esterni.

Dal punto di vista dei vantaggi lo studio presenta alcuni punti di forza. In primis la tematica affrontata riveste notevole importanza sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista psico-sociale e politico, soprattutto alla luce dell'insufficienza di studi in tale ambito e alla luce delle evidenze empiriche non ancora consolidate. Inoltre la scelta di lavorare su un campione di donne, utilizzando una metodologia di ricerca multi-prospettica, mi ha permesso di integrare le valutazioni proprie e soggettive delle donne vittime di IPV, le valutazioni dei clinici e dei ricercatori riferiti al soggetto e le valutazioni dei clinici in termini di auto-osservazione, cioè riferite ai vissuti controtransferali.

Altro punto di forza del lavoro, è stata la possibilità di mettere in contatto chi lavora quotidianamente con donne vittime di IPV e l'università, con l'intento di far dialogare clinica, ricerca e territorio; invita a riflessioni più accurate nel merito dello screening delle prime relazioni con i caregiver al fine di approfondire e affinare la comprensione attuale dei processi di sviluppo attraverso i quali la violenza viene interiorizzata e riattivata nel tempo e tra le generazioni. Infine indaga maggiormente alcune variabili in relazione alle donne vittime di violenza, non esaminate adeguatamente se non dalla prospettiva del perpretatore o del sistema famiglia.

Ritengo quindi che i risultati e le significatività ottenute in merito all'attaccamento, alle esperienze traumatiche e alla mentalizzazione, possano essere considerate come variabili da tenere in considerazione per future ricerche nell'ambito dell'IPV, oltre che rendere lo studio interessante dal punto di vista clinico e di ricerca.

CONCLUSIONI

Occorre studiare l'individuo nel suo contesto,
non separare l'individuo dal suo contesto sociale.
Verissimo, come no. Ma ciò che temo è una specie di curvatura antitragica,
l'insistenza sulla continuità individuo-ambiente,
come per una specie di armonia teorica e pratica.
Insomma, si pensa che non sia rivoluzionario vedere il tragico,
quel tragico che ritorna insistentemente nella nostra esperienza.
Ed è vero che, per una certa idea di rivoluzione, non è rivoluzionario.
Ma se non si vede il tragico, l'esperienza ci ha abbondantemente dimostrato
che è la rivoluzione stessa che diventa tragica

(Fachinelli, 1973).

Il fenomeno persistente della violenza sulle donne, che in alcuni casi può condurre al fenomeno più tragico del femminicidio, mostra i sintomi allarmanti di una malattia collettiva, che minaccia il tessuto costitutivo della relazione con l'altro, oltre che farci scorgere un processo di disumanizzazione ancora in corso.

Attualmente l'attenzione dei media è rivolta più che in passato alla violenza compiuta contro le donne (pensiamo ad esempio al mondo dell'informazione dopo il caso Weinstein). Questo rappresenta, senza dubbio, un grande passo in avanti per la società perchè ha portato alla ribalta un problema enorme, per diverso tempo non affrontato, permettendo di rovesciare una serie di pregiudizi fortemente radicati. In primis quello che portava a legittimare la violenza domestica esercitata dagli uomini sulle donne; in secondo luogo, quello che induceva a minimizzare questa violenza e a colpevolizzare le donne vittime. Cogliamo in tal senso un elemento positivo nel coinvolgimento mediatico, tuttavia siamo consapevoli di essere ancora lontani da una narrazione che in molti casi ha un "sapore tossico".

Il processo di civilizzazione è una corsa ad ostacoli, piena di imprevisti, correnti avverse, deviazioni, regressioni. La civiltà in cui viviamo è frutto di un conflitto, che configura un rapporto di forze tra il processo di civilizzazione e ciò che si oppone ad esso: la riduzione della vita alla logica dei bisogni, alla scarica delle tensioni secondo un principio performante (Thanopulos, 2018).

Risulta di fondamentale importanza lavorare per comprendere quali sono le motivazioni che si nascondono dietro la violenza esercitata sulle donne, per evitare di arrivare a descrizioni semplicistiche che spesso ci capita di ascoltare. Siamo consapevoli che se da una parte l'IPV possa essere letto alla luce di una subalternità femminile, derivato dei rapporti di potere sociali (duro da sconfiggere!), dall'altro impone a noi clinici e ricercatori una lettura stratificata e non esclusivamente interdisciplinare (Speranza, 2018).

Abbiamo visto in modo preliminare come le esperienze relazionali precoci e l'attaccamento, oltre che le spesso esplicite difficoltà nella mentalizzazione, ci impogono delle riflessioni a riguardo delle manovre difensive utilizzate dalle donne, in alcuni casi, per non soccombere di fronte a esperienze dolorose e incomprensibili. Così come ci sembra sempre più evidente che il grande lavoro fatto dai centri debba essere supportato da chi si avvicina a questo ambito da un punto di vista della ricerca.

La ricerca, in tal senso, può supportare alcune implicazioni per la politica, la prevenzione e la pratica clinica. È auspicabile in tal senso avere accesso a studi più rigorosi che consentano di ottenere risultati affidabili per promuovere una base di conoscenze e competenze comuni per la costruzione di protocolli diintervento trasversali da attuare insieme ai modelli attualmente erogati dai servizi presenti sul territorio.

BIBLIOGRAFIA

Abate, A., Marshall, K., Sharp, C., & Venta, A. (2017). Trauma and Aggression: Investigating the Mediating Role of Mentalizing in Female and Male Inpatient Adolescents. *Child psychiatry and human development, 48(*6), 881–890.

Abramsky, T., Watts, C.H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, K., Ellsberg, M., Jansen E. AFM, & Heise L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health, 11*(109). https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109

Adams, A.E., & Beeble, M.L. (2018). Intimate partner violence and psychological well-being: Examining the effect of economic abuse on women's quality of life. *Psychology of Violence.* http://dx.doi.org/10.1037/vio0000174

Adams, A.E., Sullivan, C.M., Bybee, D., & Greeson, M. (2008). Development of the Scale of Economic Abuse. *Violence Against Women, 14*(5), 63–88. doi: 10.1177/1077801208315529

Afifi, T.O., Mota, N.P., Dasiewicz, P., MacMillan, H.L., & Sareen, J. (2012). Physical punishment and mental disorders: results from a nationally representative US sample. *Pediatrics*, *130*(2), 184–92. doi:10.1542/peds.2011-2947

Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall (1978*). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth, M.S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist, 34*(10), 932–937. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932

Alexander, P.C. (2009). Childhood Trauma, Attachment, and Abuse by Multiple Partners. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy, 1*(1), 78–88. DOI: 10.1037/a0015254

Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2010). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Al-Modallal, H., Peden, A., & Anderson, D. (2008). Impact of Physical Abuse on Adulthood Depressive Symptoms Among Women. *Mental Health Nursing, 29*(3), 299–314. doi: 10.1080/01612840701869791

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ammaniti, M. & Dazzi, N. (1999). Introduzione al Nucleo Monografico "Attaccamento e processi di mentalizzazione" *Psicologia Clinica dello Sviluppo, 1*, 1999.

Ammaniti, M., Speranza, A. M., & Candelori, C. (1996). Stabilità dell'attaccamento infantile e trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento [Stability of attachment in children and intergenerational transmission of attachment]. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 63*(3-4), 313–332.

Antai, D., Oke, A., Braithwaite, P., & Lopez G.B. (2014). The effect of economic, physical, and psychological abuse on mental health: A population-based study of women in the Philippines. *International Journal of Family Medicine. doi: 10.1155/2014/852317*

Arata, C.M. & Lindman, L. (2002). Marriage, Child Abuse, and Sexual Revictimization**.** *Journal of Interpersonal Violence, 17*(9), 953–971.

Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological bulletin, 126*(5), 651–80.

