

Rassegna

Intimate partner violence (IPV) e fattori associati: una panoramica sulle evidenze epidemiologiche e qualitative in letteratura

Intimate partner violence (IPV) and associated factors: an overview of epidemiological and qualitative evidence in literature

JACOPO SANTAMBROGIO^{1,2*}, FABRIZIA COLMEGNA³, GIULIA TROTTA¹, PIETRO R. CAVALLERI², MASSIMO CLERICI^{1,3}

*E-mail: j.santambrogio@gmail.com

¹Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Milano-Bicocca

²Fondazione AS.FRA. Onlus, Veduggio al Lambro (MB)

³Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Monza

RIASSUNTO. Scopo. La presente rassegna si propone di vagliare la letteratura recente sul tema dell'intimate partner violence (IPV) al fine di fornire definizioni, dati di prevalenza internazionali e italiani in popolazioni speciali (quali i pazienti affetti da malattie mentali gravi), approfondimenti sui fattori di rischio (alcol, sostanze, abuso infantile) e le conseguenze sulla salute generale e psichica. **Metodi.** La ricerca è stata effettuata in Medline/PubMed delle parole chiave ((“Mental Disorders” [Majr]) AND “Crime Victims” [Majr:NoExp]) AND ((“Domestic Violence” [Majr]) OR “Intimate Partner Violence” [Majr]) e in PsychInfo attraverso la stringa MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Victimization”) AND MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Mental Disorders”) AND (MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Intimate Partner Violence”) OR MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Domestic Violence”)). **Risultati.** Sono state trovate 219 pubblicazioni in PubMed (ultimi 10 anni) e 48 in PsychInfo riguardanti IPV e disturbi mentali; siti web nazionali (per es., ISTAT, Office for National Statistics) hanno fornito dati epidemiologici aggiornati. **Discussione.** In molti Paesi l'IPV e la violenza domestica sono oggetto di survey nazionali, ma la ricerca scientifica sul tema vede principalmente coinvolti al momento l'Inghilterra e gli Stati Uniti, al fine di stabilire le possibili correlazioni tra IPV, disturbi mentali e fattori di rischio. Alcol, sostanze e abusi in età infantile sono i fattori di rischio più legati a IPV. Questa tipologia di violenza costituisce un problema di salute pubblica rilevante, anche in termini economici, per le sue conseguenze sulla salute fisica e psichica. L'OMS nel 2011 ha sviluppato alcune linee-guida per gli operatori sanitari su come rispondere adeguatamente alla violenza da un partner e alla violenza sessuale contro le donne. **Conclusioni.** Alla luce della rilevanza della violenza tra partner, le istituzioni sanitarie e accademiche hanno il compito di inquadrare in termini epidemiologici e clinici il fenomeno, fornendo dati di ricerca aggiornati agli stakeholder, al fine di migliorare le pratiche trattamentali e di prevenzione.

PAROLE CHIAVE: intimate partner violence, fattori di rischio, violenza domestica.

SUMMARY. Aim. This review aims to examine the recent literature on the topic of intimate partner violence (IPV) in order to provide definitions, Italian and international prevalence data, prevalence data in special populations (such as patients with severe mental illness), investigations into risk factors (alcohol, substances, child abuse) and the consequences on general and mental health. **Methods.** Free search has been used in Medline/PubMed with key words ((“Mental Disorders” [Majr]) AND “Crime Victims” [Majr:NoExp]) AND ((“Domestic Violence” [Majr]) OR “Intimate Partner Violence” [Majr]) and in PsychInfo with MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Victimization”) AND MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Mental Disorders”) AND (MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Intimate Partner Violence”) OR MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Domestic Violence”)). **Results.** 219 publications in PubMed (during the last 10 years) and 48 in PsychInfo concerning IPV and mental disorders; National websites (e.g. ISTAT, Office for National Statistics) have provided updated epidemiological data. **Discussion.** In many countries, IPV and domestic violence are subject to national surveys, but scientific research on the topic mainly involves England and the United States, in order to establish the possible correlations between IPV, mental disorders and risk factors. Alcohol and substance use disorders and childhood abuse are the most risk factors related to IPV. This type of violence is a major public health problem, also in economic terms, for its consequences on physical and mental health. The WHO in 2011 developed some guidelines for health professionals on how to respond adequately to violence from an intimate partner and to sexual violence against women. **Conclusions.** In the light of the importance of violence between partners, the health and academic institutions have the task of framing the phenomenon in epidemiological and clinical terms, providing updated research data to the stakeholders, in order to improve the treatment and prevention practices.

KEY WORDS: intimate partner violence, risk factors, domestic violence.

INTRODUZIONE

La cronaca italiana riporta quasi quotidianamente situazioni ed episodi che riguardano la violenza domestica, la vio-

lenza tra partner intimi (o *intimate partner violence* - IPV) e, in particolare, la violenza compiuta dall'uomo sulla donna. In ambito internazionale queste problematiche sono all'attenzione da diversi anni e sono stati prodotti svariati studi quan-

titativi e qualitativi. L'Italia registra in questa nuova emergenza clinica e sociale un ritardo nella ricerca scientifica che andrebbe colmato, anche alla luce della rilevanza che il "fenomeno IPV" presenta nella vita quotidiana.

Precedenti lavori pubblicati su *Rivista di Psichiatria* hanno riguardato la violenza di genere come problema di salute pubblica¹ e la correlazione tra abuso sessuale in età adulta e disturbi mentali². La Fondazione Onda e l'AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano nel 2010 hanno pubblicato le raccomandazioni sull'IPV per operatori sanitari³. I lavori italiani più recenti sono quelli dei gruppi di Modena, sulle correlazioni tra IPV e salute mentale⁴, di Genova/Roma, sulla relazione tra IPV e teoria dell'attaccamento⁵, e di Sassari, sulle linee guida di trattamento dell'IPV⁶.

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di descrivere il fenomeno dell'IPV a livello di definizioni scientifiche, dati epidemiologici internazionali e di popolazioni psichiatriche, fattori di rischio, conseguenze di salute generali e psichiche. A tal fine, sono stati utilizzati, oltre alla ricerca libera in Google, i database Medline/PubMed e PsychInfo.

In Medline/PubMed sono state trovate 219 pubblicazioni sul tema IPV e disturbi mentali negli ultimi 10 anni: ((“Mental Disorders” [Majr]) AND “Crime Victims” [Majr:NoExp]) AND ((“Domestic Violence” [Majr]) OR “Intimate Partner Violence” [Majr]).

In PsychInfo sono stati trovati 48 lavori tramite la seguente stringa di ricerca: MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Victimization”) AND MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Mental Disorders”) AND (MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Intimate Partner Violence”) OR MJSUB.EXACT.EXPLODE (“Domestic Violence”)).

Tramite Google sono stati presi in esame siti web nazionali, quali quello dell'ISTAT o dello Home Office britannico, al fine di ottenere dati epidemiologici aggiornati sul fenomeno della violenza domestica.

DEFINIZIONI

Dal punto di vista della terminologia, l'IPV si iscrive in uno spettro più ampio di “violenze possibili”, che avvengono nelle mura domestiche, coinvolgendo non solo coniugi o partner, ma il padre rispetto alla figlia o altri parenti e membri della famiglia che possono perpetrare atti di violenza su un congiunto di sesso femminile. La definizione di *domestic violence* – o violenza domestica – data dal dicastero preposto all'amministrazione degli Affari Interni (Home Office) nel Regno Unito si riferisce a «qualunque episodio di comportamento controllante, coercitivo, minaccioso, di violenza o abuso tra persone dai 16 anni in su che sono, o sono stati, partner intimi o membri di una famiglia, indipendentemente dal genere o dall'inclinazione sessuale». L'abuso può essere «psicologico, fisico, sessuale, finanziario, emotivo»⁷. L'IPV, nello specifico, include violenza fisica, sessuale, emotiva, nonché i comportamenti controllanti (per es., lo stalking) da parte di un partner attuale o passato (coniuge, fidanzato/fidanzata, compagno/a o compagno/a di incontri sessuali) escludendo altre tipologie di violenza che, pur avvenendo nel contesto familiare, non si esprimono in una relazione tra partner. Si definisce “partner intimo” una persona con cui si ha una stretta relazione personale che può essere caratterizzata da

connessione emotiva, regolare contatto, contatto fisico e comportamenti sessuali, identità come coppia, familiarità e conoscenza della vita di ciascuno.

La problematica clinico-giuridica dell'IPV può essere vista sotto le tre angolature della violenza fisica, della violenza sessuale e della violenza emotiva (o psicologica). La fonte utilizzata per definirle è un documento del National Center for Injury Prevention and Control – Center for Disease Control and Prevention (CDC), Division of Violence Prevention a cura del gruppo guidato da Matthew J. Breiding, e disponibile come materiale di lavoro finalizzato alla «consistenza della terminologia e della raccolta di dati sull'IPV»⁸.

