

neu APPROFONDIMENTI

GEORGIA ZARA

Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Torino
Institute of Criminology, University of Cambridge
georgia.zara@unito.it - gz212@cam.ac.uk

FRANCO FREILONE

Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Torino

ELEONORA BIONDI

Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Torino

PAOLA CASTAGNA

Centro Soccorso Violenza Sessuale, Presidio
Ospedaliero Sant'Anna, A.O.U. Città della Salute
e della Scienza di Torino

SARA VEGGI

Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Torino

SARAH GINO PH.D

Dipartimento di Scienze della Salute
Università del Piemonte Orientale

NASCERE DALLA VIOLENZA: MATERNITÀ VIOLATA E MATERNITÀ IMPOSTA

CONSEGUENZE ESISTENZIALI DELL'INTIMATE PARTNER VIOLENCE E DELLA VIOLENZA SESSUALE

ABSTRACT

Questo articolo pone l'attenzione sulle conseguenze esistenziali dell'Intimate Partner Violence (IPV) qualora conduca a violenza sessuale e gravidanza. L'obiettivo è esplorare la drammaticità di una gravidanza a seguito di violenza. Vengono introdotti due concetti che sostengono l'importanza di promuovere adeguate strategie di intervento e prevenzione. Il concetto di maternità violata riguarda le situazioni in cui il bersaglio della violenza fisica o psicologica, tipicamente da parte del partner o di qualcuno con cui è in corso una relazione interpersonale, è una donna in stato di gravidanza. Il concetto di gravidanza imposta fa riferimento a quelle forme di violenza in cui

la vittima ha con il perpetratore rapporti sessuali coercitivi e non protetti, che aumentano il rischio di gravidanze indesiderate. In tali casi l'intenzione è esercitare un ulteriore controllo sulla persona offesa e relegarla ancor più ad uno stato di vulnerabilità e dipendenza. Ulteriori studi si rendono necessari per descrivere, su scala globale, la portata di tale violenza e per raggiungere un grado adeguato di conoscenza scientifica e clinica, che sia informativa ai fini dell'intervento e della prevenzione.

PAROLE CHIAVE

Intimate partner violence, maternità violata, gravidanza imposta.

ABSTRACT

This paper focuses its attention on the existential consequences of intimate partner violence (IPV) when it leads to sexual violence and pregnancy. The aim is to explore the dramatic reality of being born through violence. It introduces two concepts that foster the importance of promoting adequate intervention and prevention strategies.

The concept of violated maternity implies those situations in which a pregnant woman is the target of psychological and physical violence, usually by her partner or someone with whom she was in a relationship. The concept of coercive pregnancy refers to those forms of

violence that induced the perpetrator to have a cohesive sexual and unprotected intercourse increasing the likelihood of an unwanted pregnancy. In such cases the intention is to exercise further control over the victim, and reduce her to a state of augmented vulnerability and dependency. Further studies are necessary to explore the extent of this violence, including in the World, and to gather scientific and clinical evidence to inform adequately intervention and prevention.

KEY WORDS

Intimate partner violence, violated maternity, coercive pregnancy.

INTRODUZIONE

Il focus di questo lavoro è la violenza interpersonale nei confronti delle donne, con riferimento all'*Intimate Partner Violence (IPV)*. La violenza rappresenta un grave problema sociale che affonda le proprie radici nella violazione dei diritti umani (Caenazzo & Gino, *in corso di stampa*); esattamente come tutte le forme di violenza interpersonale, l'*IPV* consiste in un esercizio di potere e un'offesa alla libertà personale. Si tratta di aspetti che vanno oltre l'offesa penalmente perseguita e socialmente condannata, poiché danno spazio a conseguenze traumatiche per la persona offesa e per i familiari (Zara et al., 2018).

Nello specifico si andranno ad illustrare due forme di violenza: quella agita contro donne in gravidanza e quella di tipo sessuale che ha come conseguenza uno stato gestazionale. Di quest'ultimo fenomeno si analizzeranno due aspetti: la *maternità violata* e la *genitorialità imposta*.

Esiste una vastità di studi che

esplorano il trauma della violenza sessuale e delle sue conseguenze (Tinglöf, et al., 2015); pochi studi sono però disponibili sul tema della gravidanza

(Castagna et al., 2018; Clark, 2017), di donne abusate in contesti di guerra (Gottschall, 2004), di donne violentate sessualmente in Paesi in via di svi-



a seguito di violenza sessuale (Holmes et al., 1996; McFarlane, 2007; Perry et al., 2016; Stewart et al., 2000) e quelli disponibili riguardano soprattutto i casi di donne migranti

luppo, in cui la violenza contro le donne è ancora tollerata, giustificata o addirittura accettata (Kalra et al., 2013).

Questa esiguità di dati è imputabile a ragioni diverse.

La prima risiede nella difficoltà nella raccolta dei dati, del materiale e delle testimonianze delle persone offese. L'etica del rispetto e la normativa sulla privacy che regolamentano la ricerca scientifica medica e psicologica (Balistreri et al., 2016) spingono le associazioni per le vittime ad una chiusura spesso estrema, che va oltre la cautela tutelante. Se da un lato quest'ultima ha lo scopo di evitare processi di strumentalizzazione e di vittimizzazione secondaria (Zara, 2018b), dall'altro non favorisce lo sviluppo di piani di intervento preventivi e trattamentali basati sui bisogni delle persone offese.

In secondo luogo, la raccolta delle testimonianze risulta complessa a causa di un duplice ordine di resistenze: quelle della donna offesa di non voler rivivere, raccontandolo, l'abuso subito, e quelle del ricercatore che si trova a dover raccogliere informazioni di natura dolorosamente privata nel tentativo di essere sensibilmente accogliente verso la vittima e allo stesso tempo emotivamente distante per non influenzare il procedimento di raccolta dei dati, dovendo quindi mettere in atto una sorta di exopatia.

In terzo luogo, sul versante statistico-epidemiologico, i dati a disposizione sono estremamente limitati a causa di elevati livelli di numero oscuro e di numero grigio; questo aspetto, unitamente ai pochi casi venuti alla luce, limita la valutazione dell'estensione del problema, la sua incidenza nel tempo e nei diversi contesti culturali e geografici, la sua natura, la tipologia dei soggetti maggiormen-

te coinvolti nei ruoli di persone offese e di aggressori. Ne deriva una conoscenza limitata del fenomeno e gli esigui dati utilizzabili risultano essere prevalentemente di seconda mano, non completamente validi da un punto di vista scientifico e affidabili clinicamente.