Arnott, B., & Meins, E. (2007). Links among antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security: A preliminary study of mothers and fathers. *Bulletin of the Menninger Clinic, 71*, 132–149.

Arriaga, X.B., Capezza, N.M., Goodfriend, W., Rayl, E.S., & Sands, K.J. (2013). Individual well-being and relationship maintenance at odds: The unexpected perils of maintaining a relationship with an aggressive partner. *Social Psychological and Personality Science, 4(6),* 676–684. https://doi.org/10.1177/1948550613480822

Asen, E. & Fonagy, P. (2017). Mentalizing Family Violence Part 1: Conceptual Framework. *Family Process*, *56*(1), 6–21

Aspelmeier, J.E., Elliott, A.N., & Smith, C.H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: the moderating role of attachment. *Child Abuse Neglect*, *31*(5), 549–66.

Babcock, J.C., Green, C.E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, *23*(8), 1023–1053. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.07.001

Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The French Version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity Data for Adolescents and Adults and Its Association with Non-Suicidal Self-Injury. *PLoS ONE 10*(12). e0145892. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145892

Bagwell-Gray, M.E., Messing, J.T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate Partner Sexual Violence A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. *Trauma, Violence, & Abuse*, *16*(3), 316–35.

Bailey, B.A. (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*, *2*, 183–97.

Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, *29*, 870–879.

Bakermans-Kranenburg, M.J. & van Ijzendoorn, M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment Human and Development*, *11*(3), 223–63. doi: 10.1080/14616730902814762.

Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. V. Maltreatment, negative expressivity, and the development of type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *64*(3), 97–118.

Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., & Cohen, D.J. (2000) (Eds). *Understanding Other Minds Perspectives From Developmental Cognitive Neuroscience*. (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 25–45). New York: Guilford

Bartholomew, K., Henderson, A., & Dutton, D. (2001). Insecure attachment and abusive intimate relationships. In C. Clulow (Ed.), *Adult Attachment and Couple Psychotherapy* (pp. 43–61). London: Brunner-Routledge.

Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2006). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline di personalità*. Tr. it. Cortina, Milano 2010

Bateman, A.W., Fonagy, P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: psicoterapia con il paziente borderline*. Tr. it. Cortina, Milano 2006.

Bayley, H.N., Moran, G., & Pederson, D.R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment Human and Development, 9*(2), 139–61.

Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology, 6*, 5–30.

Bell, K.M., & Naugle, A.E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1096–107. doi: 10.1016/j.cpr.2008.03.003.

Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment Human and Development, 4*(2), 166–70.

Benjamin, J. (1988). *Legami d'amore. I rapporti di potere nelle relazioni amorose*. Cortina, Milano 2015

Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Simmons, K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine, 25*(1), 38–44.

Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Wynkoop S.K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine, 25*, 38–44.

Berns, S.B., Jacobson, N.S., & Gottman, J.M. (1999). Demand-withdraw interaction in couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 666–74.

Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., &Westen, D, (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 162*, 890–898. Retrieved from http://ajp.psychiatryonline.org

Beydoun, H.A., Beydoun, M.A., Kaufman, J.S., L.B., & Zonderman, A.B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *75*(6), 959–75. doi:[10.1016/j.socscimed.2012.04.025]

Bifulco, A., Moran, P.M., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*(2), 50–9. DOI: 10.1007/s127-002-8215-0

Black, M.C. (2011). Intimate partner violence and adverse health consequences: Implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine, 5*, 428–439. https://doi.org/10.1177/1559827611410265

Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC, US: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/11749-000

Block, J. (1978). *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Bogat, G.A., Levendosky, A., & von Eye, A. (2005). The Future of Research on Intimate Partner Violence: Person-Oriented and Variable-Oriented Perspectives. *American Journal of Community Psychology*, *36*(1-2), 49–70. doi:10.1007/s10464-005-6232-7

Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist Journal, 59*(1), 20–8.

Bonomi, A.E., Anderson, M.L., Rivara, F.P., & Thompson, R.S. (2009). Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Services Research Journal*, *44*, 1052–67.

Bookwala, J. (2002). The role of own and perceived partner attachment in relationship aggression. *Journal of Interpersonal Violence, 17,* 84–100. doi:10.1177/0886260502017001006

Borelli, J. L., Compare, A., Snavely, J. E., & Decio, V. (2015). Reflective functioning moderates the association between perceptions of parental neglect and attachment in adolescence. *Psychoanalytic Psychology, 32*(1), 23–35.

Bornstein, R.F. (2006). The complex relationship between dependency and domestic violence: Converging psychological factors and social forces. *American Psychologist*, *61*(6), 595–606. doi:10.1037/0003-066X.61.6.595.

Bouchard, M.A., Target, M., Lecours, S., …. Stein H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, *25*(1), 47–66

Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita.Vol. I: Attaccamento alla madre*. Boringhieri, Torino 1972

Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino 1975

Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Boringhieri, Torino 1983

Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*. Cortina Editore, Milano 1989

Bowlby, J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Cortina Editore, Milano 1982.

Breiding, M., Basile, K., Smith, S. , Black, M., & Mahendra, R. (2015). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, version 2.0.* Atlanta, GA: National Center for Injury.

Breiding, M.J., Black, M.C., & Ryan, G.W. (2008). Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence — 18 U.S. states/territories, 2005. *Annals of Epidemiology*, 18, 538–544.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, *28*, 759–775.

Bretherton, I. (1995). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 45–84). Hillsdale: Analytic Press, Inc

Brownmiller, S. (1975). *Against our will: men, women and rape*. Bantam Books

Bureau, J.F., Martin, J., & Lyons-Ruth, K. (2010). Attachment dysregulation as hidden trauma in infancy: Early stress, maternal buffering and psychiatric morbidity in young adulthood. In R.A. Lanius, E. Vermetten e C. Pain (Eds), *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press (trad. it. *L'impatto del trauma infantile sullo sviluppo e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Fioriti, Roma 2012).

Butler, J. (1990). *Questione di genere. Il femminismo e la sovversione dell'identità.* Tr.it. Laterza, Roma-Bari 2013.

Butler, J. (1993). *Corpi che contano. I limiti discorsivi del sesso.* Tr.it. Feltrinelli, Milano 1997.

Caldwell, J.E., Swan, S.C., & Woodbrown, V.D. (2012). Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence*, *2*(1), 42–57.

Campbell, J. C. (1992). “If I can't have you, no one can": Power and control in homicide of female partners. In J. Radford & D.E.H. Russell (Eds.), *Femicide: The Politics of Woman Killing* (pp. 99–113). New York: Twayne.

Campbell, J.C. (2004). Helping women understand their risk in situation of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 1464–77.

Campbell, R., Sullivan, C.M., & Davidson, W.S. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly, 19*, 237–255. doi:10.1111/j.1471-6402.1995.tb00290.x

Capaldi, D.M., Knoble, N.B., Shortt, J.W., & Kim H.K. (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse, 3*(2), 231–280. doi:10.1891/1946-6560.3.2.231

Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., & Duranceau, S. (2015). PTSD personality subtypes in women exposed to intimate-partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 7*(2), 154–161.http://dx.doi.org/10.1037/tra0000003

Cascardi, M., & Vivian, D. (1995). Context for specifc episodes of marital violence: Gender and severity of violence differences. *Journal of Family Violence, 10*, 265−93.

Cassibba, R. Sette, G., Bakermans-Kranenburg, M.J. & van IJzendoorn, M.J.(2013). Attachment the Italian Way. *European Psychologis,t 18*(1), 47

Cassidy, J., & Shaver, P.R. (Eds.) (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* New York, NY, US: Guilford Press.

Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Maughan, A., Toth, S.L., & Bruce, J. (2003). False belief understanding in maltreated children. *Development and Psychopathology*, *15*, 1067–1091.

Cicchetti, D., Toth, S. L., & Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychology*, *17*, 1–75.

