

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/282070306>

Violenza domestica e gravidanza. Conseguenze in fase prenatale e neonatale dell'Intimate Partner Violence

Article in *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia* · June 2015

DOI: 10.3280/MAL2015-002003

CITATIONS

0

READS

1,371

1 author:



Alessandra Salerno

Università degli Studi di Palermo

27 PUBLICATIONS 15 CITATIONS

SEE PROFILE

Violenza domestica e gravidanza. Conseguenze in fase prenatale e neonatale dell'Intimate Partner Violence

La violenza assistita, ovvero la qualsiasi forma di maltrattamento compiuto su figure di riferimento affettivamente significative per il bambino (CISMAI, 2005), può manifestarsi in fase prenatale. La gravidanza è stata riconosciuta come uno dei periodi più ad alto rischio per l'Intimate Partner Violence (Holden, 2003): il feto può essere l'obiettivo diretto dell'attacco o subirne accidentalmente le conseguenze, a cominciare dagli effetti dello stato psicologico di terrore sperimentato dalla madre. Inoltre, studi evidenziano un effetto secondario di tale forma di violenza, legato all'influenza sulla percezione che le madri hanno della personalità e del temperamento del bambino che spesso ci si aspetta siano negativamente influenzati dagli abusi che la donna stessa ha subito in gravidanza (DeVoe e Smith, 2002). Il contributo vuole essere una review della letteratura nazionale e internazionale sull'argomento.

Parole chiave: coppia, violenza domestica, gravidanza, maltrattamento

Domestic violence and pregnancy. Intimate partner violence consequences in prenatal and neonatal phases

Witnessing domestic violence, that is, any form of maltreatment on reference figures affectively significant for the child (CISMAI, 2005, Holden, 2003), can occur prenatally. Pregnancy has been recognized as a period of heightened risk for intimate partner violence (Holden, 2003); the fetus can thus be the direct target of an assault or suffer the consequences accidentally, starting from the effects of the psychological state of terror experienced by the mother. In addition, studies show a secondary effect of this form of violence, due to the perception that mothers might have of the child's personality and temperament which are often expected to be negatively affected by the abuse she suffered during pregnancy (DeVoe and Smith, 2002). This paper is a review of national and international literature on the topic.

Key words: couple, intimate partner violence, pregnancy, maltreatment

1. Introduzione

La ricerca internazionale sul tema della violenza domestica e sulle sue conseguenze su tutti i membri della famiglia è cresciuta notevolmente nelle ultime tre decadi. In particolare, l'ampia letteratura sulla Intimate Partner Violence - IPV- evidenzia che la presenza di comportamenti fisicamente e/o psicologicamente violenti messi in atto da uno o da entrambi i partner nelle coppie è un fenomeno estremamente diffuso e trasversale, indipendentemente da fattori quali il contesto sociale, le etnie o le culture di appartenenza (Gilfus *et al.*, 2010; Salerno & Merenda, 2013).

Relativamente alla presenza dei figli, è ormai chiaro che le azioni violente li vedono comunque coinvolti, in modo diretto o indiretto. Numerosi studi mostrano che i bambini cresciuti in famiglie ove è presente violenza domestica corrono un rischio di maltrattamento diretto superiore del 50% rispetto ai minori che non si trovano in tale situazione (Holt, Buckley & Whelan, 2008; Cummings *et al.*, 2009; Olaya *et al.*, 2010).

In Italia, il fenomeno è definito *violenza assistita* e si verifica “ogni qualvolta un bambino o un adolescente è testimone di atti di violenza tra persone per lui affettivamente significative, adulte o minori; indipendentemente dal fatto che egli venga esposto alla violenza in maniera diretta o indiretta, le conseguenze sul suo benessere e sul suo sviluppo psicofisico saranno di notevole entità e interverranno sulla strutturazione delle sue idee relative al mondo esterno, sulla sua capacità di gestire le emozioni, sullo stile di attaccamento e sulle sue relazioni da adulto” (Salerno, 2014, 141); nel nostro paese solo da pochi anni l'attenzione a tale forma di abuso si è resa palese anche in documenti ufficiali; nel 2005 il Cismai, Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia ha elaborato il documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri, nel quale vengono descritte le modalità di rilevazione, protezione, valutazione e trattamento nei casi di violenza assistita nonché le possibili difficoltà di intervento.