Inoltre alcune strategie di sopravvivenza da parte della persona offesa, come la scelta di interrompere la gravidanza, rendono difficile studiare la sua incidenza in modo diretto: in molti casi l'aborto diviene quasi una strategia di *travestimento simbolico* attraverso la quale la persona offesa tenta disperatamente di eliminare il trauma e cancellarne il dolore (Perry, 2015).

Cornice teorica di riferimento

Il concetto di *Intimate Partner Violence (IPV)* richiama un insieme di situazioni multiformi accomunate dalla messa in atto di comportamenti abusanti da un punto di vista fisico, emotivo, psicologico e sessuale che si manifestano tra individui che condividono o hanno condiviso una relazione intima (Medicine et al., 2006).

Secondo il rapporto della *World Health Organization (WHO)* (2013), in collaborazione con la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* e il *South African Medical Research Council*, oltre un terzo delle donne nel mondo subisce violenza almeno una volta nel corso della propria vita. In molti casi il persecutore è una persona conosciuta, spesso un partner intimo, in altri casi si tratta

di uno sconosciuto. Il rapporto Istat 2014, che rappresenta la realtà italiana, si pone in linea con tali risultati, evidenziando che il 31.5% delle donne con età compresa tra i 16 e i 70 anni (pari a 6 milioni e 788 mila) ha subito nel corso della propria vita forme di abuso fisico o sessuale e che circa l'11.8% è stata vittima di una qualche forma di violenza durante la gravidanza. Le aggressioni risultano essere perpetrate da partner attuali o pregressi nel 13.6% dei casi e in un ulteriore 13% del campione da parte di conoscenti (amici, parenti, colleghi di lavoro).

Questi dati divengono ancora più drammatici se si considera che le forme più gravi di violenza sono agite da persone che hanno un legame affettivo con la persona offesa. Anche gli abusi psicologici ed economici sembrano seguire un andamento analogo dal momento che, seppure in calo rispetto al 2006, oltre il 70% delle donne dichiara di esserne stata vittima. Tali condotte possono portare a conseguenze traumatiche per la persona che le subisce, motivo per il quale risulta essere di estrema importanza comprendere i principali aspetti che connotano le dinamiche implicate, al fine di poterle identificare e, quando possibile, prevenire.

Nello specifico, la dimensione preventiva chiama in causa i presidi sociali e culturali che, agendo sulle modalità di controllo degli atti offensivi e violenti, sull'educazione al rispetto interpersonale e sulla sensibilizzazione collettiva, sulla promozione della tolleranza, potrebbero ridurre le conse-

guenze di un reato con una portata psicologica devastante, e portare alla luce anche i reati non emersi (Inturri et al, *in corso di stampa*; Zara et al, *in corso di stampa*).

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto n. 29/2018 “Codice Rosso” che garantisce alle vittime di violenza l’adozione di provvedimenti cautelari o preventivi in tempi estremamente brevi. Ciò avviene attraverso la modifica degli artt. 347 e 362 del c.p.p. e l’integrazione dell’art. 370 c.p.p., da cui consegue l’obbligo per la polizia giudiziaria di conferire priorità alle indagini in presenza di reati quali il maltrattamento nei confronti di familiari e conviventi, la violenza sessuale e lo *stalking*. Viene inoltre esplicitata la necessità di una formazione specifica delle forze dell’ordine, al fine di acquisire competenze idonee¹. Formazione specifica è auspicata anche per il personale sanitario² al fine di far emergere il sommerso.

Dualità dell’IPV

L’IPV implica sempre una dimensione almeno duale: la violenza quando è agita, è sempre anche subita. La violenza ha un inizio e una durata, ha conseguenze dirette e indirette, è rivolta sempre verso qualcuno e/o qualcosa; è spesso intenzionale e pianificata; può assumere forme differenti che vengono virtualmente sistematizzate in cinque ampie categorie: fisica, emotiva, economica,

psicologica e sessuale, anche se non mutualmente escludentisi (USDOJ, 2011).

Le aggressioni fisiche, pur essendo più facilmente identificabili, non costituiscono l’unica modalità attraverso la quale viene esercitato un controllo sulla vittima: critiche costanti e svalutazione rientrano nella violenza di tipo emotivo e inducono alla distruzione intenzionale dell’immagine che la vittima ha di sé. Quest’ultimo aspetto può essere incrementato dall’imposizione di un regime di dipendenza, affettiva e sociale, dall’aggressore, che passa anche attraverso l’accen-

tramento delle risorse economiche. La presenza di intimidazioni o minacce configura invece la violenza di tipo psicologico, la quale tende a estendersi oltre i confini della coppia coinvolgendo familiari, amici intimi o colleghi di lavoro (Smith et al., 1989). Anche gli abusi sessuali rappresentano una tipologia frequente di violenza atta a configurare una condizione di IPV: possono presentarsi come stupro, tentato stupro, molestie, rapporti sessuali non desiderati ma subiti per paura delle conseguenze, attività sessuali degradanti e/o umilianti.

La ricerca scientifica definisce

¹ D.d.L. “Codice Rosso” approvato in data 28 novembre 2018 dal Consiglio dei Ministri.

² D.P.C.M. 24.11.2017 “Linee guida nazionali soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 24 del 30 gennaio 2018.



violenza sessuale ogni forma di abuso che va oltre la violazione della dimensione sessuale della persona e che riguarda potere, controllo, dominio e intimidazione, aspetti che provocano uno strappo psico-affettivo nella persona che subisce l'assalto (Nepi, 2017; Zara, 2018a). Pertanto, parlare di violenza sessuale diventa ancora più complesso se si ravvede nella connotazione sessuale della violenza perpetrata il paradosso dell'assenza di sessualità: la violenza sessuale non ha, infatti, niente a che fare con la sessualità, con il desiderio, con la fisicità e con il piacere raggiunti e condivisi.

L'analisi dei fattori di rischio, dei fattori criminogenici e di vittimizzazione offre un generale inquadramento delle dimensioni di maggiore vulnerabilità: l'età della vittima, il suo legame con l'aggressore e la presenza di componenti sociali e situazionali concomitanti (e.g., dipendenza economica, isolamento sociale, problemi di salute, marginalità familiare,

perdita del lavoro, per citarne solo alcuni) sono tutti fattori che possono incrementare l'incidenza di episodi violenti, anche in gravidanza. Altri fattori psicologici come la disregolazione emozionale possono aggravare un quadro relazionale già compromesso (Stefanile et al., 2018).