Classen, C.C., Palesh, O.G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse*, *6*(2), 103–29.

Classen, C.C., Palesh, O.G, & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse*, *6*(2), 103–29. http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.17.3.288

Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., Chung, W., Richardson, J., & Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimization in women: A cross-sectional survey. *Lancet*, *358*, 450–454.

Coker, A.L., Smith, P.H., Thompson, M.P., McKeown, R.E., Bethea, L, Davis, K.E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine, 11*(5), 465–76.

Cole, J., Logan, T., & Shannon, L. (2005). Intimate sexual victimization among women with protective orders: Types and associations of physical and mental health problems. *Violence and Victims, 20*, 695–715.

Coleman, D.H., & Straus, M.A. (1986). Marital power, conflict, and violence in a nationally representative sample of American couples. *Violence & Victims, 1*, 141−57.

Colli, A., & Gagliardini, G. (2015a). *Modes of Mentalization Scale*. Urbino, Unpublished Manual.

Colli, A., & Gagliardini, G. (2015b). *Mentalization Imbalances Scale*. Urbino, Unpublished Manual.

Colli, A., & Gagliardini, G. (2016). *Mentalization, attachment style and personality: An empirical investigation based on clinicians' evaluations with the Mentalization Attachment Questionnaire*. Poster presented at the 3rd International Conference of Mentalization Based Therapy, Geneva, Switzerland (8-9 February).

Gagliardini, G., & Colli, A. (*in press*). Assessing mentalization: Development and preliminary validation of the Modes of Mentalization Scale. *Psychoanalytic Psychology*.

Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., & Colli, A. (2018). Assessing mentalization in psychotherapy: The Mentalization Imbalances Scale. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *21*(3), 164–177. DOI: 10.4081/ ripppo.2018.339

Colman, R.A., & Widom, C.S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse Neglect, 28*(11), 1133–51.

Condino V., Giovanardi, G., Pajardi, D., & Colli, A. (2018). Personality, attachment and mentalization in Intimate Partner Violence. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6(2), Supplement, p.138. doi: 10.6092/2282-1619/2018.6.1938 ISSN: 2282-1619

Condino, V., Giovanardi, G., Lingiardi, V., Colli, A. (2018). *Attachment and mentalization in Intimate Partner Violence*. Poster presented at the 49th International Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Amsterdam, Netherlands (27-30 June).

Condino, V., Tanzilli, A., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2016). Therapeutic interventions in Intimate Partner Violence: an overview. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 19, 79–88.

Constantino, R.E., Sekula, L.K., Rabin, B.S., & Stone, C. (2000). Negative life experiences, depression, and immune function in abused and nonabused women. *Biological Research for Nursing, 1* (3), 190–198.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390–398.

Corboz., G.J., & Jewkesl, R. (2018). Factors associated with recent intimate partner violence experience amongst currently married women in Afghanistan and health impacts of IPV: a cross sectional study. *BMC Public Health, 18*, 593. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5507-5

Craparo, G., Gori, A., Petruccelli, I., Cannella, V., & Simonelli, C. (2014). Intimate Partner Violence: Relationships Between Alexithymia, Depression, Attachment Styles, and Coping Strategies of Battered Women. *Journal of Sexual Medicine, 11,* 1484–1494. doi: 10.1111/jsm.12505

Crittenden, P.M., & Ainsworth, M.D.S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti and V. Carlson (Eds.). *Handbook of child maltreatment* (pp. 432–463). Cambridge University Press, New York

Cyr, C., Euser, E.M., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van Ijzendoorn, M.H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development & Psychopathology, 22*(1), 87–108.

Dansky, B.S., Brewerton, T.D., Kilpatrick, D.G., & O'Neil, P.M. (1997). The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 21*(3), 213–28. https://doi.org/10.1002/(SICI)1098

De Rosnay, M. & Harris, P.L. (2002). Individual differences in children's understanding of emotion: The roles of attachment and language. *Attachment and Human Development, 4*, 39–54. doi:10.1080/14616730210123139

De Wolff, M.S. & van Ijzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child Development, 68*(4), 571–591

De Zulueta, F. (1999). *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività*. Milano: Cortina Editore

Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring & procedure manual for the revised version of the SCL-90*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Desai, S., Arias, I., Thompson, M.P., & Basile, K.C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women. *Violence and Victims, 17,* 639–653

Devries, K. M., Mak, J., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J., Falder, G., … Watts, C.H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, *340*, 1527–8. doi:10.1126/science.1240937

Devries, K.M., Child, J.C., Bacchus, L.J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., … Heise L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, *109*(3), 379–91. doi: 10.1111/add.12393.

Dickstein, B.D., Suvak, M., Litz, B.T. & Adler, A.B. (2010). Heterogeneity in the course of posttraumatic stress disorder: trajectories of symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(3), 331–9. doi: 10.1002/jts.20523.

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 463–473). London: Oxford University Press.

Dobash, R.E., & Dobash, R.P. (1977, 1978). Wives: The "appropriate" victims of martial violence. *Victimology: An International Journal, 2*, 426–442.

Donald, G., Dutton, T., & Nicholls, T.L. (2005) The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1—The conflict of theory and data University of British Columbia. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 680 –714

Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williamson, D.F., Thompson, T.J., Loo, C.M., & Giles, W.H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, *28*, 771–784

Dozier, M, & Bates, B. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. In: Goldberg S, Atkinson L, (Eds.). *Attachment issues in psychopathology and intervention (*pp. 167–180). Erlbaum; Mahwah, NJ

Drakulić S. (2016). *L'accusata*. Keller editore

Dutra, L., Campbell, L., & Westen, D. (2004). Quantifying clinical judgment in the assessment of adolescent psychopathology: Reliability, validity, and factor structure of the Child Behavior Checklist for clinician report. *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 65–85.

Dutton, D.G. (1995). *The domestic assault of women.* Vancouver, BC: University of British Columbia Press.

Dutton, D.G., & Corvo, K. (2006). Transforming a Flawed Policy: A Call to Revive Psychology and Science in Domestic Violence Research and Practice. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 457–83. http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2006.01.007

Dutton, D.G., & Nicholls, T. L. (2005). The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1 — The conflict of theory and data. *Aggression and Violent Behavior*, *10*(6), 680−714.

Dutton, D.G., & White, K.R. (2012). Attachment insecurity and intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, *17*(5), 475–481. doi: 10.1016/j.avb.2012.07.003

Ehrensaft, M.K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J.G. (2003). Intergenerational Transmission of Partner Violence: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 741–753. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.741

Ehrensaft, M.K., Moffitt, T.E., & Caspi, A. (2006). Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry, 163*(5), 885–92.

Ellsberg, M., Heise, L., Peña, R., Agurto, S., & Winkvist, A. (2001). Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Studies in Family. Planning, 32*(1), 1–16.

Ellsberg, M., Jansen, H.A., Heise, L., Watts, C.H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 5, *371*(9619), 1165–72. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60522-X

Elwood, L.S., Hahn, K.S., Olatunji, B.O., & Williams, N.L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: a review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review, 29*(1), 87-100. doi: 10.1016/j.cpr.2008.10.002.

Engstrom, M., Nabila El-Bassel, D.S.W., & Gilbert, L. (2012). Childhood sexual abuse characteristics, intimate partner violence exposure, and psychological distress among women in methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 43(*3), 366–376. doi: 10.1016/j.jsat.2012.01.005

Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization of children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33, 203–217. doi: http://dx.doi.org/10.1111/bjdp.12074.

Euser, E. M., Van IJzendoorn, M. H., Prinzie, P., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2010). Prevalence of child maltreatment in theNetherlands. *Child Maltreatment, 15*, 5–17. doi:10.1177/1077559509345904

Fabozzi, P. (2009). Il punto di vista psicoanalitico sul trauma in età evolutiva. Riflessioni introduttive. in S. Grimaldi & S. Latmiral (a cura di), *Il trauma in età evolutiva*. Roma: Borla.