Per *violenza fisica* si intende l'uso intenzionale della forza fisica che può causare potenzialmente morte, disabilità, lesioni, dolore. La violenza fisica include – ma non è limitata a – comportamenti quali: graffiare, spingere, spintonare, lanciare, agguantare, mordere, soffocare o cercare di strangolare, agitare, strappare i capelli, schiaffeggiare, prendere a pugni, a calci, colpire, bruciare, usare un'arma (pistola, coltello o altri oggetti) bloccando la persona con il proprio corpo o con la forza. La violenza fisica include anche l'obbligare altre persone a compiere ciascuno degli atti sopra descritti verso terzi.

La *violenza sessuale* è definita come un atto sessuale commesso o tentato da un'altra persona senza un consenso dato liberamente o contro qualcuno che risulti incapace di dare il consenso o di rifiutare. Include comportamenti quali: penetrazione della vittima, forzata o facilitata da alcol/sostanze; occasioni forzate o facilitate da alcol/sostanze in cui la vittima subisce una penetrazione da un perpeatore o da qualcun altro; penetrazione non voluta e obbligata senza la forza fisica; il toccare parti intime in modo intenzionale; atti di natura sessuale senza contatto. La violenza sessuale si può verificare anche quando un perpeatore forza o obbliga una vittima a coinvolgersi in atti sessuali con terzi. La violenza sessuale comprende una mancanza di consenso dato liberamente così come situazioni in cui la vittima è incapace a prestare consenso o di rifiutare.

La *violenza emotiva* (o *psicologica*) consiste nell'utilizzo di comunicazione verbale e non verbale con l'intento di danneggiare un'altra persona mentalmente o emozionalmente e/o esercitare un controllo su di un'altra persona. Agiti aggressivi da un punto di vista psicologico non equivalgono ad atti di violenza fisica e in alcuni casi possono non essere percepiti come un'aggressione perché sono nascosti e manipolatori nella loro natura. Cionondimeno la violenza emotiva è una componente essenziale dell'IPV per una serie di motivi. *In primis*, la violenza emotiva frequentemente si trova in co-presenza con altre forme di IPV: la ricerca suggerisce che spesso preceda la violenza fisica e sessuale all'interno di relazioni violente. Secondariamente, agiti di violenza emotiva possono influenzare significativamente l'impatto di altre forme di IPV. Terzo, la ricerca suggerisce che l'impatto dell'aggressività psicologica da parte di un partner intimo è altrettanto significativa quanto la violenza fisica da parte del partner intimo⁹. Nei fatti, misurare la violenza emotiva risulta ancora molto complesso, in particolare rispetto a come determinare quando un comportamento aggressivo superi la soglia e divenga abuso psicologico.

La violenza emotiva può includere – ma non è limitata a – aggressività espressiva (per es., il chiamare per nome, l'umiliare, lo svilire, il comportarsi male in un modo che sembri

Intimate partner violence (IPV) e fattori associati

pericoloso); controllo coercitivo (per es., il limitare l'accesso ai trasporti, ai soldi, agli amici e alla famiglia); monitoraggio eccessivo su dove si trova la vittima e con chi comunica; monitoraggio o interferenza nelle comunicazioni elettroniche (per es., e-mail, messaggi istantanei, social media) senza permesso; minacciare di farsi del male o minacciare di fare del male a una persona amata o a un bene posseduto; minaccia di violenza fisica o sessuale (per es., "ti ammazzo", "se non fai sesso con me, ti prendo a botte"), brandendo un'arma, attraverso l'uso di parole, gesti, armi per comunicare l'intento di causare morte, disabilità, lesioni o dolore fisico. Le minacce includono anche l'uso di parole, gesti o armi per comunicare l'intento di obbligare una persona a intraprendere atti sessuali o contatti sessuali, quando la persona non è disponibile o incapace di prestare consenso; controllo della salute riproduttiva o sessuale (per es., rifiuto di utilizzare il controllo delle nascite; aborti forzati); sfruttamento della vulnerabilità della vittima (per es., status di immigrato, disabilità, orientamento sessuale non chiaro); sfruttamento della vulnerabilità del perpetratore (per es., l'utilizzo - da parte del perpetratore - di una reale o percepita disabilità, lo status di immigrato per controllare o limitare le scelte della vittima; o il dire alla vittima: "se chiami la polizia, io potrei essere deportato"). Far impazzire la vittima, presentando false informazioni, con l'intento di farla dubitare della propria memoria e percezione.

Tra i *comportamenti controllanti* rientrano anche tutte quelle dinamiche riconducibili al termine *stalking*, per cui la vita privata del partner viene costantemente osservata e tenuta d'occhio secondo modalità pervasive di controllo. Lo stalking rappresenta un pattern di attenzioni e contatti ripetuti non voluti, che causano paura o preoccupazione per la propria sicurezza o la sicurezza di qualcun altro (per es., membro della famiglia, amico stretto).

DATI DI PREVALENZA INTERNAZIONALE

«La violenza contro le donne è al giorno d'oggi ampiamente riconosciuta come un grave abuso sui diritti umani e, in modo crescente, come un importante problema di salute pubblica con conseguenze sostanziali per la salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva delle donne»¹⁰. Tale «presa di coscienza si è rafforzata con gli accordi nelle conferenze internazionali degli anni '90 che hanno identificato la scarsità di informazioni adeguate su prevalenza, natura, cause e conseguenze della violenza nel mondo, come serio ostacolo per un più ampio riconoscimento della portata e serietà del problema e lo sviluppo di strategie di intervento effettive. Da quel momento, la ricerca internazionale ha prodotto maggiori evidenze della prevalenza di violenza contro le donne, in particolare la violenza fisica perpetrata da partner intimi di sesso maschile»¹⁰. Una revisione di oltre 50 studi di popolazione in 35 Paesi svolti prima del 1999 ha mostrato come «tra il 10 e il 52% delle donne di tutto il mondo riportino di essere state fisicamente abusate da un partner intimo nel corso della loro vita» e «tra il 10 e il 30% abbiano sperimentato violenza sessuale da parte di un partner intimo»^{11,12}. A causa delle discrepanze nel disegno della ricerca e nei metodi di questi studi, il confronto dei dati è comunque risultato impossibile.

Nel tentativo di trovare una soluzione a questo problema è stato sviluppato il WHO multi-country study on women's he-

alth and domestic violence against women, i cui obiettivi sono quelli di: a) stimare la prevalenza delle diverse forme di violenza sulle donne, con particolare enfasi sulla violenza fisica, sessuale ed emotiva da parte del partner intimo; b) stabilire l'associazione tra la violenza del partner e un range di outcome di salute; c) identificare i fattori che possono sia proteggere sia mettere la donna a rischio di violenza da parte del partner; d) documentare strategie e servizi che le donne possono utilizzare per far fronte a questo tipo di violenza¹⁰. A questo proposito, tra il 2000 e il 2003, in 15 siti collocati nei 10 Paesi di studio, sono state fatte ricerche di popolazione sulla salute delle donne e sulle esperienze di diverse forme di violenza. È stato utilizzato un questionario strutturato standardizzato che indagava violenza fisica, sessuale, comportamenti controllanti da parte del partner, nel corso della vita e negli ultimi 12 mesi. Sono state intervistate 24.097 donne. Tra il 15% e il 71% di donne con partner riportavano violenza fisica o sessuale, o entrambe, da parte di un partner, nel corso della loro vita. Tra il 4% e il 54% di donne riportavano violenza fisica, sessuale o entrambe da parte del partner negli ultimi 12 mesi. I tassi di prevalenza più bassi di violenza da partner, lifetime e negli ultimi 12 mesi, sono stati riscontrati nel Giappone metropolitano e in Serbia-Montenegro: il dato suggerisce che i tassi di abuso riflettono solo in parte il grado di sviluppo economico del Paese.

Dalla ricerca nazionale americana sulla violenza contro le donne, la National Violence Against Women (NVAW) Survey, promossa dall'Istituto Nazionale di Giustizia americano e dal Centro di Controllo e Prevenzione delle malattie (CDC), è emerso come il fenomeno dell'IPV è assai diffuso nella popolazione americana: circa il 25% delle donne intervistate e il 7,6% degli uomini intervistati hanno detto di essere stati violentati sessualmente o aggrediti fisicamente da un coniuge, convivente, compagno attuale o pregresso, nel corso della loro vita; l'1,5% delle donne intervistate e lo 0,9% degli uomini intervistati hanno detto di esser stati violentati sessualmente o aggrediti fisicamente da un partner negli ultimi 12 mesi¹³. I dati più recenti - sempre di una ricerca svolta in America nel 2011, la National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS) - indicano che oltre 10 milioni di donne e uomini negli Stati Uniti sperimentano violenza fisica ogni anno da parte di un partner intimo attuale o passato.

I dati inglesi più recenti sulla prevalenza di IPV - rilevati nel contesto della Crime Survey 2018¹⁴ su Inghilterra e Galles - indicano, come stima, che 2 milioni di adulti tra 16 e 59 anni hanno fatto esperienza di abusi domestici nell'anno passato, equivalente a una prevalenza di 6,1 su 100 adulti.