Le differenti tipologie di violenza, che si presentino singolarmente oppure in maniera congiunta, comportano conseguenze di analoga entità, rappresentando un crimine di mortificazione, prevaricazione e asservimento: lo scopo è quello di esercitare potere sulla vittima, affermandone l'appartenenza e il senso di proprietà. La condizione di familiarità e intimità favorisce l'aggressore nel porre in essere l'agito abusante, consentendogli di arrogarsi il diritto di violare la donna con la presunta certezza di non essere punito poiché protetto dalle mura domestiche (Baldry et al., 2015) e "legittimato dal debito coniugale" (Romito, 2011).

Gravidanza violata e genitorialità imposta

La gravidanza come esito di violenza sessuale comporta un ulteriore carico di sofferenza emotiva e psicologica poiché all'elaborazione dell'abuso subito si intreccia il vissuto angosciante legato al dover prendere una decisione circa la prosecuzione della gestazione o la sua interruzione.

La vittima si trova ad essere attraversata da sentimenti diversi di dubbio, rancore, rivendicazione e angoscia.

Da un lato il dolore esistenziale per l'offesa subita, che si associa al dolore psicologico per una maternità imposta dopo la violazione della sessualità; dall'altro l'eventuale desiderio di interrompere uno stato non voluto, la percezione della necessità di procedere alla 'soppressione di una vita', il senso di isolamento e di vergogna.

Uno studio di Holmes e colleghi (1996) su un campione di donne americane in età riproduttiva (12-45 anni) ha mostra-

to come circa il 5% di queste si siano trovate in uno stato di gestazione successivo all'abuso sessuale, con una predominanza di vittime in età adolescenziale. I dati evidenziavano un rapporto di conoscenza con l'aggressore; nella metà dei casi le vittime avevano ricorso a pratiche di aborto.

Tali risultati sono assimilabili a quelli di Basile e colleghi (2018), che hanno osservato come lo stato di gestazione abbia riguardato il 6% delle vittime abusate in età fertile e come nel 77.3% dei casi l'abuso fosse da imputare all'attuale partner della vittima, nel 13.9% ad un conoscente e solo nel 5.3% ad uno sconosciuto.

Questi risultati contestualizzati nell'ambito della violenza domestica permettono quindi di introdurre il concetto della genitorialità imposta (*reproductive coercion*). Si tratta di un fenomeno spiegabile a due livelli. Il primo introduce la *genitorialità imposta* come conseguenza di una violenza sessuale in cui l'aggressore,

qualunque sia il rapporto con la vittima, abusa della donna senza pensare alle conseguenze dell'azione. La gravidanza diventa una conseguenza di un atto sessuale violento e impulsivo di cui spesso l'aggressore non verrà mai a conoscenza. Il secondo spiega il fenomeno in termini di comportamenti sessuali coercitivi messi in atto dal partner anche allo scopo di arrivare ad una gravidanza non pianificata, non voluta e non condivisa dalla donna.

Ciò include, oltre alla costrizione ad avere rapporti sessuali, il sabotaggio dei metodi contraccettivi e l'utilizzo di violenza psicologica (Miller et al., 2010). Questa tipologia di abuso implica i tentativi di porre la vittima in una condizione di maggiore vulnerabilità, alla quale consegue inevitabilmente un più elevato grado di dipendenza dalla figura maschile; l'uomo può quindi esercitare liberamente il controllo sulla partner minimizzando il rischio di un suo eventuale allontanamento (Jasinski, 2004). Katz e Suther-

land (2017) hanno evidenziato che il 92% delle vittime da loro incontrate attribuiva le motivazioni di un simile comportamento non tanto alla volontà di diventare padre, quanto piuttosto al tentativo dell'uomo di assicurarsi il proprio piacere personale e la dipendenza della persona offesa.

Quest'ultimo fenomeno richiama l'attenzione su un ulteriore aspetto di elevata dannosità rappresentato dagli abusi perpetrati durante lo stato gestazionale, i quali, secondo uno studio di Gazmararian e colleghi (1996), si verificherebbero in una percentuale compresa tra lo 0.9 e il 20.1% dei casi con una frequenza che sembrerebbe addirittura aumentare in maternità. Nello studio di Jain e colleghi (2016) nel 73.5% dei casi si era in presenza di una stabilizzazione nella frequenza della violenza sessuale durante lo stato gestazionale e nel 18.4% si assisteva ad un aggravamento, soprattutto per quanto riguardava l'abuso fisico ed emotivo, più frequenti di quello



sessuale, in gravidanza (Jain et al., 2016).

Anche nel contesto italiano l'indagine Istat del 2014 ha rilevato che l'11.3% delle donne di età compresa tra i 16 e i 70 anni aveva riferito di essere stata sottoposta a forme di abuso durante la gestazione. Il fenomeno in questione risulta essere ancora sottostimato: i dati preliminari sul maltrattamento in gravidanza raccolti presso il Centro Soccorso Violenza Sessuale (SVS) del Presidio Ospedaliero Sant'Anna di Torino evidenziano che in un arco temporale pari a 13 anni (1 gennaio 2005 – 31 dicembre 2017) “solo” 113 donne in fase gestazionale si sono rivolte al Servizio (Gino et al., 2018).

Tra i possibili esiti di tale condizione vi è spesso l'aborto volontario. Uno studio condotto in Italia ha messo a confronto donne che avevano effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza e donne in puerperio, evidenziando che nel primo gruppo l'11% delle pazienti era stata vittima di violenza psi-

cologica, il 4.6% fisica e l'1.8% sessuale nel corso dell'ultimo anno; nel secondo gruppo, invece, rispettivamente il 2.5%, lo 0.9% e lo 0.5% (Romito, 2009). Nello studio condotto presso il Centro SVS di Torino, la percentuale di donne che hanno riferito una qualche forma di violenza durante la gestazione e che si sono sottoposte ad interruzione volontaria della gravidanza è risultato essere pari al 28% (Gino et al., 2018).