Feeney, J.A. (2008). Adult romantic attachments: Developments in the study of couple relationships. In J. Cassidy and P.R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 456–481). New York: Guilford Press

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258. http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Ferenczi, S. (1932). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. In *Fondamenti di psicoanalisi,* 3, Guaraldi, Rimini, 1974

Fergusson, D.M., Horwood, J.L., & Lynskey, M.T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors, and sexual revictimization. *Child Abuse and Neglect, 21*, 789–803.

Filippini, S. (2005). *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia*. Milano: Franco Angeli

Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children, 4*, 31–53.

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect, 18*, 409–417.

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Holt, M. (2009). Pathways to poly-victimization. *Child Maltreatment*, 14, 316–329. doi: 10.1177/1077559509347012.

Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31,* 7–26

Fonagy P., Luyten P., Strathearn L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal,. 32*(1), 47–69. 10.1002/imhj.20283

Fonagy P., Steele M., Steele H., Higgit, A. & Target M. (1994). Theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 231–257.

Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*(4), 679–700. doi: 10.1017/S0954579497001399

Fonagy, P. & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina Editore.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1355–81. doi:10.1017/S0954579409990198

Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*., 77(2), 217–233 (trad. it.: *Giocare con la realtà*: I. *La teoria della mente e lo sviluppo normale della realtà psichica*. *Setting*, 1998, 6: 33–59)

Fonagy, P., Bateman, A., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3–41). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London, UK: Karnac

Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y-W., Warren, F., Howard, S., et al. (2016) Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS ONE, 11*(7). e0158678. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678

Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 13*, 200–16.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). The predictive validity of Mary Main's Adult Attachment Interview: A psychoanalytic and developmental perspective on the transgenerational transmission of attachment and borderline states. In S. Goldeberg, R. Muir & J. Kerr. (Eds), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 233-278) , Hillsdale, NJ: The Analytic Press

Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder--a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, *22*(1), 4–21. doi: 10.1521/pedi.2008.22.1.4.

Foster, E.L., Becho, J., Burge, S.K., Talamantes, M. A., Ferrer, R.L., Wood, R.C., & Katerndahl, D.A. (2015). Coping with intimate partner violence: Qualitative findings from the study of dynamics of husband to wife abuse. *Families, Systems, & Health, 33*(3), 285–294. http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000130

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *14*(3), 387–421

Freud, S. (1887–1904). *Lettere a Wilhelm Fliess*. Torino, Bollati Boringhieri 2008

Freud, S. (1896). *Etiologia dell'isteria.* Tr.it. in OSF, vol. II, Torino, Bollati Boringhieri 2002, p. 334.

Gagliardini, G. & Colli, A. (*in press*). Assessing mentalization: Development and preliminary validation of the Modes of Mentalization Scale. *Psychoanalytic Psychology*.

Gagliardini, G., Caverzasi, E., Boldrini, A., Ferrero, A. Blasi, S., Gullo, S., & Colli, A. (2017, November). *Development and first validation of a new clinician report to assess mentalization: The Modes of Mentalization Scale*. Paper presented at the Research About Mentalizing Workshop, Milan, Italy.

Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., & Colli, A. (2018). Assessing mentalization in psychotherapy: first validation of the Mentalization Imbalances Scale. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 21*(3). https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.339

Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. Geneva, World Health Organization.

Gellen, M. I., Hoffman, R.A., Jones, M., & Stone, M. (1984). Abused and non-abused women: MMPI profile differences. *The Personnel and Guidance Journal, 6*, 601–603. doi:10.1111/j.2164-4918.1984.tb00134.x

Gelles, R.J. (1980). Violence in the family: A review of research in the seventies. *Journal of Marriage & the Family, 42*, 873−85.

George, C., & West, M. (2012). The Adult Attachment Projective Picture System: Integrating Attachment Into Clinical Assessment. *Journal of Personality Assessment, 93*(5), 407–16. doi:10.1080/00223891.2011.594133

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984-1996). *Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley

Gibbs, A., Jewkes, R., Willan, S., & Washington, L. (2018). Associations between poverty, mental health and substance use, gender power, and intimate partner violence amongst young (18–30) women and men in urban informal settlements in South Africa: A cross-sectional study and structural equation model. *PLoS ONE, 13*(10), e0204956. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204956.

Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, & D., Macmillan, H.L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*, 10, 373(9658), 167–80

Gill, J.M., Szanton, S.L., & Page, G. (2005). Biological Underpinnings of Health Alterations in Women With PTSD: A Sex Disparity. *Biological Research for Nursing, 7*(1), 44–54

Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V, & Speranza, A.M. (2018). Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria. *Front Psychol*. (1)9,60. doi: 10.3389/fpsyg.2018.0006

Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships, 16*(3), 365–384. http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01228.x

Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M.P., Bigras, N., & Godbout, S.S. (2017). Intimate Partner Violence in Male Survivors of Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Trauma Violence & Abuse, 20*(1), 99–113. doi:10.1177/1524838017692382

Golding, J. M. (1996). Sexual Assault History and Women's Reproductive and Sexual Health. *Psychology of Women Quarterly*, *20*(1), 101–121. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1996.tb00667.x

Golding, J.M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence, 14*(2), 99–132.

Goodman, L.A., Smyth, K.F., Borges, A.M., & Singer R. (2009). When crises collide: how intimate partner violence and poverty intersect to shape women's mental health and coping? *Trauma Violence Abuse, 10*(4). 306–29. doi: 10.1177/1524838009339754

Gottman, J. (1976). Behavior exchange theory and marital decision making. *Journal of Personality and Social Psychology, 34*(1),14–23. doi:10.1037//0022-3514.34.1.14

Gottman, J.M. (1994). *Why marriages succeed or fail*. New York: Simon & Schuster

Gray-Little, B., Baucom, D. H., & Hamby, S. L. (1996). Marital power, marital adjustment, and therapy outcome. *Journal of Family Psychology, 10*, 292−303.

Green, B.L., Kaltman, S.I., Chung, J.Y., Holt, M.P., Jackson, S., & Dozier, M. (2012). Attachment and health care relationships in low-income women with trauma histories: a qualitative study. *Journal of Trauma & Dissociation. 13(*2), 190–208. doi: 10.1080/15299732.2012.642761.

Grice, H.P. (1975). Logic and Conversation. In P. Cole, & J. L. Morgan. (Eds.), *Syntax and Semantics, Vol. 3, Speech Acts* (pp. 41–58). New York: Academic Press.

Grice, H.P. (1989). *Studies in the way of words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Guarino, S. Petrocchi, M. & Ammaniti, M. (2018). La trasmissione intergenerazionale del rischio: la relazione madre-bambino in donne con esperienze infantili di maltrattamento. In V. Caretti, G. Craparo & A. Schimmenti (Eds.) *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*, (pp. 103–120). Roma: Astrolabio

Haaken, J. (2010). *Women and psychology. Hard knocks: Domestic violence and the psychology of storytelling.* New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.

Haj-Yahia M.M. (2000). Implications of wife abuse and battering for self-esteem, depression, and anxiety as revealed by the second Palestinian national survey on violence against women. *Journal of Family Issues*, *21*(4), 435−63.

Harned, M. S. (2001). Abused women or abused men? An examination of the context and outcomes of dating violence. *Violence and Victims, 16,* 269– 285.