I dati canadesi della General Social Survey (GSS) sulla vittimizzazione del 2014¹⁵ mostrano come le stime di violenza domestica siano diminuite durante il corso del decennio. Nel 2014 c'erano circa 19,2 milioni di canadesi, nelle province, con un coniuge o un compagno/a precedente o attuale. Di questi, circa 760.000 (4%) riportavano di essere stati abusati fisicamente o sessualmente dal loro partner nei precedenti 5 anni. Questo dato di prevalenza era significativamente inferiore alla prevalenza di violenza domestica riportata nel 2004 (7%) e nel 2009 (6%).

DATI NAZIONALI

Per quanto riguarda l'Italia, i dati nazionali¹⁶ provengono dall'Indagine sulla Sicurezza delle donne, riguardante il

quinquennio 2010-2014. La violenza contro le donne è fenomeno ampio e diffuso. Sei milioni 788 mila donne hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale: il 20,2% ha subito 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 subito 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 autori di molestie sessuali sono invece degli sconosciuti nella maggior parte dei casi (76,8%). Emergono importanti segnali di miglioramento rispetto all'indagine precedente: negli ultimi 5 anni (2010-2014) le violenze fisiche o sessuali sono passate dal 13,3% all'11,3%, rispetto ai 5 anni precedenti il 2006. Ciò è frutto di una maggiore informazione, del lavoro sul campo, ma soprattutto di una migliore capacità delle donne di prevenire e combattere il fenomeno e di un clima sociale di maggiore condanna della violenza. È in calo sia la violenza fisica sia quella sessuale, dai partner ed ex partner (dal 5,1% al 4% la fisica, dal 2,8% al 2% la sessuale) come dai non partner (dal 9% al 7,7%). In forte calo anche la violenza psicologica dal partner attuale (dal 42,3% al 26,4%), soprattutto se non affiancata da violenza fisica e sessuale. Alla maggiore capacità delle donne di uscire dalle relazioni violente o di prevenirle si affianca anche una maggiore consapevolezza. Più spesso considerano la violenza subita un reato (dal 14,3% al 29,6% per la violenza da partner) e la denunciano di più alle forze dell'ordine (dal 6,7% all'11,8%). Più spesso ne parlano con qualcuno (dal 67,8% al 75,9%) e cercano aiuto presso i servizi specializzati, centri antiviolenza, sportelli (dal 2,4% al 4,9%). La stessa situazione si riscontra per le violenze da parte dei non partner.

Si segnalano però anche elementi negativi. Non si intacca lo zoccolo duro della violenza, gli stupri e i tentati stupri (1,2% sia per il 2006 sia per il 2014). Le violenze sono più gravi: aumentano quelle che hanno causato ferite (dal 26,3% al 40,2% da partner) e il numero di donne che hanno temuto per la propria vita (dal 18,8% del 2006 al 34,5% del 2014).

Tre milioni 466 mila donne hanno subito stalking nel corso della vita (16,1% delle donne). Di queste, 1 milione 524 mila l'ha subito dall'ex partner, 2 milioni 229 mila da persone diverse dall'ex partner¹⁶.

Come riferimento sui dati di prevalenza di omicidi di partner intimi, può essere preso in considerazione il lavoro di Stöckl et al.¹⁷, una ricerca sistematica su 5 database, che ha incluso 118 articoli con 1122 stime di prevalenza di omicidi da parte del partner. I dati, complessivamente, sono stati ottenuti da 66 Paesi. Il 13,5% (IQR 9,2-18,2) di omicidi erano stati commessi da un partner intimo, e questa proporzione era 6 volte superiore per gli omicidi di donne rispetto agli omicidi di uomini (38,6%, 30,8-45,3 vs 6,3%, 3,1-6,3). Le percentuali medie di omicidi da parte del partner, complessiva (uomini e donne) e di sole donne, erano più elevate nei Paesi ad alto reddito (complessiva, 14,9%, 9,2-18,2; omicidio di donne, 41,2%, 30,8-44,5) e nel Sud-Est asiatico (18,8%, 11,3-18,8; 58,8%, 58,8-58,8). Almeno uno su 7 omicidi, globalmente, e più di un terzo di omicidi di donne, sono perpetrati da un partner intimo. Tale violenza rappresenta solitamente il culmine di una lunga storia di abuso.

DATI DI PREVALENZA DI IPV IN POPOLAZIONI SPECIALI

Il gruppo di lavoro inglese del King's College di Londra, "Women's Mental Health", guidato dalla prof.ssa Louise Howard, ha svolto, in questi anni, alcune ricerche epidemiologiche sull'IPV nella popolazione affetta da malattie mentali gravi, dello spettro psicotico e dell'umore, ma anche gravi malattie non di ambito psicotico.

In una revisione sistematica e meta-analisi del 2012 sono stati analizzati 42 studi condotti sulla prevalenza di IPV in popolazioni di pazienti affetti da disturbi mentali facendo emergere che:

- nel campione affetto da disturbo depressivo (7 studi) il valore mediano di IPV lifetime è di 45,8%, con pooled odds ratio di 2,77 (95% CI 1,96-3,92); il valore mediano di prevalenza nell'ultimo anno (7 studi) è invece 35,3% con pooled odds ratio di 3,31 (95% CI 2,35-4,68)¹⁸.
- Nel campione affetto da disturbo d'ansia (5 studi) il valore mediano di IPV lifetime si posiziona al 27,6% con pooled odds ratio di 4,08 (95% CI 2,39-6,97), mentre quello nell'ultimo anno (4 studi) è di 28,4% con pooled odds ratio di 2,29 (95% CI 1,31-4,02). In donne affette da disturbo da stress post-traumatico (post-traumatic stress disorder - PTSD) (4 studi) il valore mediano di prevalenza lifetime di IPV è 61% con pooled odds ratio 7,34 (95% CI 4,50-11,98), mentre è noto da un singolo studio che la prevalenza di IPV fisica nell'ultimo anno in donne con PTSD è 27% con OR 3,62 (95% CI 2,32-5,67) rispetto al gruppo di donne senza PTSD.
- Una nota di rilievo va data al gruppo di pazienti affette da disturbi mentali comuni (common mental disorders - CMD), ovvero disturbi depressivi e/o d'ansia identificati ma non disaggregati, un insieme diagnostico in cui potrebbero essere comprese le diagnosi di disturbo dell'adattamento con ansia, disturbo dell'adattamento con umore depresso, disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti. In tale campione, riconducibile a 3 studi¹⁹⁻²¹ il valore mediano di prevalenza lifetime di IPV è 48%, con una maggior probabilità nel gruppo CMD di sperimentare IPV lifetime rispetto a donne senza disturbo mentale. Una ricerca nazionale inglese su 7047 persone ha riportato un incremento degli odds di IPV nell'ultimo anno in donne con CMD (OR: 4,4 95% CI: 3,32-5,82) rispetto a donne senza CMD con una stima di prevalenza del 15,2%²¹.

A seguito di revisione sistematica su 42 studi (senza gruppi di controllo) in cui emergeva una prevalenza lifetime di IPV su pazienti psichiatriche donne seguite dagli ambulatori territoriali del 33%²², i ricercatori inglesi hanno voluto esplorare il proprio territorio nazionale rispetto al fenomeno IPV nella popolazione con malattie mentali gravi (severe mental illness - SMI), a partire dal confronto con un gruppo di controllo. In particolare si fa riferimento a due specifici lavori sul tema.

Nel primo²³ l'obiettivo era quello di comparare prevalenza e impatto di IPV nella popolazione di pazienti con SMI rispetto alla popolazione generale. 303 pazienti psichiatrici reclutati casualmente, in contatto con i servizi territoriali per più di 1 anno, sono stati intervistati usando il questionario

Intimate partner violence (IPV) e fattori associati

sulla violenza domestica/sexuale della British Crime Survey. Prevalenza e correlati di violenza di questo campione sono stati paragonati ai dati relativi a 22.606 controlli di popolazione generale che partecipavano contemporaneamente alla Crime Survey nazionale 2011-2012. La violenza domestica lifetime è risultata essere del 69% nelle donne con SMI rispetto al 33% nelle donne di controllo; 49% negli uomini con SMI rispetto al 17% negli uomini di controllo. La violenza domestica nell'ultimo anno è risultata essere del 27% nelle donne con SMI rispetto al 9% nelle donne di controllo e del 13% negli uomini con SMI rispetto al 5% negli uomini di controllo. La violenza sessuale lifetime è risultata essere del 61% nelle donne con SMI rispetto al 21% nelle donne di controllo e del 23% negli uomini con SMI rispetto a 3% negli uomini di controllo. La violenza sessuale nell'ultimo anno è risultata essere del 10% in donne con SMI rispetto al 2% nelle donne di controllo. La violenza familiare (non partner) includeva una parte più grande di tutta la violenza domestica nel gruppo SMI rispetto alle vittime di controllo (63% rispetto a 35% $p < 0,01$). Rispetto alle donne non SMI, le donne con SMI era più probabile che riportassero conseguenze psicologiche/sociali avverse (91% vs 64% $p < 0,001$) e tentati suicidi (53% vs 3% $p < 0,001$) come conseguenza di aggressioni sessuali gravi subite in età adulta, ma una uguale probabilità di riportare malattie o lesioni fisiche (49% vs 40% $p = 0,35$) come risultato di aggressioni sessuali gravi. Infine, donne con SMI che avevano subito IPV riuscivano più facilmente, rispetto ai controlli, a rivelare le loro esperienze di violenza ai professionisti della salute (43% vs 15% $p < 0,001$) e alla polizia (37% vs 16% $p < 0,001$); mentre una proporzione uguale tra i due gruppi riusciva a confidarsi a network informali. In sintesi, tale studio mostra come persone diagnosticate come SMI, seguite dai servizi psichiatrici, abbiano degli odds da 2 a 4 volte più elevati per tutti i sottotipi di violenza (emotiva, fisica, sessuale) rispetto alla popolazione generale e un aumento degli odds da 6 a 8 volte per aggressioni sessuali; la metà delle donne che subiscono aggressioni sessuali gravi tenta il suicidio. Questi dati suggeriscono ai clinici di indagare, nella loro pratica, non solo le esperienze subite di violenza fisica, ma anche emotiva e sessuale; a maggior ragione, sulla base degli studi presenti in letteratura che mostrano come l'abuso emotivo abbia un maggiore impatto sulla salute rispetto all'abuso fisico²⁴.