Questi dati suggeriscono la necessità di sfatare il mito della gestazione come condizione di protezione nei confronti dell'abuso, dal momento che il periodo della gravidanza ne è tutt'altro che immune (Bessa et al., 2014): la maggiore vulnerabilità della donna, accompagnata ad una minore autonomia emotiva e finanziaria, può essere considerata da parte del partner un'opportunità per poter stabilire un maggiore controllo sulla relazione; ne consegue che in questa fase della vita si possa assistere ad un paradossale inasprimento dei vissuti di

violenza (Dubini et al., 2003). I concetti di genitorialità imposta e di gravidanza violata non chiamano in causa solo la donna verso la quale la violenza è rivolta, ma anche il feto in gestazione che si situa, ancor prima di nascere, in un universo simbolico che lo pre-determina: il nascituro può infatti personificare il ricordo dell'evento avverso, assumendo significati emotivi, psicologici e sociali che rischiano di impattare inevitabilmente sul suo sviluppo (Mukangendo, 2007); madre e feto divengono quindi elementi di una struttura più complessa che presenta aspetti concreti (famiglia, società, istituzioni) e fantasmatici (il cosiddetto “versante inconscio”).

Fattori di rischio, fattori criminogenici e di vittimizzazione

L'incidenza dell'IPV quale problematica associata alla gestazione è stata indicata come ancor più frequente di altre complicazioni tra cui pre-eclampsia, placenta previa e diabete gestazionale (Shah et al., 2010) e costituisce un robusto predittore di gravidanze indesiderate, impattando negativamente sul controllo, sulla scelta e sulla salute della donna (Katz et al., 2017).

Durante la gravidanza, il più frequente autore di IPV è riconosciuto essere l'attuale partner della donna (Jamieson, 2018), le cui caratteristiche rimandano ad un basso livello educativo, al consumo di alcol e sostanze (Bessa et al., 2014) e ad un'età superiore rispetto

a quella della vittima. Boyer e Fine (1992) evidenziano, a tal riguardo, come coloro che sono state sessualmente abusate precedentemente alla gravidanza del primo figlio avessero infatti un partner sensibilmente meno giovane sia al momento del primo rapporto sessuale che del concepimento rispetto alle donne non abusate.

Donne di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, non sposate, con una bassa scolarità, non occupate ed economicamente dipendenti dal partner sono risultate ad aumentato rischio di *IPV* in gravidanza (Bailey, 2010; Shah et al., 2010), così come donne appartenenti a gruppi etnici minoritari e provenienti da Paesi in via di sviluppo (Malan et al., 2018) quali l'Africa e l'America latina (Lealago et al., 2017).

Nei casi in cui la gravidanza è l'esito di una violenza sessuale e se è l'uomo a non volere il bambino, lo stress che ne deriva rende la donna 2.5 volte più a rischio di subire ulteriori forme di *IPV* rispetto a coloro che avevano progettato la gravidanza come coppia, nonostante gli abusi successivamente agiti e subiti (Jasinski, 2004).

Altri ricercatori (Jain et al., 2016) hanno associato l'*IPV* verso donne gravide anche a relazioni di lunga durata, all'aver avuto due o più gravidanze con annessi problemi di salute ed alla presenza di figli nati da precedenti relazioni, che possono ridurre la produttività della donna e gravare sul bilancio del nucleo familiare (Debono et al., 2016), nonché al sospetto di infedeltà del partner (Bessa et al., 2014).

La *WHO* (2011) riconosce come la maggioranza delle donne gravide vittime di violenza abbia subito percosse e lesioni anche nel periodo antecedente la gravidanza, annoverando altresì abusi pregressi in famiglia, da parte dei pari o in precedenti relazioni (Willie et al., 2017). L'evidenza scientifica suggerisce come la storia di vittimizzazione possa costituire un robusto fattore predittivo delle violenze successive, promuovendo sentimenti di accettazione e minimizzazione degli abusi (Bessa et al., 2014).

Nella gravidanza a seguito di violenza sessuale può esservi alle spalle il coinvolgimento della donna in comportamenti sessualmente invischiati, promiscui e rischiosi, come rapporti sessuali con sconosciuti, senza protezione, e comportamenti emotivamente disregolati ed impulsivi. Holliday e colleghi (2018) hanno osservato come sia frequente ricondurre l'*IPV* a forme di coercizione riproduttiva, con rapporti sessuali forzati e non protetti, tramite i quali il partner finisce per imporre, attraverso la gravidanza, controllo e dominio. Tale tentativo di esercitare potere sulla riproduzione e sulla sessualità sottende, in realtà, il proposito di comminare un più vasto controllo sull'intera relazione e di privare chi lo subisce del diritto di autodeterminarsi all'interno della coppia. Il 19.6% delle donne che sono state violentate da un partner intimo ha riportato come già in precedenza il soggetto avesse cercato di forzarle ad avere un figlio contro la loro volontà (Basile et al., 2018), raccon-

tando di non aver desiderato il rapporto sessuale esitato nel concepimento e di aver subito altre forme di violenza fisica, venendosi quindi a trovare in relazioni disfunzionali nel 60% dei casi rispetto a fronte del 29% delle giovani non vittimizzate precedentemente alla prima gravidanza (Boyer et al., 1992).

Dai dichiarati narrativi delle vittime emerge la sensazione di essere imprigionate in una relazione abusante, in cui la gravidanza diventa l'estremo espediente del partner per scongiurare l'abbandono (Holliday et al., 2018) o per controllare la partner che, una volta avuto il bambino, diventa maggiormente bisognosa di aiuto (Lathorp, 1998). Tuttavia, possono coesistere polarità ambivalenti come gelosia nei confronti del nascituro, la percezione di minaccia che la gravidanza possa interferire con il ruolo di *care-giver* che prima la compagna svolgeva nei suoi confronti in maniera esclusiva e l'intensificazione di conflitti pre-esistenti, esacerbati dalla ridefinizione dei ruoli che la nascita di un figlio porta inevitabilmente con sé (Jasinski, 2004).

A livello comunitario, la violenza come strumento di gestione della litigiosità relazionale, la presenza di attitudini e credenze che condonano la violenza sulle mogli o compagne, la concezione per cui l'uso della forza fisica rappresenti un segnale di mascolinità ed il sussistere di marcate differenze di genere nella società sono fattori che acutizzano il rischio di *IPV* in gravidanza (Gashaw et al., 2018).



Conseguenze fisiche, psichiche e psicopatologiche della violenza

La violenza fisica subita in gravidanza comporta esiti negativi per la salute della madre e del bambino (Campbell, 2002), aumentando per entrambi il rischio di morbilità e mortalità (Jamieson, 2018), soprattutto nella prima settimana dopo il parto (Lealago et al., 2017).