Hathaway, J.E., Mucci, L.A., Silverman, J.G., Brooks, D.R., Mathews, R., & Pavlos, C.A. (2000). Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *American Journal of Preventive Medicine, 19*(4), 302–307. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00236-1

Henderson, A.J.Z., Bartholomew, K., Trinke, S.J. & Kwong , M.J. (2005). When Loving Means Hurting: An Exploration of Attachment and Intimate Abuse In a Community Sample. *Journal of Family Violence, 20*(4), 219–30. doi: 10.1007/s10896-005-5985-y

Henderson, A.J.Z., Bartholomew, K., & Dutton, D.G. (1997). He loves me; he loves me not: Attachment and separation resolution of abused women. *Journal of Family Violence, 12*(2), 169–191. http://dx.doi.org/10.1023/A:1022836711637

Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5,* 377–91. doi:10.1002/jts.2490050305

Hesse, E. (1996). Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Metal Health Journal*, *17*, 4–11.

Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48,* 1097–127.

Hetzel-Riggin, M.D., & Meads, C.L. (2011). Childhood violence and adult partner maltreatment: The roles of coping style and psychological distress. *Journal of Family Violence, 26,* 585–593. doi:10.1007/s10896-011-9395-z

Higgins, D.J., & McCabe, M.P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect:adult retrospective reports. *Aggression & Violent Behavior, 6,* 547–78.

Hindin, P., Btoush, R., Brown, D.R., & Munet-Vilaro, F. (2000). Intimate partner violence and risk for cervical cancer. *Journal of Family Violence, 30*, 1031–43.

Hines, D. A. (2008). Borderline personality traits and intimate partner aggression: An international multisite, cross-gender analysis. *Psychology of Women Quarterly*, *32*(3), 290–302.

Hirigoyen M.F. (2000). *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*. Tr. It. Einaudi Editore, Torino 2015

Hirigoyen M.F. (2006). *Sottomesse. La violenza sulle donne nella coppia*. Tr. It. Einaudi Editore, Torino 2006.

Holahan, C. J., Valentiner, D. P., & Moos, R. H. (1994). Parental support and psychological adjustment during the transition to young adulthood in a college sample. *Journal of Family Psychology*, *8*(2), 215–23. http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.8.2.215

Holtzworth-Munroe, A. (2002). Standards for batterer treatment programs: How can research inform our decisions? Journal of Aggression, *Maltreatment & Trauma, 5*(2), 165–80. http://dx.doi.org/10.1300/J146v05n02_10

Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G.L. (1994). Typologies of Male Batterers: Three Subtypes and the Differences Among Them. *Psychological Bulletin*, *16*(3), 476–97.

Hotaling, G.T., & Sugarman, D.B. (1986). An Analysis of Risk Markers in Husband to Wife Violence: The Current State of Knowledge. *Violence and Victims, 1*(2). 101–24. doi: 10.1891/0886-6708.1.2.101

Hunefeldt, T., Laghi, F., Ortu, F., & Belardinelli, M. O. (2013). The relationship between 'theory of mind' and attachment-related anxiety and avoidance in Italian adolescents. *Adolescence*, *36*(3), 613–621. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.03.012

Iverson, K.M., Gradus, J.L., Resick, P.A., Suvak, M.K., Smith, K.F., & Monson, C.M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, *79*(2), 193–202. doi:10.1037/a0022512

Jacobvitz, D., & Hazen, N. (1999). Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 127–159). New York: Guilford Press.

Jacobvitz, D., Curran, M., & Moller, N. (2002). Measurement of adult attachment: The place of self-report and interview methodologies. *Attachment and Human Development*, *4*(2), 207–15. doi:10.1080/14616730210154225

Jakupcak, M., Tull, M. T., & Roemer, L. (2005). Masculinity, Shame, and Fear of Emotions as Predictors of Men's Expressions of Anger and Hostility. *Psychology of Men & Masculinity*, *6*(4), 275–84.

Jones, L., Hughens, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Victims of Domestic Violence: A Review of the Research. *Trauma Violence & Abuse, 2*(2), 99–119. doi:10.1177/1524838001002002001

Juffer, F., Hoksbergen, R.A.C., Riksen-Walraven, J.M.A., & Kohnstamm, G.A. (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant–mother attach ment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 1039–50.

Kalmuss, D. (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of Marriage and the Family, 46*(1), 11–19.

Karlijn, F. Kuijpers, Leontien,M. van der Knaap, Frans Willem Winkel. (2012) Risk of Revictimization of Intimate Partner Violence: The Role of Attachment, Anger and Violent Behavior of the Victim. *Journal of Family Violence, 27*(1), 33–44

Kessler, R.C., & Merikangas, K.R. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13*, 60–8.

Kessler, R.C., Gruber, M., Hettema, J.M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K.A., (1985). Comorbid Major Depression and Generalized Anxiety Disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Journal of Psychiatric Research., 19*(2-3), 357–61.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., …, & Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8–19.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A,J., Walters E.E., Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *National Comorbidity Survey Replication.* NCS-R 18, *289*(23), 3095–105.

Khan, M.M.R. (1963). The concept of cumulative trauma, International Universities Press, N.Y. Tr. it. in *Lo spazio privato del Sé*, Boringhieri, Torino 1979

Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(6), 706–16. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x.

Klapow, J.C., Slater, M.A., Patterson, T.L., Atkinson, J.H., Weickgenant, A.L., Grant, I et al. (1995). Psychosocial factors discriminate multidimensional clinical groups of chronic low-back-pain patients, *Pain, 62*, 349–55.

Koizumi, M., & Takagishi, H. (2014). The Relationship between Child Maltreatment and Emotion Recognition. *PLoS ONE, 9*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086093

Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress, 18(* 5), 389–99.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., & Zwi, A. (2002). *World report on violence and health.* Geneva, World Health Organization, Tech. Rep., 2002. [Online]. Available: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/ 1/9241545615

Kuijpers, K.F., van der Knaap, L.M., & Lodewijks, I.A.J. (2011). Victims' Influence on Intimate Partner Violence Revictimization: A Systematic Review of Prospective Evidence. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*(4), 198–219. https://doi.org/10.1177/1524838011416378

Kuijpers, K.F., van der Knaap, L.M., & Winkel, F.W. (2012). PTSD symptoms as risk factors for intimate partner violence revictimization and the mediating role of victims' violent behavior. *Journal of Traumatic Stress, 25*(2), 179–86. doi:10.1002/jts.21676.

Kuijpers, K.F., Van der Knaap, L.M., & Winkel, F.W. (2012). Victims' influence on intimate partner violence revictimization: an empirical test of dynamic victim-related risk factors. *Journal of Interpersonal Violence, 27*(9), 1716–42. doi: 10.1177/0886260511430389.

Kwong, M. J., Bartholomew, K., Henderson, A. J. Z., & Trinke, S. J. (2003). The intergenerational transmission of relationship violence. *Journal of Family Psychology, 17*(3), 288–301.

Laserman, J., & Drossman, D.A. (2007). Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms: some possible mediating mechanisms. *Trauma Violence Abuse, 8*(3), 331–343. DOI: 10.1177/1524838007303240.

Lawrence, E., Orengo-Aguayo, R., Langer, A., & Brock, R.L. (2012). The Impact and Consequences of Partner Abuse on Partners. *Partner Abuse, 3*, (4), 406–28.

Lazarus R.S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44,* 1–21. http://dx.doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245

Lehrer, J.A., Shrier, L.A., Gortmaker S., & Buka S. (2006) Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students. *Pediatrics*, *118*(1), 189–200. DOI:10.1542/peds.2005-1320

Lemon, S.C., Verhoek-Oftedahl, W., & Donnelly, E.F. (2004). Preventive Healthcare Use, Smoking, and Alcohol Use among Rhode Island Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 11*(6). https://doi.org/10.1089/152460902760277912

Lenton, R.L. (1995). Power versus feminist theories of wife abuse. *Canadian Journal of Criminology, 37*(3), 305–330.

Leonard, K.E., & Senchak, M. (1996). Prospective prediction of husband marital aggression with in newlywed couples. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 369−80.