Nel secondo lavoro²⁵ sono stati analizzati dati relativi a 23.222 adulti reclutati nella British Crime Survey nel 2010-2011. Dopo una prima intervista di raccolta di informazioni anamnestiche condotta da un intervistatore formato veniva chiesto alla persona di compilare un modulo auto-somministrato inerente esperienze di violenza emotiva, fisica, sessuale, subite da un partner o ex-partner o da membri della famiglia nell'anno precedente. Il criterio di inclusione principale era la presenza di una malattia mentale cronica, definita come «qualunque condizione di malattia mentale durevole come per esempio la depressione, che duri almeno da 12 mesi o più e che limiti le attività quotidiane». La presenza di violenza emotiva, fisica, sessuale veniva definita dalla positività ad almeno un item del rispettivo gruppo di domande. Venivano richiesti, in caso di positività a IPV, ulteriori approfondimenti in termini di outcome secondari, quali conseguenze fisiche o psicologiche di IPV e la richiesta di aiuto a specifici referenti. Tra le donne, la prevalenza di IPV nell'anno precedente è risultata essere del 20% (89/442) e del 5,3%

(789/12309) rispettivamente per donne con malattia mentale cronica e non. Tra gli uomini con malattia mentale cronica la prevalenza di IPV era 6,9% (21/271) rispetto a 3,1% (356/10221). Paragonando il gruppo con malattia mentale e quello senza, il primo – se vittima di IPV – risultava avere maggiori conseguenze negative in termini di salute emotiva/psichica (53% vs 30%; OR aggiustato per variabili socio-demografiche: 2,2 IC: 1,3-3,8) con odds particolarmente elevati rispetto al tentato suicidio come risultato di IPV (13% vs 2%, aOR: 5,4 IC: 2,3-12,9). I due gruppi sperimentavano in egual modo le conseguenze fisiche di IPV intese come malattie o lesioni fisiche (24%, $p = 0,97$). Vittime con e senza malattia mentale cronica cercavano egualmente aiuto da qualunque fonte, ma le vittime affette da malattia mentale era meno probabile – rispetto alle vittime non affette da malattia mentale – che chiedessero aiuto ai network informali [OR aggiustato (aOR) per variabili socio-demografiche e problemi di salute: 0,47 IC: 0,27-0,83] e più probabile che chiedessero aiuto ai professionisti della salute (aOR: 2,7 IC: 1,3-5,1).

I FATTORI DI RISCHIO CORRELATI AD IPV: ALCOL E SOSTANZE

Sebbene la WHO non raccomandi più lo “screening universale” per IPV, ovvero lo svolgimento di domande specifiche su IPV e fattori di rischio associati a qualunque paziente, tuttavia approva la richiesta di informazioni sulle condizioni che possono contribuire a IPV o essere peggiorate da IPV²⁶. In generale sembra che i CMD, inclusi quelli derivati da uso di alcol e sostanze illecite, possano giocare un ruolo importante rispetto al diventare vittima di IPV e, pertanto, meritino un approfondimento clinico con qualunque paziente.

Dal lavoro di Schumacher et al.²⁷ si possono evidenziare alcuni tra i principali fattori di rischio per la perpetrazione di IPV fisica: abuso verbale, life stress, insoddisfazione coniugale, rabbia, depressione; per la vittimizzazione, invece: abuso infantile, depressione, scarso livello di educazione, comportamento violento verso il partner. Il fattore di rischio rilevante sia per l'esercitare sia per il subire IPV è l'uso di sostanze.

Il consumo di alcol è uno dei fattori chiave nei comportamenti aggressivi tra partner intimi. I lavori di ricerca hanno trovato livelli più elevati di violenza da parte di partner intimi che sono forti bevitori²⁸⁻³⁰. Una proporzione sostanziale di IPV si verifica dopo che le persone hanno bevuto³¹. Ricerche qualitative e quantitative hanno collegato la violenza contro le donne a episodi di bevute del partner uomo³², suggerendo che l'alcol possa giocare un ruolo causale nei comportamenti aggressivi³³. Assume un rilievo particolare il fatto che il perpetratore può ingaggiarsi in comportamenti aggressivi più severi se lui stesso o la sua “preda” hanno bevuto. I dati degli studi condotti negli Stati Uniti indicano che l'aggressione da parte di un uomo verso una partner donna è più grave e si verificherà più probabilmente una lesione quando l'uomo abbia bevuto^{31,34}.

Esistono anche alcune evidenze, dal Canada in particolare, che collegano il consumo di alcol a comportamenti aggressivi più gravi da parte della donna partner²⁸; uno studio inglese³⁵ aveva segnalato la maggiore probabilità, per la vittima, di riportare lesioni se la vittima stessa aveva bevuto. Non ci sono lavori di ricerca che abbiano studiato la relazio-

ne tra alcol e gravità dei comportamenti aggressivi da parte del partner rispetto a generi e culture.

Per correlare l'utilizzo di alcol alla maggiore gravità delle aggressioni occorre considerare gli effetti "farmacologici" dell'alcol su pensiero ed emozioni. È noto, per esempio, che l'alcol riduca le abilità cognitive e condizioni negativamente il problem solving, rendendo dunque le persone meno capaci di risolvere i conflitti pacificamente e meno in grado di gestire la forza fisica che utilizzano. L'alcol aumenta la probabilità di assumersi dei rischi e, al tempo stesso, riduce i livelli di attenzione per i rischi e le loro conseguenze³⁶.

Questi effetti possono rendere alcune persone meno preoccupate rispetto al livello di dolore che infliggono all'altra persona. Altri effetti dell'alcol sono un'aumentata emotività e un desiderio di mostrare potere sugli altri, nonché una riduzione della coscienza e della preoccupazione rispetto al livello di aggressività usata³⁷.

Nel lavoro di Cunradi et al.³⁸ vengono prese in esame 848 coppie costituite da un marito operaio e dalla rispettiva moglie, e viene loro somministrata la sezione di violenza fisica della Conflict Tactics Scales (CTS), della Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e della Adverse Childhood Experiences (ACE). Negli esiti si può vedere che:

- un uso problematico di alcol del marito è associato positivamente a violenza unidirezionale M→F (OR: 1,13) e bidirezionale (OR: 1,12), ma non con violenza unidirezionale F→M.
- Un uso problematico di alcol della moglie non appare correlato a violenza unidirezionale M→F o F→M, né con violenza bidirezionale.
- Altri fattori di rischio per violenza unidirezionale M→F sono i maltrattamenti infantili subiti dalla donna (OR: 1,34) e i livelli di impulsività del marito (OR: 1,60). Per IPV bidirezionale, fattori di rischio sono i livelli di impulsività di entrambi i partner ed esperienze negative nell'infanzia del partner uomo.

Tali risultati contrastano con quelli ottenuti da Caetano et al.³⁹, che mostrano invece come sia un uso problematico di alcol del marito e della moglie si associ a violenza bidirezionale, sia l'uso problematico di alcol della donna si associ a violenza unidirezionale F→M e che né l'uso problematico di alcol della moglie né quello del marito sono associati a violenza unidirezionale M→F.

Il lavoro di Kathryn Graham⁴⁰ indaga in 13 diversi Paesi del mondo (parte del più ampio studio, condotto in più di 40 Paesi, denominato GENACIS project, Gender, Alcohol, and Culture: An International Study) se viene valutato come episodio di maggiore violenza fisica da parte del partner negli ultimi due anni, un episodio occorso quando uno o due membri della coppia avevano bevuto oppure un episodio in cui entrambi i partner non avevano bevuto. È emerso che gli episodi di maggiore violenza avevano una correlazione statisticamente significativa con il consumo di alcol da parte di uno o di entrambi i partner. Questo conferma che gli effetti dell'alcol sulle funzioni cognitive e sulle emozioni aumentano la gravità dell'atto violento, rendendo il perpetratore meno capace di valutare la forza che utilizza e le conseguenze delle sue azioni.