Una prima criticità riguarda il fatto che un terzo delle donne che rimane gravida a seguito di violenza sessuale non scopre di essere in attesa fino al se-

condo trimestre di gravidanza, mancando occasione di attivare prontamente le dovute cure prenatali (Basile et al., 2018) oppure attuandone di carenti, come spesso si verifica a seguito di gravidanze non pianificate, specie quando sono l'esito di esperienze traumatizzanti (Shah et al., 2010). Alcune donne, poi, non entrano mai nel circuito delle cure prenatali, che dovrebbero iniziare già nel 1° trimestre ed essere continuative, come raccomandano le linee guida dell'*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* (2016). Ciò è particolarmente frequente nel caso di vittime adole-

scenti, che all'interno di una relazione abusante hanno più probabilmente gravidanze non cercate, scarso supporto sociale e limitata conoscenza di tutte le possibilità di gestione della situazione ed essendo quindi ancor più vulnerabili, creano così ulteriori barriere alla presa in carico. Molte vittime di lesioni fisiche, ad esempio, accedono ai reparti di emergenza/urgenza durante la gestazione, ma non necessariamente a specifiche strutture di ginecologia e ostetricia, ritenendo erroneamente che l'assistenza 'in emergenza' possa essere comunque sufficiente (Jamieson, 2018), mentre per le vittime di abusi



e motorio, paralisi cerebrale infantile, difficoltà attentive e di memoria (Bailey, 2010). A tale riguardo, Jasinski (2004) ha stimato come, nel suo studio, il parto di un bambino sottopeso fosse presente nel 16% delle vittime di violenza domestica rispetto al 6% delle partorienti non abusate, e che nei casi di violenza il 22% delle donne partorisca pre-termine diversamente dalla media del 9%.

Ad aggravare il quadro possono contribuire traumi addominali in grado di indurre il distacco di placenta ed innescare un'emorragia intrauterina, e comportamenti nocivi della gestante, come fumare e fare uso di sostanze (Shah et al., 2010). Inoltre l'*IPV* in gravidanza può esacerbare problematiche croniche quali ipertensione e diabete gestazionale, infezioni della cervice, del tratto urinario e malattie sessualmente trasmissibili, i cui tassi di incidenza tra le donne incinte vittime di abusi sono più elevati rispetto alle donne non vittimizzate (Bailey, 2010), può causare aborti spontanei, provocare dolore pelvico cronico (Bessa et al., 2014), sanguinamenti prolungati nel primo e secondo trimestre di gravidanza, anemia e difficoltà nell'allattamento al seno (Jasinski, 2004).

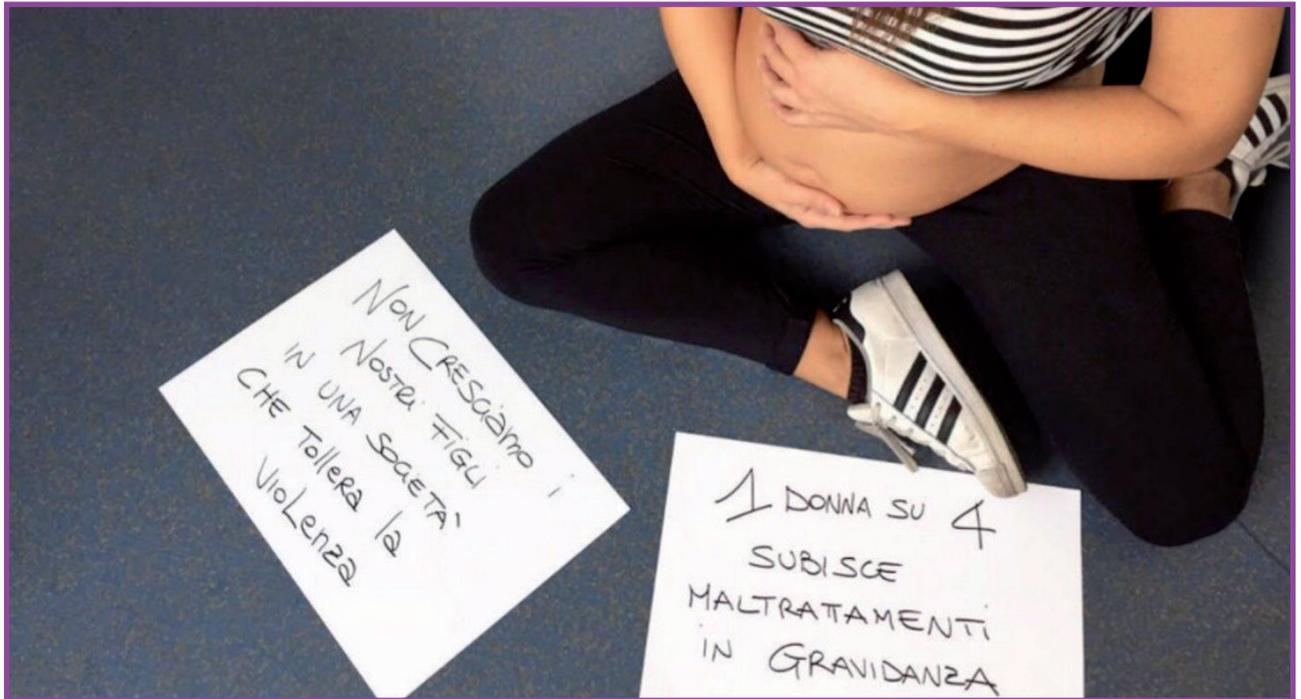
Oltre all'effetto lesivo diretto degli agiti violenti, l'*IPV* può agire indirettamente aumentando i livelli di stress: l'esposizione ad un continuo stato di allerta e prostrazione può interferire con l'abilità della donna di tutelare il proprio benessere, ad esempio mantenendo un'alimentazione adeguata ed osservando il giusto riposo

(Bessa et al., 2014) ed innalzare di nove volte il rischio di sviluppare un disturbo d'ansia o dell'umore, con ospedalizzazione per problemi inerenti la salute mentale (Bailey, 2010). Circa la metà delle vittime di *IPV* in gravidanza ha infatti avuto diagnosi di disturbo depressivo (Jain et al., 2016) e l'aver subito violenza domestica in questa fase ha aggravato di tre volte la sintomatologia nel post-partum (Dahlen et al., 2018).