Leserman, J., & Drossman, D. A. (2007). Relationship of Abuse History to Functional Gastrointestinal Disorders and Symptoms: Some Possible Mediating Mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse, 8*(3), 331–343. https://doi.org/10.1177/1524838007303240

Levendosky, A.A., Bogat, G. A., Huth-Bocks, A.C., Rosenblum, K., & von Eye, A. (2011). The effects of domestic violence on the stability of attachment from infancy to preschool. *Journal ofClinical Child and Adolescent Psychology, 40*, 398–410.

Levendosky, A.A., Lannert, B., & Yalch, M. (2012). The effects of intimate partner violence on women and child survivors: An attachment perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, *40*(3), 397–434, doi: 10.1521/pdps.2012.40.3.397.

Liotti, G., & Farina, B. (2012). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa.* Milano: Cortina Editore

Loeber, R., Burke, J.D., & Lahey, B.B. (2002). What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder? *Criminal Behaviour and Mental Health, 12*(1), 24–36.

Loewenstein, G. F., & Prelec, D. (1993). Preferences for sequences of outcomes. *Psychological Review, 100*(1), 91-108.http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.100.1.91

Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Deelopment,. 71*(3), 543–562

Luyten, P., & Fonagy, P. (2017). The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the research domain criteria (RDoC) approach. *Clinical Psychology Review, 64*, 87–98. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.09.008

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J.Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications,* (pp. 666–697) (2nd ed.). New York: Guilford Press

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother–infant interaction. In J. Solomon & C.George (Eds), *Attachment disorganization* (pp. 33–70). New York: Guilford Press.

Lyons-Ruth, K.., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to Adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.) (pp.667-695). New York, NY: Guilford Press.

Macdowall, W., Gibson, L.J., Tanton, C., Mercer, C.H., Lewis, R., Clifton, S., … & Wellings, K. (2013). Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet. 30, 382*(9907), 1845–55. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62300-4

MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., ... Beardslee, W.R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1878–83.

Maggiora Vergano C., Speranza A.M., & Lauriola M. (2015). The Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ): development and preliminary psychometric properties of an instrument for measuring early relational trauma. *Frontiers Psychology, 6,* 1323. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01323.

Mahalik, J.R., Aldarondo, E., Gilbert-Gokhale, & S., Shore, E. (2005). The role of insecure attachment and gender role stress in predicting controlling behaviors in men who batter. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(5), 617–31.

Main, M. (1994). A move to the level of representation in the study of attachment organization: Implications for psychoanalysis. *Bulletin of the British PsychoAnalytical Society*, 1–15.

Main, M., & Goldwyn, R. (1984–1998). *Adult attachment scoring and classification system*. Manoscritto non pubblicato, University of California at Berkeley.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Main, M., & Hesse, E. (1992). *Frightening, frightened, dissociated, or disorganized behavior on the part of the parent: A coding system for parent–infant interactions*. Unpublished manuscript.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedure for identifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years. Theory, Research and Intervention.* Chicago, IL: University of Chicago Press.

Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2003-2008). *The Adult Attachment Interview: scoring and classification system*. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley

Maneta, E., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2013). Two to tango: A dyadic analysis of links between borderline personality traits and intimate partner violence. *Journal of Personality Disorders*, 27, 233–43.

Mayes, L.C. (2000). A developmental perspective on the regulation of arousal states. *Seminars in Perinatology, 24*, 267–279

Mayseless, O. (1991). Adult attachment patterns and courtship violence. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 40*(1), 21–28. http://dx.doi.org/10.2307/585654

Mazzoni, S., & Malagoli Togliatti, M. (2009). *Verso un modello multifattoriale per la comprensione dei legami intimi violenti.* Milano: Franco Angeli.

Mburia-Mwalili, A., Clements-Nolle, K., Lee, W., Shadley, M., & Yang, W. (2010). Intimate partner violence and depression in a population-based sample of women: Can social support help?. *Journal of Interpersonal Violence*, *25*(12), 2258–78.

McLaughlin, K.A., Green, J.G,, Alegría, M., Costello, E., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Kessler, R.C. (2012). Food insecurity and mental disorders in a national sample of U.S. adolescents. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*., *51*(12), 1293–303. doi: 10.1016/j.jaac.2012.09.009.

McMahon, M., & Pence, E. (1996). Replying to Dan O'Leary. *Journal of Interpersonal Violence*, *11*(3), 452–455. https://doi.org/10.1177/088626096011003012

Meares, R. (2000). *Intimità e alienazione. Il Sé e le memorie traumatiche in psicoterapia*. Milano: Cortina editore

Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding the mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development, 74*, 1194–1211. doi:10.1111/1467-8624.00601

Melandri, L. (2011). *Amore e violenza*. Bollati Boringhieri: Torino.

Mihalic, S.W., & Elliott, D. (1997). A social learning theory model of marital violence. *Journal of Family Violence, 12*, 21−47.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Contributions of attachment theory and research to motivation science. In J. Shah & W. Gardner (Eds.), *Handbook of motivation science*. New York: Guilford Press.

Miller, M.W. & Resick, P.A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: implications for the understanding of complex PTSD. *Behaviour Research and Therapy, .38*(1), 58−71

Miller, M.W., Greif, J.L., & Smith, A,A. (2010). Multidimensional Personality Questionnaire profiles of veterans with traumatic combat exposure: Internalizing and externalizing subtypes. *Psychological Assessment, 15*, 205–215

Milletich, R.J., Kelley, M.L., Doane, A.N., & Pearson, M.R. (2010). Exposure to interparental violence and childhood physical and emotional abuse as related to physical aggression in undergraduate dating relationships. *Journal of Family Violence*, *25*(7), 627–637. doi:10.1007/s10896-010-9319-3

Modesitt, S.C., Gambrell, A.C., Cottrill, H.M., Hays, L.R., Walker, R., Shelton, B.J., …, Ferguson, J.E. (2006). Adverse impact of a history of violence for women with breast, cervical, endometrial, or ovarian cancer. *Obstetrics & Gynecology, 107*(6), 1330–6. DOI: 10.1097/01.AOG.0000217694.18062.91

Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H. & Milne, B.J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Developmental Psychopathology , 14*(1), 179–207

Molfino, F. (2014). Storia dei gruppi: dall'autocoscienza femminista al Centro antiviolenza. In D. Bolelli (Ed.), *Per le donne che aiutano le donne. La violenza tra i sessi e le generazioni* (pp. 81-97). Pisa: Associazione Casa delle Donne.

Morandotti N., Brondino N., Merelli A., Boldrini A., De Vidovich G.Z., Ricciardo S., … Luyten P. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLoS One*, *13*(11).

Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., … Steele, H. (2014). Adverse childhood experiences (ACEs) questionnaire and adult attachment interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, *38*(2), 224–233.

Nakash-Eisikovits, O., Dierberger, A.E., & Westen, D. (2002). A multidimensional meta-analysis of pharmacotherapy for bulimia nervosa: summarizing the range of outcomes in controlled clinical trials. *Harvard review of psychiatry, 10*(4), 193–211.

Nishith, P., Mechanic, M.B.& Resick, P.A. (2000). Prior interpersonal trauma: the contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormall Psychology, 109*(1), 20–25. http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.109.1.20

Noll, J.G., Horowitz, L.A. Bonanno, G.A. Trickett, P.K., & Putnam, F.W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study**.** *Journal of Interpersonal Violence, 18*(12), 1452–71.

Obsuth, I., Hennighausen, K., Brumariu, L.E., & Lyons-Ruth, K. (2014). Disorganized behavior in adolescent-parent interaction: relations to attachment state of mind, partner abuse, and psychopathology. *Child Development, 85*(1), 370–87. doi: 10.1111/cdev.12113.

Oka, M., Brown, C.C., & Miller, R.B. (2016). Attachment and relational aggression: Power as a mediating variable. *The American Journal of Family Therapy, 44,* 24–35. Doi: 10.1080/01926187.2015.1105716.

O'Leary, K.D., Smith Slep, A.M., O'Leary, S.G. (2007). Multivariate models of men's and women's partner aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 752–64.