Il forte legame tra alcol e IPV ha spinto la WHO nel 2009 a riconoscere l'alcol come fattore di rischio per IPV⁴¹. Tutta-

via, afferma Lori Heise, «ci sono pochi lavori di ricerca sugli effetti dell'alcol sulla violenza, probabilmente perché in parte si teme che questi lavori possano essere mal utilizzati per trovare nell'uso di alcol una giustificazione alla violenza sulle donne»⁴¹.

Lo studio di Salom et al.⁴² esamina le associazioni tra alcol, sostanze illecite e disturbi mentali e le diverse forme di IPV, mostrando che l'IPV psicologica veniva sperimentata da persone con disturbi da uso di alcol e disturbi mentali isolati o comorbili, mentre l'IPV fisica era correlata a disturbi da uso di sostanze illecite e disturbi mentali isolati o comorbili. La violenza grave combinata era associata solo ai disturbi mentali. Un'indagine su IPV e disturbi mentali su ampia scala condotta in Inghilterra sostiene il risultato di Salom et al. riguardante l'IPV fisica, e l'associazione di IPV psicologica a disturbi mentali, non a disturbo da uso di alcol⁴³. Salom et al. affermano, inoltre, che «lungi dall'essere pathway causale di IPV, i disturbi da uso di sostanze possono rendere la persona meno in grado di mettere in atto strategie relazionali di coping e di evitare situazioni potenzialmente violente, similmente uno stato di "perdita di controllo comportamentale" associato a sostanze e disturbo mentale può mettere la persona in uno stato di aumentato rischio di IPV»⁴⁴.

Kraanen et al.⁴⁵ hanno studiato la perpetrazione/vittimizzazione di IPV severa in un campione, ampio e rappresentativo, di uomini e donne che entravano in un programma di trattamento per abuso di sostanze. Scopo dello studio era esaminare se particolari disturbi da uso di sostanze predicavano qualunque forma di IPV (perpetrazione e/o vittimizzazione), perpetrazione di IPV severa, vittimizzazione di IPV severa, nell'ultimo anno. La presenza di correlazioni tra disturbi da uso di sostanze e IPV, secondo gli Autori, non implica una relazione temporale o causale tra l'uso di queste sostanze e IPV. Fattori legati alla personalità possono mettere le persone a rischio sia di usare sostanze sia di commettere IPV⁴⁶, come pure il DPTS è spesso associato a IPV⁴⁷, e disturbo da uso di sostanze⁴⁸, cosa che può contribuire all'alta prevalenza di IPV tra gli utilizzatori di sostanze d'abuso⁴⁹. Un altro dato di questo lavoro, che va a confermare le ricerche di Archer⁵⁰, è che l'IPV può essere reciproca.

I FATTORI DI RISCHIO CORRELATI A IPV: L'ABUSO INFANTILE

È noto dalla letteratura come l'essere vittima di abuso in età infantile aumenti il rischio di essere vittima di abuso in età adulta. Per esempio, nella ricerca australiana IVAWS emerge come il rischio di subire IPV sia una volta e mezzo superiore nella popolazione con abuso infantile (78%) rispetto a quella senza (49%)⁵¹. Anche altri autori hanno studiato l'associazione tra il "maltrattamento in età infantile" e il rischio di IPV⁵²⁻⁵⁴. In particolare, le donne sopravvissute a IPV con maggiore probabilità rispetto a donne senza storia di IPV riportano abuso fisico, abuso sessuale, neglect e storia di violenza assistita (esposizione a violenza tra genitori) durante l'infanzia⁵⁵⁻⁵⁸.

Inoltre, esperienze di maltrattamento infantile tendono a co-occorrere ("polivittimizzazione") ed è documentato che abbiano effetti dannosi e duraturi sulla salute mentale, incluso un incremento di sintomi di PTSD nell'infanzia e in età

Intimate partner violence (IPV) e fattori associati

adulta⁵⁹⁻⁶¹. In più, fare esperienza di IPV spesso causa o riaccerba sintomi di PTSD⁶². Le evidenze suggeriscono che donne che riportano abusi in età infantile in aggiunta a violenze fisiche o sessuali in età adulta riportano sintomi di PTSD più severi che non quelle che riportano solo una storia di vittimizzazione in età adulta⁶³.

Il lavoro di Gobin et al.⁶⁴, alla luce delle evidenze di ricerca sulla significatività dell'associazione tra abusi infantili e IPV e sull'associazione tra esperienza di vittimizzazione sia in età infantile sia in età adulta con aumentati sintomi di PTSD, si propone di verificare la possibile mediazione di IPV nella relazione tra abusi infantili e sintomi di PTSD in età adulta. In particolare tale ipotesi viene messa a confronto con 3 lavori:

- Pico-Alfonso et al.⁹, che segnalano come IPV recente predice la gravità dei sintomi di PTSD, mentre una storia di maltrattamenti in età infantile non si correla;
- Wuest et al.⁶⁵ dimostrano che sia il maltrattamento in età infantile sia l'IPV contribuiscono in modo significativo e indipendente ai sintomi di PTSD in età adulta;
- Becker et al.⁶⁶ hanno trovato che l'IPV media la relazione tra l'abuso infantile fisico e la gravità di sintomi post-traumatici da stress in età adulta, ma non la relazione tra l'abuso infantile di tipo sessuale e la gravità di sintomi post-traumatici da stress in età adulta.

Coerentemente alla letteratura sul tema, anche il lavoro di Gobin et al.⁶⁴ ha mostrato un'associazione positiva tra il maltrattamento in età infantile e tre dei quattro cluster sintomatologici del PTSD. Anche l'IPV mostrava un'associazione significativa a tutti i quattro cluster. Invece, contrariamente all'ipotesi iniziale, l'IPV non è risultata mediare l'associazione tra maltrattamento in età infantile e sintomi di PTSD. Il dato interessante è che nelle donne sopravvissute a IPV, dopo aver controllato per violenze fisiche e sessuali in età adulta, le esperienze di maltrattamento in età infantile hanno un effetto durevole e diretto sui sintomi di PTSD in età adulta, di gran lunga oltre gli effetti significativi di esperienze recenti di IPV. Tale riscontro può trovare una spiegazione in una cornice teorica di "sviluppo della personalità"⁶⁷. Il maltrattamento in età infantile, specialmente la "polivittimizzazione" (il fare esperienza di multiple forme di maltrattamento infantile e violenza familiare) è stata associata con disregolazioni nel funzionamento interpersonale e nella regolazione emotiva, due domini che sono di gran lunga compromessi in individui con PTSD. Frewen e Lanius⁶⁸ hanno suggerito un modello di comprensione del PTSD come forma di disregolazione cronica nell'arousal affettivo che si manifesta da un punto di vista comportamentale come un rifare esperienze, evitamento, iper-arousal e ottundimento emotivo. Questa disregolazione cronica viene rinforzata da un ambiente invalidante e persiste nel tempo. Dunque il dato che il maltrattamento infantile possa essere associato direttamente con i sintomi post-traumatici in età adulta è consistente con questa ipotesi.

CONSEGUENZE SULLA SALUTE GENERALE

L'IPV non è un problema circoscritto all'agito violento da parte del partner, ma ha numerosi risvolti clinici, intesi come

conseguenze in termini di salute fisica (malattie o lesioni fisiche) o di salute psichica (le sintomatologie più frequenti sono quelle dello spettro ansioso-depressivo e il PTSD). Non bisogna dimenticare anche la conseguenza più estrema di IPV, che è la morte della donna. Tra gli autori più rilevanti, rispetto all'argomento specifico delle conseguenze di salute generale, Campbell⁶⁹ afferma, a proposito delle cure mediche richieste e dei costi dell'IPV, come «gli effetti in termini di salute portino a un'elevata richiesta di cure presso il servizio sanitario e, conseguentemente, a elevati costi. Analisi delle relazioni tra abuso da parte del partner, stato di salute e richiesta di cure mediche in donne negli studi di popolazione e clinici hanno mostrato una salute mentale e fisica complessiva più povera, più lesioni e più consumo di cure mediche, incluse prescrizioni e ingressi in ospedale nelle donne abusate rispetto a quelle non abusate». In uno studio di popolazione canadese⁷⁰, le donne violentate hanno richiesto cure in un pronto soccorso e consultato specialisti circa 3 volte più spesso delle donne non abusate. Inoltre, una forte evidenza suggerisce che l'uso di servizi medici aumenta con la gravità degli abusi fisici⁷¹. Sono state fatte molte stime dei costi in termini di salute dell'IPV, ma sono state fatte solo poche rigorose analisi di costo. «In un paragone dei piani di salute ben disegnato, le donne abusate generano il 92% di costi per anno in più rispetto alle donne non abusate, con i servizi di salute mentale che occupano i primi posti nella voce dell'aumento di costo»⁶⁹. «I danni, la paura e lo stress associati a IPV possono risultare in problemi di salute cronici come il dolore cronico (mal di testa, dolore lombare) o sintomi ricorrenti associati al sistema nervoso centrale, che comprendono svenimenti e crisi. Le donne violentate fisicamente riportano significativamente più della media sintomi gastro-intestinali (per es., perdita di appetito, disturbi dell'alimentazione) e disturbi gastro-intestinali funzionali diagnosticati (per es., sindrome cronica del colon irritabile) associati a stress cronico. Questi disturbi possono cominciare in una relazione violenta in acuto e successivamente stressante, possono essere correlati a un abuso sessuale infantile o a entrambi. Similmente, i sintomi cardiaci auto-riportati, come l'ipertensione e il dolore toracico, sono stati associati all'IPV. Si possono ipotizzare interazioni tra predisposizione genetica all'ipertensione, comportamenti di vita a rischio (come il fumo di sigaretta) e lo stress conseguente a relazioni violente, ma i meccanismi di tali interazioni non sono ancora sufficientemente studiati»⁶⁹. Sono oggetto di studio anche gli effetti dell'abuso in gravidanza, per esempio su outcome neonatali quali il parto pretermine, il distress fetale, l'emorragia pre-parto, la pre-eclampsia. Ma le evidenze tra gli studi sono inconsistenti. Altre patologie fisiche conseguenti a IPV possono essere problemi ginecologici quali la malattia infiammatoria pelvica, le malattie trasmesse sessualmente (incluse HIV/AIDS), il sanguinamento vaginale, la dismenorrea, le infezioni vescicali e il dolore pelvico cronico.