La violenza sessuale è in grado di determinare, oltre a numerose problematiche sul piano fisico, un'acuta sofferenza psicologica, incrementando il rischio di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress (PTSD) (Brown et al., 2009; Jina et al., 2013). Nell'immediatezza dell'abuso la vittima può manifestare un quadro psicologico corrispondente ad una condizione "narcotizzante" di inconsapevolezza dello stupro, oppure possono emergere stati di paura, angoscia, senso di colpa e repulsione fisica (Welch et al., 2007). All'incirca nel 17% dei casi tale sintomatologia può perdurare nel tempo (Workowski et al., 2006), inducendo a condizioni più gravi di ansia generalizzata e fobica, disturbi ossessivi, disturbi dell'umore, disturbi psicosomatici e stati depressivi. I livelli di ideazione anticonservativa e di tentato o concreto suicidio tra queste vittime risultano non essere trascurabili (Kilpatrick et al., 1985) e questa tipologia di esperienza può indurre ad un ulteriore stato di sofferenza psicologica nel caso in cui l'abuso sessuale determini uno

psicologici possono subentrare restrizioni ai contatti con familiari e amici, alle finanze, ai trasporti unite a tentativi del partner di contrastare l'ingresso ai servizi, poiché ciò potrebbe costituire lo svelamento dei maltrattamenti (WHO, 2011).

Non di meno, bambini esposti a forme di violenza in utero risultano a più elevato rischio di mortalità perinatale, neonatale ed infantile; è più probabile che non sviluppino un sistema immunitario adeguato (Shah et al., 2010), che abbiano un basso peso alla nascita e che nascano prematuramente, fattori associati a deficit cognitivi, ritardo nello sviluppo linguistico



stato di gravidanza. È emblematica la testimonianza di una donna che temeva di portare in grembo 'un mostro' (Lathorp, 1998).

Ansia, insicurezza e depressione della madre durante la gravidanza hanno esiti anche sullo sviluppo intrauterino del feto, accrescendo le probabilità di insorgenza di successiva psicopatologia nel bambino: il suo cervello, infatti, è in via di formazione e i segnali biologici che riceve possono indurre, ad esempio, disregolazione del sonno, temperamento difficile, ADHD, disturbi della condotta e prestazioni cognitive inferiori (Glover et al., 2018).

Una storia di esposizione a violenze intime è stata infatti messa in relazione da Glover e colleghi (2018) ad un aumento nei livelli di citochine pro-infiammatorie TNF- α durante la gravidanza e ad una variante genetica del fattore neurotrofico BDNF, un fattore di crescita

coinvolto nello sviluppo neuronale, che impatta sul grado di associazione tra ansia prenatale materna e metilazione del DNA del feto e sua struttura cerebrale. La sintomatologia ansioso-depressiva della madre può indurre il passaggio tramite la placenta di cortisolo al feto ed è associata anche alla sottoregolazione delle monoamminossidasi A, enzimi che metabolizzano la serotonina, la cui eccessiva esposizione può alterare il neuro-sviluppo fetale ed il successivo comportamento. Di non trascurabile importanza è l'esistenza di una relazione tra la violenza in gravidanza e il rischio futuro di abuso nei confronti del figlio da parte dell'uomo maltrattante (Straus et al., 1990).

L'effetto cumulativo di molteplici *stressors* influisce ancora dopo la nascita sull'interazione madre-bambino e sull'adattamento alla genitorialità, alterando la percezione del neo-

nato e dell'ambiente familiare (Jasinski, 2004), compromettendo la capacità della donna di comprendere le esigenze del figlio, di sintonizzarsi emotivamente con lui e di prendere decisioni per lui, con il rischio di pregiudicarne le competenze genitoriali (Boyer et al., 1992).

Strategie preventive e politiche di intervento

L'IPV costituisce una problematica globale, che può esitare in forme di *escalation abusanti* durante il periodo della gravidanza ed impattare negativamente sulla salute prenatale, perinatale e postnatale di madre e bambino, a supporto dei quali è sempre necessaria una rete coordinata (Dahlen et al., 2018).

L'ACOG (2016) raccomanda uno *screening* di routine per l'IPV dal momento del con-

cepimento fino ai controlli post-partum, nonostante il 46% dei professionisti sanitari abbia dichiarato che possa essere complicato per via delle tempistiche ristrette, della mancanza di formazione su come valutare l'IPV e soprattutto di come gestire il caso, una volta individuato. Esso, inoltre, può risultare di non facile realizzazione qualora il partner rifiuti di abbandonare la stanza di visita o non siano disponibili mediatori linguistici per l'utenza straniera (Dahlen et al., 2018). Tuttavia è stato osservato come rivelare un abuso in ambito clinico, anche in assenza di un successivo intervento da parte del personale, possa comunque ridurre l'incidenza di ulteriore violenza, ad esempio incoraggiando le pazienti ad usufruire di servizi specifici sul territorio quali centri antiviolenza e case rifugio (Bailey, 2010).

In molti casi la gravidanza è il primo momento di contatto con il sistema ospedaliero, per cui ginecologi ed ostetriche possono essere in prima linea nell'intercettare episodi di IPV tra le pazienti (Jasinski, 2004) ed approfittare di questa circostanza, in cui le donne sono particolarmente recettive verso consigli sulla salute e cambi di abitudini (Price et al., 2017). Già dai primi contatti all'interno dei consultori, i professionisti possono infatti esplorare il ruolo del partner e le motivazioni nella scelta di avere un figlio (Holliday et al., 2018). Non a caso, la gravidanza è stata definita dall'ACOG (2012) come una 'finestra di opportunità' per interventi incentrati sulla coppia e su multipli domini

che possano integrare i servizi dei centri di salute mentale ed i programmi a sostegno della genitorialità e della gravidanza, ancor più se quest'ultima si verifica in adolescenza (Willie et al., 2017).

Per le donne che decidono di portare avanti la gravidanza nonostante sia il frutto di un abuso, la valutazione dovrebbe inoltre comprendere procedure per promuovere l'adattamento alla maternità e l'attaccamento: ad esempio, fare progetti *per* e *con* il bambino, così come incoraggiare la ricerca di contatto visivo con il bambino, chiamarlo e toccarlo dopo la nascita (Lathorp, 1998).

Quando i bisogni di salute sono intercettati e prontamente accolti nel processo valutativo, gli interventi possono essere ritagliati sui bisogni specifici della donna fin dal primo momento della presa in carico (Price et al., 2017) ma, allo stato attuale, lo *screening* sulla violenza, quando presente, avviene solo per le donne che sono entrate nel circuito delle cure prenatali, mentre sono ancora necessarie soluzioni per raggiungere le altre vittime (Jamieson, 2018). Analogamente sono auspicabili studi longitudinali che monitorino l'IPV anche dopo la nascita

del bambino, per informare sull'impatto della violenza interpersonale nella relazione tra madre e figlio nel tempo e per valutare se vi siano cambiamenti nello stato di salute psicologica della donna tra prima e dopo il parto (Malan et al., 2018).