Oppenheimer, R., Howells, K., Palmer, R.L., & Chaloner, D.A. (1985). Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: A preliminary description. *Journal of Psychiatric Research, 19*(2–3), 357–361

Ordway, M.R., Webb, D., Sadler, L.S. & Slade, A. (2015). Parental Reflective Functioning: An Approach to Enhancing Parent-Child Relationships in Pediatric Primary Care. *Journal of Pediatric Health Care, 29*(4), 325–34. doi: 10.1016/j.pedhc.2014.12.002.

Palau, N. (1981). *Battered women: A homogeneous group? Theoretical considerations and MMPI data interpretation.* Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles, CA.

Pallini, S., Alfani, A., Marech, L., & Laghi, F. (2016). Unresolved attachment and agency in women victims of intimate partner violence: A case–control study. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice, 90*(2), 177–192

Parks, S.E., Kim, K.H., Day, N.L., Garza, M.A. & Larkby, C.A. (2011). Lifetime self-reported victimization among low-income, urban women: the relationship between childhood maltreatment and adult violent victimization. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(6), 1111-28. doi: 10.1177/0886260510368158.

Pears, K.C., & Fisher, P.A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: evidence of deficits. *Development Psychopathology, 17*(1), 47–65.

Pence, E. & Paymar, M. (1993). *Education Groups for Men Who Batter: The Duluth Model*. New York: Springer Publishing Company.

Pico-Alfonso, M.A., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2008). Personality Disorder Symptoms in Women as a Result of Chronic Intimate Male Partner Violence. *Journal of Family Violence, 23*(7), 577–588. DOI: 10.1007/s10896-008-9180-9

Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Tech. Rep., 2015. [Online]. Available: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ intimatepartnerviolence.pdf

Rapoza, K., & Baker, A. (2008). Attachment styles, alcohol, and childhood experiences of abuse: an analysis of physical violence in dating couples. *Violence Victims, 23*, 52–65. doi:10.1891/0886-6708.23.1.52

Renner, L.M. & Slack, K.S (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse Negect, 30*(6), 599–617.

Renner, L.M., & Whitney, S.D. (2012). Risk Factors for Unidirectional and Bidirectional Intimate Partner Violence among Young Adults. *Child abuse & neglect*, *36*(1), 40–52. DOI: 10.1016/j.chiabu.2005.12.005

Rhatigan, D.L., Moore, T.M., & Stuart, G.L. (2005). An investment model analysis of relationship stability among women court-mandated to violence interventions. *Psychology of Women Quarterly, 29*(3), 313–22. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00225.x

Rhodes, N. R. (1992). Comparison of MMPI Psychopathic Deviate scores of battered and nonbattered women. *Journal Of Family Violence*, *7*(4), 297–307. doi:10.1007/BF00994620

Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307–21. https://doi.org/10.1002/jclp.10020

Riggs, D. & O'Leary, K. (1989). A theoretical model of courtship aggression. In M. A. Pirog Good & J. E. Stets (a cura di.), *Violence in dating relationships* (pp. 53–71). New York: Praeger

Riggs, D., & O'Leary, K. (1996). Aggression between heterosexual dating partners: An examination of a causal model of courtship aggression. *Journal of Interpersonal Violence, 11*(4), 519–540. doi: 10.1177/088626096011004005

Romito, P., & Grassi, M. (2007). Does violence affect one gender more than the other? The mental health impact of violence among male and female university students. *Social Science & Medicine, 65*, 1222–34.

Rosewater, L.B. (1988). Battered or schizophrenic? Psychological tests can't tell. In K. Yllö & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 200–215). Sage, Newbury Park.

Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van den Kolk, B., & Mandel, F. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trials for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *10*, 539–555.

Sagi-Schwartz, A, van IJzendoorn, M.H., Grossmann, K.E., Joels, T., Grossmann, K., Scharf, M., … & Alkalay, S. (2003).Attachment and Traumatic Stress in Female Holocaust Child Survivors and Their Daughters. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1086–1092.

Samuelson, K.W., Krueger, C.E., & Wilson C. (2012). Relationships between maternal emotion regulation, parenting, and children's executive functioning in families exposed to intimate partner violence. *Journal of Interpers Violence, 27*(17), 3532–50. doi: 10.1177/0886260512445385.

Schore J.R., & Schore A.N. (2008). Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal, 36*(1), 9–20 http://dx.doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco, CA: Freeman.

Shackman, J.E., Shackman, & A.J, Pollak, S.D. (2007). Physical abuse amplifies attention to threat and increases anxiety in children. *Emotion, 7*(4), 838–52.

Sharp, C. & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development , 17*(3) 737–754. 10.1111/j.1467-9507.2007.00457.

Shaver, P.R., & Clark, C.L. (1994). The psychodynamics of adult romantic attachment. In R.E Bornstein & J.M. Masling (Eds.), *Empirical perspectives on object relations theories* (pp. 105–156). Washington, DC: American Psychological Association.

Shedler, J., Westen, D., & Lingiardi, V. (2014*). La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Cortina editore.

Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoé, G., Sighinolfi, C., Chiri, L. R., & Franceschini, S. (2008). Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, *14*(1), 27–53.

Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 575–594). New York, NY, US: Guilford Press.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment and Human Development 7*(3), 269–81. DOI: 10.1080/14616730500245906

Slashinski, M.J., Coker, A.L., & Davis, K.E. (2003). Physical aggression, forced sex, and stalking victimization by a dating partner: an analysis of the National Violence Against Women Survey. *Violence Victims, 18*(6), 595–617.

Smagur, K. E., Bogat, G. A., & Levendosky, A.A. (2018). Attachment insecurity mediates the effects of intimate partner violence and childhood maltreatment on depressive symptoms in adult women. *Psychology of Violence, 8*(4), 460–469. http://dx.doi.org/10.1037/vio0000142

Speranza, A.M. (2017). Attaccamento e traumi precoci: quale intervento nell'Intimate Partner Violence? Relazione presentata al convegno *Aprendo il dialogo sulla violenza contro le donne* (11 novembre). Disponibile online su https://www.funzionegamma.it/category/contributi/dentro-la-violenza/

Speranza, A.M., & Maggiora Vergano, C. (2015). Le rappresentazioni mentali e il trauma pregresso nei genitori di bambini maltrattati. *Infanzia e Adolescenza*, *14*(1), 22–44. DOI: 10.1710/1862.20338.

Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, *7*(4), 349–67. DOI: 10.1080/14616730500365928

Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1988). The coherence of family relationships. In R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (pp. 27-47). Oxford: Oxford University Press.

Sroufe, L. A., Carlson, E., & Shulman, S. (1993). Individuals in relationships: Development from infancy through adolescence. In D. Funder, R. Parke, C. Tomlinson–Keasey, & K. Widman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 315– 342). Washington, DC: American Psychological Association.

Steele, H., & Steele, M. (2008). 10 clinical uses of the Adult Attachment Interview. In H. Steele & M. Steele (Eds). *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp 3-30). New York: Guilford Press.

Steele, M., Steele, H., & Murphy, A. (2010). The Adult Attachment Interview and Relational Trauma: Implications for parent-infant psychotherapy In T. Baradon (Ed.), *Relational Trauma in Infancy: Psychoanalytic, Attachment and Neuropsychological Contributions to Parent-Infant Psychotherapy* (pp. 180–194)**.** London: Routledge.

Stein, H., Jacobs, N.J., Ferguson, K.S., Allen, J.G., & Fonagy, P. (1998). What do adult attachment scales measure? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(1), 33–82.