Michele C. Black, membro del CDC di Atlanta, afferma, in un lavoro del 2011, come «le conseguenze più visibili e ovvie di IPV siano le lesioni fisiche. Ogni anno, milioni di persone negli Stati Uniti, in misura maggiore donne, soffrono di lesioni acute da IPV, che vanno da lesioni relativamente minori allo sfregiamento, alla disabilità permanente, a lesioni che mettono in pericolo la vita, alla morte. Per le donne soltanto, l'IPV ha come esito più di 2 milioni di lesioni e 1300 morti ogni anno. Sebbene gli omicidi siano relativamente ra-

ri, comparati alle altre conseguenze di IPV, gli USA hanno il più alto tasso di omicidi compiuti dal partner intimo tra i 25 Paesi più ricchi del mondo (1,2 omicidi per 100.000 persone) con approssimativamente 1500 omicidi ogni anno. Molti studi hanno riscontrato che tra il 42% e il 66% delle donne uccise dal loro partner intimo avevano chiesto cure mediche nei 12 mesi precedenti l'omicidio». Black⁷² mostra anche gli effetti biologici dell'IPV sull'organismo, i link tra il danno e le risposte neurali, neuroendocrine e immunitarie allo stress acuto e cronico, andando a riprendere il modello di Mc Ewen riguardo l'omeostasi, l'allotasi e il carico allostatico⁷³.

CONSEGUENZE SULLA SALUTE PSICHICA (PTSD, ANSIA, DEPRESSIONE)

Dalla presente revisione della letteratura emerge come un solo gruppo di ricerca italiano si sarebbe reso attivo con ricerche sul tema degli esiti dell'IPV⁷⁴. In uno studio trasversale svolto su donne afferenti a 6 ambulatori di medicina generale in un paese della provincia di Belluno, «episodi di violenza attuali erano fortemente associati a distress psicologico (GHQ>5), uso di sostanze psicoattive e scarsa salute». Anche l'abuso psicologico in se stesso – affermano gli Autori – senza violenza fisica o sessuale era associato a uno stato di salute alterato. Dopo aver controllato per età, livello di scolarità, figli, stato civile e lavorativo, le donne vittime di violenza da parte del partner nell'anno precedente avevano una probabilità circa 6 volte maggiore delle altre donne di essere depresse e di sentirsi in cattivo stato di salute e 4 volte maggiore delle altre donne di utilizzare psicofarmaci.

Paragonando i risultati con quelli della meta-analisi di Golding⁷⁵ – in cui risultava, tra 18 studi, che la prevalenza media di depressione tra donne abusate fisicamente o sessualmente da un partner era del 47,6% – nello studio di Romito et al.⁷⁴ il 53,3% delle donne abusate aveva elevati punteggi di GHQ. Nelle analisi di Golding, mentre la prevalenza di depressione tra le donne abusate variava ampiamente, gli odds ratio erano più consistenti, andando da 3,55 a 5,62; nello studio di Romito emerge che «una donna che stia subendo violenze da parte di un partner nell'attualità abbia un aOR di 5,98 di soffrire di distress psicologico». Sebbene «le vittime di violenza facciano un uso maggiore di cure mediche»⁷⁶, «la violenza e le sue conseguenze sono ancora abbastanza invisibili nella maggior parte dei servizi di salute e sociali»⁷⁷. Sebbene la violenza fisica e sessuale abbia maggior risalto, i risultati del lavoro di Romito et al. mostrano che anche la violenza psicologica ha un impatto negativo sulla salute: il 38% delle donne che fanno attualmente esperienza di solo abuso psicologico da parte del partner ha elevati punteggi di GHQ in confronto al 13% delle donne senza abuso⁷⁴. Risultati di uno studio di popolazione svolto in Francia, ed effettuato con le stesse misure di distress psicologico, mostrano un trend simile⁷⁸.

In un campione di donne abusate negli USA è stato mostrato che «i sintomi di PTSD erano predetti sia dall'intensità di aggressione fisica sia dalle tattiche di dominanza/isolamento messe in atto dal partner»⁷⁹. Questo corrisponde all'esperienza di donne abusate che spesso dicono che «la violenza psicologica può essere peggiore dell'aggressività fisica». Tali esperienze sono raccolte nel volume “Surviving Se-

xual Violence”⁸⁰ e nel libro della ricercatrice italiana Creazzo⁸¹.

In merito alla rilevanza dell'abuso psicologico come determinante di esiti di salute fisica e psichica, Pico-Alfonso et al.⁹ come obiettivo si propongono di determinare l'impatto dell'IPV fisica, psicologica e sessuale sulla salute mentale delle donne, dopo aver controllato rispetto al contributo della vittimizzazione lifetime. Sono stati presi in esame anche la comorbilità di sintomi depressivi e PTSD e la loro relazione all'ansia di stato e al suicidio. Il campione era costituito da: 75 donne abusate fisicamente e psicologicamente, 55 abusate psicologicamente in paragone a 52 donne di controllo, non abusate, intervistate direttamente per raccogliere informazioni socio-demografiche, sulla vittimizzazione lifetime e lo stato di salute mentale (sintomi depressivi e di ansia di stato, PTSD e suicidio). Le donne esposte a IPV fisica+psicologica e psicologica mostravano una più alta incidenza e severità di sintomi ansioso-depressivi, di PTSD e pensieri suicidari, rispetto alle donne di controllo, senza differenze tra i due gruppi di donne abusate. La concomitanza di violenza sessuale era associata a una maggiore severità di sintomi depressivi in entrambi i gruppi di abusate e a una più alta incidenza di tentativi di suicidio nel gruppo di donne abusate fisicamente e psicologicamente. La violenza sessuale, comunque, non risultava essere fattore predittivo indipendente di sintomatologia depressiva, ansiosa, di PTSD o suicidalità, cosa che concorda con lo studio di Basile et al.⁸² riguardo al PTSD, ma discorda con lo studio di Bennice et al.⁸³ in cui l'IPV sessuale contribuiva indipendentemente in modo significativo alla gravità della sintomatologia di PTSD. L'incidenza di PTSD da solo era molto rara e i sintomi depressivi si riscontravano sia da soli sia in comorbilità con PTSD (nel 90,3% di donne abusate fisicamente e psicologicamente, nell'89,3% di donne abusate psicologicamente). Pertanto PTSD e comorbilità PTSD/depressione era indistinguibile, in accordo con un precedente studio⁸⁴ e molto più alti che in altri studi⁸⁵. I risultati ottenuti si discostavano da quelli di ulteriori studi in quanto in essi venivano riportate percentuali più basse di donne con PTSD con sintomi depressivi in comorbilità. D'altro canto, l'incidenza di sintomi depressivi ottenuta (45,3% di donne abusate fisicamente e psicologicamente; 36,4% di donne abusate psicologicamente) era più alta che in studi precedenti⁷⁹, indicando che sebbene ci fosse una correlazione positiva tra la gravità delle due sintomatologie, i sintomi depressivi avevano una loro indipendenza dal PTSD nel campione oggetto di studio. I sintomi depressivi mostravano una maggior gravità quando in comorbilità con PTSD nel campione di donne abusate fisicamente e psicologicamente, ma non nel campione di donne abusate psicologicamente. Allo stesso modo l'incidenza di ideazione suicidaria nel gruppo di donne abusate fisicamente+psicologicamente, ma non in quelle abusate psicologicamente, era maggiore in quelle che avevano sia solo sintomi depressivi sia comorbilità. Pertanto la comorbilità di sintomi depressivi e di PTSD esacerbava la gravità dei sintomi depressivi solamente nel gruppo di donne abusate fisicamente+psicologicamente, sebbene non vi fosse una correlazione con la gravità di ansia o ideazione suicidaria, indicando che la comorbilità di sintomi depressivi e di PTSD non era associata con un deterioramento più grave dello stato di salute mentale delle donne, come da precedenti ricerche⁸⁵.