CONCLUSIONI

La gravidanza costituisce un momento di vita delicato, ancor più quando subentrano atti di maltrattamento e violenza interpersonale o quando essa è l'esito di una violenza. In casi come questi essa rappresenta una 'doppia crisi' (Lathorp, 1998) inducendo la persona offesa a trovarsi di fronte ad uno dei più grandi dilemmi esistenziali, impreparata e traumatizzata, ma obbligata a fare una scelta. È evidente come si tratti di una condizione di ampia portata, dove l'esito della violenza sessuale e la salute riproduttiva si intersecano, e dove la necessità di protezione del nascituro che può erroneamente dissuadere la vittima dall'allontanarsi da una relazione abusante, con tutti i rischi diretti, indiretti e immediati che possono emergere per l'incolumità della donna e del bambino.

"[...] Non siamo una coppia.
Siamo un persecutore e un perseguitato.
Tu al posto del persecutore
e io al posto del perseguitato...
Ti insinuasti in me come un ladro, e mi rapinasti il
ventre, il sangue, il respiro.
Ora vorresti rapinarmi l'esistenza intera.
Non te lo permetterò [...]"

Oriana Fallaci (1975, p. 20)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American College of Obstetricians and Gynecologists (2012) Intimate partner violence. Committee Opinion No. 518. *Obstetrics & Gynecology*, 119, 412–417.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). *Practice guidelines and patients education material update: what's new for December 2015 & January 2016*. Washington: ACOG.
- Bailey, B. A. (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*, 2, 183–197.
- Baldry, A. C., Pacilli, M. G., & Pagliaro, S. (2015). She's Not a Person . . . She's Just a Woman! Infra-Humanization and Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 1567–1582. DOI: 10.1177/0886260514540801
- Balistreri, M., & Zara, G. (2016). Il valore etico della ricerca scientifica in psicologia. In G. Zara, M. Presutti, & E. Calvi (Eds.). *Lo psicologo, tra l'essere e il fare. Deontologia psicologica in ambito psico-criminologico, forense e della ricerca* (pp. 174–197). Cuneo, Roma: PubliEdit.
- Basile, K. C., Smith, S. G., Liu, Y., Kresnow, M., Fasula, A. M., Gilbert, L., & Chen, J. (2018). Rape-related pregnancy and association with reproductive coercion in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 55, 770–776.
- Bessa, M. M. M., Drezett, J., Rolim, M., & de Abreu, L. C. (2014). Violence against women during pregnancy: systematized revision. *Reprodução & Climatério*, 29, 71–79. DOI: 10.1016/j.recli.2014.09.001
- Boyer, D., & Fine, D. (1992). Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives*, 24, 4–19.
- Brown, A. L., Testa, M., & Messman-Moore, T. (2009). Psychological consequences of sexual victimization resulting from force, incapacitation or verbal coercion. *Violence Against Women*, 15, 898–919.
- Caenazzo, L., & Gino, S. (forthcoming) (Eds.). *La violenza nei confronti delle donne: analisi del fenomeno*. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.A.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331–1336.
- Castagna, P., Ricciardelli, R., Piazza, F., Mattutino, G., Pattarino, B., Canavese, A., & Gino, S. (2018). Violence against African migrant women living in Turin: clinical and forensic evaluation. *International Journal of Legal Medicine*, 132, 1197–1204. DOI: org/10.1007/s00414-017-1769-1
- Clark, L. M. (2017). *Intersectionality and the Vulnerability of Irregular Migrant Women to Sexual Assault: the Journey and Arrival to the U.S./Mexico Border*. University of Gotheburg.
- Dahlen, H. G., Munoz, A. M., Schmied, V., & Thornton, C. (2018). The relationship between intimate partner violence reported at the first antenatal booking visit and obstetric and perinatal outcomes in ethnically diverse group of Australian pregnant women: a population-based study over 10 years. *BMJ Open*, 8, 1–11. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019566
- Debono, C., Borg Xuereb, R. B., Scerri, J., & Camilleri, L. (2016). Intimate partner violence: psychological and verbal abuse during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2426–2428. DOI: 10.1111/jocn.13564
- Dubini, V., & Curiel, P. (2003). La violenza come fattore di rischio in gravidanza. *Congresso SIGO 2003*.
- Fallaci, O. (1975). *Lettera a un bambino mai nato*. Milano: Rizzoli.
- Gashaw, B. J., Schei, B., & Magnus, J. H. (2018). Social ecological factors and intimate partner violence in pregnancy. *PLoS ONE*, 13, 1–14. DOI: 10.1371/journal.pone.0194681
- Gazmararian, J. A., Lazoric, S., Spitz, A., Ballard, T.

- J., Saltzman, L. E., & Marcus, J. S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 275(24), 1915–1920.
- Gino S., Magnano L., Rondana, A., Pattarino, B., Canavese, A., Bo, M., & Castagna, P. (2018). Il maltrattamento in gravidanza nell'esperienza del Centro Soccorso Violenza Sessuale di Torino: aspetti clinici e medico-legali, 43° Congresso Simla Verona, 18-20 settembre 2018 (accettato come presentazione orale).
 - Glover, V., O' Donnell, K. J., O' Connor, T. G., & Fisher, J. (2018). Prenatal maternal stress, fetal programming, and mechanisms underlying later psychopathology – A global perspective. *Development and Psychopathology*, 30, 843–854. DOI: 10.1017/S095457941800038X
 - Gottschall, J. (2004). Explaining Wartime Rape. *The Journal of Sex Research*, 2, 129–136.
 - Holliday, C. N., Miller, E., Decker, M. R., Burke, J. G., Documet, P. I., Borrero, S. B., Silverman, J. G., Tancredi, D. J., Ricci, E., & McCauley, H. L. (2018). Racial/ethnic differences in pregnancy intention, reproductive coercion, and partner violence among family planning clients: a qualitative exploration. *Women's Health Issues*, 32, 1–7. DOI: 10.1016/j.whl.2018.02.003
 - Holmes, M. M., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Best, C. L. (1996). Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175, 320–325.
 - Inturri, S., & Tozzo, P. (accettato per la pubblicazione). Il fenomeno in Italia: normativa ed epidemiologia In: L. Caenazzo & S. Gino (Eds.). *La violenza sulle donne: definizioni e caratteristiche di un fenomeno globale*. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.A. (forthcoming).
 - Istat (2014). *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.
 - Jain, S., Varshney, K., Vaid, N. B., Guleria, K., Vaid, K., & Sharma, N. (2016). A hospital-based study of intimate partner violence during pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*,
 - Jamieson, B. (2018). Exposure to interpersonal violence during pregnancy and its association with women's prenatal care utilization: a meta-analytic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15, 1–18. DOI: 10.1177/1524838018806511
 - Jasinski, J. L. (2004). Pregnancy and domestic violence. A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5, 47–64. DOI: 10.1177/1524838003259322
 - Jina, R., & Thomas, L. S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27, 15–26.
 - Kalra, G., & Bhugra, D. (2013). Sexual violence against women: understanding cross-cultural intersections. *Indian Journal of Psychiatry*, 55, 244–249. DOI: 10.4103/0019-5545.117139
 - Katz, J., & Sutherland, M. A. (2017). College women's experiences of male partner contraceptive interference: associations with intimate partner violence and contraceptive outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 1–25. DOI: 10.1177/0886260517715600
 - Kilpatrick, D. G., Best, C. L., Veronen, J. L., Amick, A. E., Villepontoux, L. A., & Ruff, G. A. (1985). Mental health correlates of criminal victimisation: A random community survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 866–873.
 - Lathorp, A. (1998). Pregnancy resulting from rape. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 27, 25–31.
 - Lealago, T., Belachew, T., & Tamrat, M. (2017). Effect of intimate partner violence on birth outcomes. *African Health Sciences*, 17, 681–689. DOI: 10.4341/ahs.v17i3.10
 - Malan, M., Spedding, M. F., & Sorsdahl, K. (2018). The prevalence and predictors of intimate partner violence among pregnant