Stein, M. (2006). Missing years of abuse in children's homes. *Child & Family Social Work*, *11*(1), 11–21. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00381.x

Stith, S. M., Green, N. M., Smith, D. B., & Ward, D. B. (2008). Marital satisfaction and marital discord as risk markers for intimate partner violence: A meta-analytic review. *Journal of Family Violence, 23*(3), 149– 160

Stith, S., Smith, D., Penn, C., Ward, D., & Tritt D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 65–98. http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2003.09.001

Stith, S.M., Rosen, K.H., Middleton, K.A., Busch, A.L., Lundeberg, K., & Carlton, R.P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage & the Family, 62*, 640–54.

Stith, S.M., Rosen, K.H., Middleton, K.A., Busch.A.L., Lundeberg. K., Carlton, RP. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family,62*,640–654.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Alink, L.R.A., & IJzendoorn, M.H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of mega-analysis. *Child Abuse Review, 24*(1), 37–50.

Straus, M. A. (1976). Sexual inequality, cultural norms, and wife-beating. *Victimology ,1*, 54−70.

Straus, M. A. (1977). Wife beating: How common and why? *Victimology, 2*, 443−58.

Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. Garden City, NJ: Doubleday.

Summit, R.C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome.*Child Abuse Neglect, 7*(2), 177–93

Tanzilli, A., Colli, A., Muzi, L., & Lingiardi V. (2015), *Clinician Emotional Response Toward Narcissistic Patients: A Preliminary Report*. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 18*,1, 1–9.

Tardieu, A. (1960). Ètude médico-légale sur les sévices et mauvais traitments exercés sur des enfants. , *13,* 361–398

Tardieu, A. (1978). *Ètude médico-légale sur les attentas aux moeurs*. (th edn). Paris: Baillière

Taubner, S., White, L.O., Zimmermann, J., Fonagy, & P., Nolte, T. (2013). Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology.*, *41*(6), 929–38. doi: 10.1007/s10802-013-9736-x.

Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P., & Kim, D.M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 27*, 33–44

Testa, M., Livingston, J.A., & Leonard, K.E. (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: a longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors 28*(9), 1649–64. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.040

Thanopulos, S. (2018). *La solitudine della donna*. Quodlibet.

Thomas, C.L., Goegan, L.D., Newman, K.R., Arndt, J.E., & Sears, C.R. (2013). Attention to threat images in individuals with clinical and subthreshold symptoms of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(5), 447–55. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.05.005.

Thompson, R.S., Bonomi, A.E., Anderson, M., Reid, R.J., Dimer, J.A., Carrell, D., & Rivara, F.P. (2006). Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *American Journal of Preventive Medicine., 30*(6), 447–57.

Timmons Fritz, P.A., Smith Slep, & O'Leary, K.D. (2012). Couple-Level Analysis of the Relation Between Family-of-Origin Aggression and Intimate Partner Violence. *Psychology of Violence 2*(2), 139–153. doi: 10.1037/a0027370

Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: Findings from the national violence against women survey*. Washington DC: Department of Justice (US).

Tjaden, P., & Thoennes, N. (2005). *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Publication no. NCJ-183781, US Department of Justice, Washington

Toews, M., Catlett, B., & McKenry, P. (2005). Women's use of aggression toward their former spouses during marital separation. Journal of Divorce & Remarriage, *42*, 1–14. 10.1300/J087v42n03_01

Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L.M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 7*(12). doi: 10.1371/journal.pone.0051740

Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, *38*(3), 323–330. http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012

Urban, J., Carlson, E., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1991). Patterns of individual adaptation across childhood. *Development and Psychopathology*, *3*(4), 445–460. DOI: 10.1017/S0954579400007628

van der Kolk, B.A. (1987). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

van der Kolk, B.A. (2005). Editorial Introduction: Child Abuse & Victimization. *Child abuse & victimization*, Psychiatric Annals, pp. 374–378

van Harmelen, A.L., Hauber, K., Gunther, M. B, Spinhoven. P., Boon, A,E., Crone, E.A., et al. (2014) Childhood Emotional Maltreatment Severity Is Associated with Dorsal Medial Prefrontal Cortex Responsivity to Social Exclusion in Young Adults. *PLoS ONE*, *9*(1). e85107. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085107

Van Ijzendoom, M.H. (1995). Adult attachment lepresentations, parental rcsponsiveness, and infant attachment A meta-analysis on the predictive vahdity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, *117,* 387–403

van Ijzendoorn, H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*(1999) 225–249

van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1997). Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 135-170). New York, NY, US: Guilford Press.

Vergano, C.M., Lauriola, M., & Speranza, A.M. (2015). The Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ): development and preliminary psychometric properties of an instrument for measuring early relational trauma. *Frontiers in Psychology, 6.*

Voth Schrag RJ. (2015). Economic abuse and later material hardship: Is depression a mediator? *Affilia, 30*(3), 341–5.

Walby, S. (2004). *The cost of domestic violence*. London: Department of Trade and Industry.

Waldrop, A.E. & Resick, P.A. (2004). Coping Among Adult Female Victims of Domestic Violence *Journal of Family Violence, 19*(5), 291–302. https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000042079.91846.68

Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York, NY: Harper and Row.

Walker, L.A. (1984). Battered women, psychology, and public policy. *American Psychologist, 39*(10), 1178–82. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.39.10.1178

Watts, C., & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet, 359*(9313), 1232–7.

West, M., & George, C. (1999). Violence in intimate adult relationships: An attachment theory perspective. *Attachment and Human Development, 1*, 137–156.

Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revisione e valutazione dell'Asse II, Parte I: Lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido. Tr. it. in D. Westen, J. Shedler & V. Lingiardi (Eds.), *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 61–94). Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revisione e valutazione dell'Asse II, Parte II: Verso una classi ficazione dei disturbi della personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. Tr. it. in D. Westen, J. Shedler & V. Lingiardi (Eds.), *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 95–123). Milano: Cortina editore.

Westen, D., Shedler, J., & Lingiardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*, Milano: Raffaello Cortina

Whitaker, R., Orzol, S., & Kahn, R. (2006). Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. *Archives of General Psychiatry, 63*(5), 551–60.

Whitfield, C.L., Anda, R. F., Dube, S.R., & Felitti, V.J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(2), 166–185. http://dx.doi.org/10.1177/0886260502238733

Widom, C.S., Czaja, S., & Dutton, M.A. (2014). Child Abuse and Neglect and Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration: A Prospective Investigation. *Child Abuse Neglect, 38*(4), 650–63. doi:10.1016/j.chiabu.2013.11.004

Widom, C.S., Czaja, S.J., Dutton, M.A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse Neglect, 32*(8), 785–96. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.12.006.

Winnicott, D.W. (1952). La psicosi e l'assistenza del bambino. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi* (pp. 264–274), Firenze, Martinelli 1975

World Health Organization (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2013.

Yaghmaie, F. (2009). Content Validity and Its Estimation. *Journal of Medical Education, 3*, 25–27.

Yllo, K. (1988). Political and methodological debates in wife abuse research. In K. Yllo & M. Bograd (Eds.), *Feminist Perspectives on wife abuse* (pp. 28–50). Newbury Park, CA: SageMihalic & Elliott, 1997

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Hennen, J., & Silk, K.R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*, 412–416.

Zeanah, C.H., & Zeanah, P.D. (1989), Intergenerational transmission of maltreatment: Insightsfrom attachment theory and research. *Psychiatry, 52*, 177–196.

Zimmermann, P. & Grossmann, K.E. (1997). Attachment and adaptation in adolescence. In W. Koops, J.B. Hoeksma, & D.C. van den Boom (Eds), *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches*. Amsterdam: North-Holland.

Zorrilla, B., Pires, M., Lasheras, L., Morant, C., Seoane, L., Sanchez, L.M., Gal´an, I., Aguirre, R., Ram´ırez, R., & Durban, M. (2010). Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *The European Journal of Public Health, 20*(2), 169–175.

Zwi, A.B. (1996). Numbering the dead: counting the casualties of war. In H. Bradby (Ed.), Defining violence: understanding the causes and effects of violence. *Avebury Press*, Aldershot, 99–124.