La gravità dell'ansia di stato era maggiore nelle donne abusate con sintomi depressivi o comorbilità, così come l'in-

Intimate partner violence (IPV) e fattori associati

cidanza di pensieri suicidari nel gruppo di donne abusate fisicamente e psicologicamente era più alta del previsto nelle donne con sintomatologia depressiva o comorbidità ($\chi^2=9,1$, $p<0,03$). Fare esperienza di IPV è predittore significativo di depressione ($F=7,75$, $p<0,001$) e ansia di stato ($F=7,03$, $p<0,001$) con IPV fisica e psicologica quali fattori primari nel determinare depressione e ansia di stato, mentre solo IPV psicologica quale fattore primario nel determinare PTSD e comorbidità tra PTSD e depressione. I risultati ottenuti da Pico-Alfonso et al. concordano con quelli di studi precedenti che hanno trovato il contributo indipendente di IPV psicologica a depressione⁸⁶ e PTSD⁸⁷. La vittimizzazione lifetime non era predittore di un deterioramento nella salute mentale in questo studio.

In conclusione, l'IPV psicologica è tanto distruttiva per la salute mentale delle donne quanto l'IPV fisica, con effetti indipendenti sui sintomi ansioso-depressivi ed è l'unico fattore che contribuisce al PTSD e alla comorbidità PTSD/depressione.

Pertanto, l'IPV psicologica deve essere considerata un tipo di violenza maggiore da parte dei professionisti⁹.

Relativamente alle conseguenze psichiche di IPV, si può dunque concludere con Golding⁷⁵ che:

- depressione e PTSD sono le sequele di IPV con maggiore prevalenza;
- i livelli di rischio di depressione e PTSD associati a IPV sono persino superiori di quello risultante da child sexual abuse (CSA);
- i livelli di depressione diminuiscono nel tempo una volta che l'abuso è cessato;
- la severità o durata della violenza è associata alla prevalenza o severità della depressione.

Occorre però tenere presente, nella valutazione delle conseguenze psichiche di IPV, il possibile effetto di fattori stressanti concomitanti, quali abusi infantili, eventi stressanti quotidiani, la presenza di molti figli, cambio di residenza, rapporti sessuali obbligati con il partner, separazione dal coniuge, life event negativi e problemi comportamentali dei bambini⁶⁹.

Inoltre, uno studio di popolazione svolto in Canada⁷⁰ ha rilevato che, in aggiunta alla depressione, le donne abusate hanno ansia, insonnia, disfunzione sociale (rispetto alle non abusate) e la violenza fisica – stando a questo lavoro – ha un impatto più forte rispetto a quella emotiva.

La violenza domestica è stata anche fortemente associata a comportamento suicidario, disturbi del sonno e dell'alimentazione, disfunzione sociale^{75,88} esacerbazione di sintomi psicotici⁸⁹ e abuso di alcol e sostanze⁷⁰. È fino a 6 volte più probabile che donne che fanno esperienza di violenza domestica facciano uso problematico o sviluppino dipendenza da alcol e sostanze⁷⁵. Sicuramente l'uso di alcol e/o sostanze nella vittima di IPV può essere indotto dal perpetratore, ma può svilupparsi anche in conseguenza della violenza subita. Ci sono evidenze che suggeriscono che l'abuso di alcol e di sostanze per alcune donne siano direttamente attribuibili all'abuso domestico, per calmare e per far fronte ai sintomi associati al PTSD: intrusione, evitamento e iper-arousal. Il PTSD svolgerebbe dunque il ruolo di mediatore tra l'IPV e l'abuso di sostanze^{69,90}. In uno studio di popolazione è stato riscontrato come l'uso di sostanze fosse sia un fattore di ri-

schio sia un effetto di PTSD e di tutte le forme di violenza, specialmente la violenza ripetuta e il trauma infantile⁹¹.

Occorre inoltre precisare che la natura di PTSD di cui fanno esperienza le donne vittime di IPV appartiene alla categoria di "sindrome da stress traumatico-complessa"⁹². Questa sindrome include i cambiamenti nelle attitudini della vittima riguardo a se stessa, al perpetratore, alle relazioni e ai suoi convincimenti.

Dunque, ci sono evidenze che supportano un nesso causale tra violenza domestica e disturbi psichiatrici in entrambe le direzioni: «i disturbi psichiatrici possono rendere una donna più vulnerabile alla violenza domestica e la violenza domestica può causare danni alla salute mentale»⁹³.

CONCLUSIONI

L'IPV, per come è stata presentata secondo i dati di prevalenza nazionali e internazionali, i fattori di rischio e il carico di effetti secondari sulla salute fisica e psichica, assume un impatto e una rilevanza di cui occorre tenere conto a più livelli:

- livello sanitario:** ambulatori di ginecologia-ostetricia, psichiatria e psicologia clinica chiamati a svolgere prevenzione, interfacciando precocemente la sofferenza della donna. Nel caso la violenza sia già stata subita, tali contesti devono saperla ricevere, ascoltare e accogliere, restituendo la possibilità di un percorso di cura ad ampio raggio, che comprenda sia gli aspetti clinici sia quelli giuridici, anche tramite la collaborazione con i centri antiviolenza, soggetti "non sanitari" che ricevono altresì una domanda di ascolto e di cura psicologica da parte delle donne maltrattate. Per un lavoro di prevenzione ad ampio spettro può essere utile servirsi di strumenti di screening validati. L'OMS ha sviluppato alcuni orientamenti e linee guida cliniche sull'IPV per operatori sanitari⁹⁴;
- livello politico-istituzionale:** chiamato a operare innanzitutto a livello legislativo affinché la violenza domestica sia adeguatamente punita e a supportare anche economicamente i centri preposti all'accogliimento delle donne e al loro trattamento;
- livello della ricerca epidemiologica:** svolto dagli istituti nazionali di statistica e da quelli accademici, che deve fornire dati continuamente aggiornati sul fenomeno e guidare la riflessione di tutti gli interlocutori. A proposito di sensibilizzazione sul tema, il coordinamento della Società Italiana di Psichiatria "Salute mentale della donna" nel documento "Violenza contro le donne e salute mentale"⁹⁵ raccomanda dei programmi di supporto per migliorare la formazione degli psichiatri a riconoscere e trattare le vittime di violenza.

Conflicto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

- Aguglia E, Botter V, Riolo A. La violenza di genere: un problema di salute pubblica. Riv Psichiatr 2011; 46: 89-96.
- di Giacomo E, Alamia A, Cicolari F, Cimolai V, Clerici M. Sexual abuse in adulthood: when psychic and somatic suffering merge. Riv Psichiatr 2014; 49: 172-9.