- women attending a midwife and obstetrics unit in the Western Cape. *Global Mental Health*, 5, 1–13. DOI: 10.1017/gmh.2018.9
- McFarlane, J. (2007). Pregnancy following partner rape: What we know and what we need to know. *Trauma, Violence, and Abuse*, 8, 127–134.
 - Medicine, T., Short, L. M., Alpert, E., & Harris, J. M. (2006). Intimate Partner Violence. In A.J. Hattery & E. Smith (Eds.). *African American Families* (pp. 87–124). California: Sage Publications.
 - Miller, E., Jordan, B., Levenson, R., & Silverman, J.G. (2010). Reproductive coercion: Connecting the dots between partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*, 81(6), 457–459.
 - Mukangendo, M. C. (2007). *Born of war: Protecting children of sexual violence survivors in conflict zones*. Bloomfield, USA: Kumarian Press, Inc.
 - Nepi, L. (2017). *Violenza sessuale e soggettività sessuale*. Torino: Giappichelli.
 - Perry, R., Murphy, M., Haider, S., & Harwood, B. (2015). “One Problem Became Another”. Disclosure of Rape-Related Pregnancy in the Abortion Care Setting. *Womens Health Issues*, 5, 470–475.
 - Perry, R., Murphy, M., Rankin, M., Cowett A., & Harwood, B. (2016). Practices regarding rape related pregnancy in U.S. abortion care settings. *Women’s Health Issues*, 26, 67–73.
 - Price, S. K., Coles, D. C., & Wingold, T. (2017). Integrating behavioral health risk assessment into centralized intake for maternal and child health services. *Health & Social Work*, 42, 231–238.
 - Romito, P., Escribà-Agüir, V., Pomicino, L., Lucchetta, C., Scrimin, F., & Molzan Turan J. (2009) Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. *Womens Health Issues*, 19, 335-43.
 - Romito, P. (2011). *La violenza di genere su donne e minori*. Milano: Franco Angeli.
 - Shah, P. S., & Shah, J. (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Women’s Health*, 19, 2017–2031. DOI: 10.1089/jwh.2010.2051
 - Smith, L. T. J., & Powell, P. (1989). *Domestic violence: An overview*. Nevada, USA: Home Office Planning and Research Unit of University of Nevada.
 - Stefanile, C., Matera, C., Nerini, A., Puddu, L., & Raffagnino, R. (2018). Psychological predictors of aggressive behavior among men and women. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–22 DOI: 10.1177/0886260517737553 journals.sagepub.com/home/jiv
 - Stewart, F. H., & Trussell, J. (2000). Prevention of pregnancy resulting from rape: A neglected preventive health measure. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 228–229.
 - Straus, M. A., & Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to family violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
 - Tinglöf, S., Högberg U., Lundell I. W., & Svanberg A. S. (2015). Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sex Reprod Health*, 2, 50–53.
 - U.S. Department of Justice (2011). *What is domestic violence*. Disponibile a: <http://www.ovw.usdoj.gov/domviolence.htm>
 - Welch, J., & Mason, F. (2007). Rape and sexual assault. *British Medical Journal*, 334, 1154–1158.
 - Willie, T. C., & Kershaw, T. S. (2018). Associations between latent classes of interpersonal polyvictimization and polyperpetration and sexual risk behaviors among young pregnant couples: a dyadic analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 881–885. DOI: 10.1007/s10508-018-1183-x
 - Willie, T. C., Powell, A., Lewis, J., Callands, T., & Kershaw, T. (2017). Who is at risk for intimate part-

ner violence victimization: using latent class analysis to explore interpersonal polyvictimization and polyperpetration among pregnant young couples. *Violence and Victims*, 32, 545–564. DOI: 10.1891/0886-6708.VV-D-16-00015

- World Health Organization (WHO) (2011). *Intimate partner violence during pregnancy*. Geneva, Switzerland: Department of Reproductive Health and Research.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence*

and non-partner sexual violence. Ginevra, Svizzera: Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, & South African Medical Research Council.

- Workowski, K. A., & Berman, S. M. (2006). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. Centers for Disease Control and Prevention, MMWR Recomm. Rep., 55(RR-11), 1–94.
- Zara, G. (2018a). *Il diniego nei sex offender: dalla valutazione al trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Zara, G. (2018b). L'impatto del diniego tra rischio di re-

cidiva e trattamento dei reati sessuali: il beneficio paradossale. *Giornale Italiano di Psicologia*, 45, 333–360.

- Zara, G., & Gino, S. (2018). Intimate partner violence and its escalation into femicide. Frailty thy name is “violence against women”. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–11. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01777
- Zara, G., & Veggi, S. (accettato per la pubblicazione). Legami violenti nelle relazioni interpersonali ed intime. In L. Caenazzo & S. Gino (Eds.). *La violenza nei confronti delle donne: analisi del fenomeno (forthcoming)*. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.A.