3. Bramante A, Filocamo G, Mencacci C. Donne e violenza domestica: diamo voce al silenzio. Milano: ONDA, 2010. <https://bit.ly/2JauEpn> (ultimo accesso 09/05/2019).
4. Rioli G, Sgarbi C, Moretti V, et al. An update on intimate partner violence and mental health. *Minerva Psichiatrica* 2017; 58: 216-33.
5. Velotti P, Beomonte Zobel S, Rogier G, Tambelli R. Exploring relationships: a systematic review on intimate partner violence and attachment. *Front Psychol* 2018; 9: 1166.
6. Nivoli A, Loretto L. Vittimologia e violenza di genere: linee guida di intervento sulla prevenzione e gestione della violenza del partner e sessuale sulle donne. *Noos* 2018; 12: 47-58.
7. Home Office United Kingdom. Domestic violence and abuse. London: Home Office, 2016.
8. Breiding M, Basile KC, Smith SG, Black MC, Mahendra RR. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Version 2.0. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention, 2015.
9. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martínez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health* 2006; 15: 599-611.
10. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368: 1260-9.
11. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Pop Rep* 1999; 27: 1.
12. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360: 1083-8.
13. Tjaden PG, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. Washington, DC: US Department of Justice, 2000. <https://bit.ly/1kHiVhI> (ultimo accesso 09/05/2019).
14. Office for National Statistics. Domestic abuse in England and Wales: year ending march 2018. London: Home Office, 2018. <https://bit.ly/2H8VFas> (ultimo accesso 09/05/2019).
15. Canadian Centre for Justice Statistics. 2016. Family violence in Canada: a statistical profile, 2014. <https://bit.ly/2VfvXoy> (ultimo accesso 09/05/2019).
16. ISTAT Muratore. La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. 2015. <https://bit.ly/2Wzi1Y8> (ultimo accesso 09/05/2019).
17. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet* 2013; 382: 859-65.
18. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2012; 7: e51740.
19. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, et al. Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorders in women: a community survey in India. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 404-13.
20. Simsek Z, Ak D, Altindag A, Günes M. Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. *J Public Health* 2008; 30: 487-93.
21. Jonas S, Khalifeh H, Bebbington PE, et al. Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in England: results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014; 23: 189-99.
22. Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 94-9.
23. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med* 2015; 45: 875-86.
24. Yoshihama M, Horrocks J, Kamano S. The role of emotional abuse in intimate partner violence and health among women in Yokohama, Japan. *Am J Public Health* 2009; 99: 647-53.
25. Khalifeh H, Oram S, Trevillion K, Johnson S, Howard LM. Recent intimate partner violence among people with chronic mental illness: findings from a national cross-sectional survey. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 207-12.
26. Feder G, Wathen CN, MacMillan HL. An evidence-based response to intimate partner violence: WHO guidelines. *JAMA* 2013; 310: 479-80.
27. Schumacher JA, Feldbau-Kohn S, Slep AMS, Heyman RE. Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behaviour* 2001; 6: 281-352.
28. Desjardins N, Hotton T. Trends in drug offences and the role of alcohol and drugs in crime. Canadian Centre for Justice Statistics 2004. <https://bit.ly/2YpcZhr> (ultimo accesso 09/05/2019).
29. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1222-34.
30. Jeyaseelan L, Sadowski LS, Kumar S, Hassan F, Ramiro L, Vizcarra B. World studies of abuse in the family environment: risk factors for physical intimate partner violence. *Inj Control Saf Promot* 2004; 11: 117-24.
31. Thompson MP, Kingree JB. The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes. *J Interpers Violence* 2006; 21: 163-77.
32. Fals-Stewart W. The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: a longitudinal diary study. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 41.
33. Bushman BJ. Effects of alcohol on human aggression. Validity of proposed explanations. *Recent Dev in Alcohol* 1997; 13: 227-43.
34. Testa M, Quigley BM, Leonard KE. Does alcohol make a difference? Within-participants comparison of incidents of partner violence. *J Interpers Violence* 2003; 18: 735-43.
35. Shepherd J, Irish M, Scully C, Leslie I. Alcohol intoxication and severity of injury in victims of assault. *BMJ* 1998; 296: 1299.
36. Graham K, Wells S. 'Somebody's gonna get their head kicked in tonight!' Aggression among young males in bars: a question of values? *Br J Criminol* 2003; 43: 546-66.
37. Graham K, Bernards S, Wilsnack SC, Gmel G. Alcohol may not cause partner violence but it seems to make it worse: a cross national comparison of the relationship between alcohol and severity of partner violence. *J Interpers Violence* 2011; 26: 1503-23.
38. Cunradi CB, Ames GM, Duke M. The relationship of alcohol problems to risk for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among a sample of blue-collar couples. *Violence Vict* 2011; 26: 147.
39. Caetano R, Ramisetty-Mikler S, Field CA. Unidirectional and bidirectional intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Violence Vict* 2005; 20: 393-406.
40. Graham KM. Unhappy hours: alcohol and partner aggression in the Americas. Pan American Health Org, 2008. <https://bit.ly/2VRYmFL> (ultimo accesso 09/05/2019).
41. Garcia-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization, 2013. <https://bit.ly/2JvhXFe> (ultimo accesso 09/05/2019).
42. Salom CL, Williams GM, Najman JM, Alati R. Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug Alcohol Depend* 2015; 151: 121-7.
43. Jonas S, Khalifeh H, Bebbington PE, et al. Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in England: results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014; 23: 189-99.

Intimate partner violence (IPV) e fattori associati

44. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 152-61.
45. Kraanen FL, Vedel E, Scholing A, Emmelkamp PM. Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2014; 46: 532-9.
46. Hoaken PN, Stewart SH. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addict Behav* 2003; 28: 1533-54.
47. Taft CT, Street AE, Marshall AD, Dowdall DJ, Riggs DS. Posttraumatic stress disorder, anger, and partner abuse among Vietnam combat veterans. *J Fam Psychol* 2007; 21: 270.
48. van Dam D, Ehring T, Vedel E, Emmelkamp PM. Screening for posttraumatic stress disorder in civilian substance use disorder patients: cross-validation of the Jellinek-PTSD screening questionnaire. *J Subst Abuse Treat* 2013; 44: 126-31.
49. Dansky BS, Byrne CA, Brady KT. Intimate violence and posttraumatic stress disorder among individuals with cocaine dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999; 25: 257-68.
50. Archer, J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2000; 126: 651-80.
51. Mouzou J, Makkai T. Women's experiences of male violence: findings from the Australian component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS). Canberra: Australian Institute of Criminology, 2004. <https://bit.ly/309Ckxp> (ultimo accesso 09/05/2019).
52. Desai S, Arias I, Thompson MP, Basile KC. Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence Vict* 2002; 17: 639-53.
53. Coid J, Petrukevitch A, Feder G, Chung WS, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet* 2001; 358: 450-4.
54. Iverson KM, Jimenez S, Harrington KM, Resick PA. The contribution of childhood family violence on later intimate partner violence among robbery victims. *Violence Vict* 2011; 26: 73-87.
55. Banyard VL, Arnold S, Smith J. Childhood sexual abuse and dating experiences of undergraduate women. *Child Maltreat* 2000; 5: 39-48.
56. Bensley L, Van Eenwyk J, Simmons KW. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am J Prev Med* 2003; 25: 38-44.
57. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clinical Psychol* 2003; 71: 741.
58. McKinney CM, Caetano R, Ramisetty-Mikler S, Nelson S. Childhood family violence and perpetration and victimization of intimate partner violence: Findings from a national population-based study of couples. *Ann Epidemiol* 2009; 19: 25-32.
59. Arias I. The legacy of child maltreatment: long-term health consequences for women. *J Womens Health* 2004; 13: 468-73.
60. Binder EB, Bradley RG, Liu W, et al. Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults. *JAMA* 2008; 299: 1291-305.
61. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 1205-22.
62. Kaysen D, Resick PA, Wise D. Living in danger: The impact of chronic traumatization and the traumatic context on posttraumatic stress disorder. *Trauma Violence Abuse* 2003; 4: 247-64.
63. Messman-Moore TL, Long PJ, Siegfried NJ. The revictimization of child sexual abuse survivors: an examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Child Maltreat* 2000; 5: 18-27.
64. Gobin RL, Iverson KM, Mitchell K, Vaughn R, Resick PA. The impact of childhood maltreatment on PTSD symptoms among female survivors of intimate partner violence. *Violence Vict* 2013; 28: 984-99.
65. Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M, et al. Abuse-related injury and symptoms of posttraumatic stress disorder as mechanisms of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *Pain Med* 2009; 10: 739-47.
66. Becker KD, Stuewig J, McCloskey LA. Traumatic stress symptoms of women exposed to different forms of childhood victimization and intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2010; 25: 1699-715.
67. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol* 2011; 23: 453-76.
68. Frewen PA, Lanius RA. Toward a psychobiology of posttraumatic self dysregulation: reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1071: 110-24.
69. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331-6.
70. Ratner PA. The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J Public Health* 1993; 84: 246-9.
71. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med* 1991; 151: 342-7.
72. Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med* 2011; 5: 428-39.
73. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Eng J Med* 1998; 338: 171-9.
74. Romito P, Turan JM, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1717-27.
75. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence* 1999; 14: 99-132.
76. Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK, Rivara FP, Rubanowice DM, Thompson RS. Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *Am J Prev Med* 2003; 24: 9-15.
77. Koss MP, Bailey JA, Yuan NP, Herrera VM, Lichter EL. Depression and PTSD in survivors of male violence: research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychol Women Q* 2003; 27: 130-42.
78. Jaspard M, Saurel-Cubizolles MJ; Équipe ENVEFF. Violences envers les femmes et effets sur la santé. Presentation de l'Enquete Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF). La Documentation Française, Paris 2003. <https://bit.ly/2WEUViY> (ultimo accesso 09/05/2019).
79. Cascardi M, O'Leary KD, Schlee KA. Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *J Fam Violence* 1999; 14: 227-49.
80. Kelly L. *Surviving Sexual Violence*. Hoboken: Wiley, 2013.
81. Creazzo G. Mi prendo e mi porto via: le donne che hanno chiesto aiuto ai centri antiviolenza in Emilia-Romagna. Milano: Franco Angeli, 2003.
82. Basile KC, Arias I, Desai S, Thompson MP. The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress* 2004; 17: 413-21.
83. Bennice JA, Resick PA, Mechanic M, Astin Millie. The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on posttraumatic stress disorder symptomatology. *Violence Vict* 2003; 18: 87-94.
84. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1390-6.

Santambrogio J et al.

85. Shalev AY, Freedman S, Peri T, et al. Prospective study of post-traumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 630-7.
86. Street AE, Arias I. Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: examining the roles of shame and guilt. *Violence Vict* 2001; 16: 65.
87. Katz J, Arias, I. Psychological abuse and depressive symptoms in dating women: do different types of abuse have differential effects? *J Fam Violence* 1999; 14: 281-95.
88. Olshen E, McVeigh KH, Wunsch-Hitzig RA, Rickert VI. Dating violence, sexual assault, and suicide attempts among urban teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 539-45.
89. Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B. Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 380-3.
90. Campbell JC. *Assessing dangerousness: violence by batterers and child abusers*. New York: Springer Publishing Company, 2007.
91. Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 834.
92. Herman JL. *Trauma and Recovery*. Rev. ed. New York: Basic-Books, 1997.
93. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med* 2010; 40: 881-93.
94. De Girolamo G, Romito P (a cura di). *Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne: orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS*, Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2014.
95. Amorosi M, Atti AR, Botter V, et al. (coordinatrice), Coordinamento SIP "Salute Mentale della Donna". *Violenza contro le donne e salute mentale*. <https://bit.ly/2Hgc9MK> (ultimo accesso 09/05/2019).