Holden (2003) ipotizza che tali circostanze rappresentino una vera e propria forma di maltrattamento o abuso ai minori, la quinta dopo l'abuso fisico, sessuale, psicologico e la trascuratezza e, nella sua nota tassonomia relativa alle differenti situazioni nelle quali il bambino si trova coinvolto nella violenza tra i genitori, egli indica proprio la vita intrauterina come la prima fase a rischio per madre e nascituro.

2. La violenza in gravidanza

Sebbene sia accertata l'entità e la gravità del fenomeno della violenza sulle donne, poca attenzione è stata posta alla connessione tra violenza domestica e gravidanza (Huth-Bocks *et al.*, 2004; Jasinski, 2004; Amman Gainotti, 2008; Lapierre, 2008; Helmuth *et al.*, 2013). Solo recentemente ci si è resi conto che il fenomeno è tutt'altro che circoscritto e che è necessario definirlo attraverso studi e ricerche anche al fine di azioni preventive. Audi *et al.* (2008) affermano che la violenza domestica in gravidanza deve essere ritenuta un fattore di rischio per la salute della donna e del feto e da annoverarsi tra le emergenze in campo di salute pubblica. "Un mito diffuso è che la gravidanza risulti in qualche modo protettiva nei confronti della violenza e dei maltrattamenti. Sembra invece che la violenza non risparmi la donna neppure durante questa fase della vita e anzi che possa cominciare ad inasprirsi proprio in quel periodo" (Amann Gainotti & Schiavulli, 2008, 38).

Molti autori hanno evidenziato differenti livelli di gravità del fenomeno nei diversi paesi (Martin *et al.*, 2006; Ludermir *et al.*, 2010); Hellmuth *et al.* (2013) riferiscono di alcuni recenti studi condotti negli Stati Uniti che vedono la percentuale di donne che hanno subito violenza in gravidanza raggiungere il 50% mentre il Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità su violenza e salute nel mondo (2002) riporta che studi di popolazione condotti in Canada, Cile, Egitto e Nicaragua hanno rilevato una percentuale che varia dal 6% al 15% relativa a donne che hanno subito un abuso fisico o sessuale durante la gravidanza, generalmente da parte del partner.

In Italia non è stata ancora condotta un'indagine specifica sul fenomeno ma i dati ISTAT disponibili relativi alla violenza sulle donne indicano che l'11,5% delle donne vittime era in stato di gravidanza al momento della violenza, che per il 50,6% di queste la frequenza degli episodi violenti durante la gravidanza è rimasta costante, per il 17% è diminuita, mentre per il 16,6% è aumentata. Infine, il 15% afferma che l'inizio della gravidanza è coinciso con l'inizio dei comportamenti violenti da parte del partner (ISTAT, 2007). In uno studio di Dubini e Curriel (2006 in Amman Gainotti & Schiavulli, 2008) relativo a 300 donne intervistate in alcuni consultori della provincia fiorentina, il 30% dei soggetti riporta episodi di violenza nel corso della vita e il 22% nel periodo della gravidanza.

Le ricerche condotte negli ultimi due decenni evidenziano che la violenza in gravidanza ha luogo prevalentemente a danno di donne che avevano iniziato a sperimentare IPV anche precedentemente all'inizio della gravidanza stessa e, in alcuni casi, è stata riscontrata una frequenza più alta e una maggiore severità degli atti violenti proprio nel periodo gestazionale (Martin *et al.*, 2004) che comunque, anche ove non si registri un aggravarsi delle violenze, non sembra rappresentare un fattore protettivo per le vittime. Charles e Perreira (2007) sostengono che la violenza domestica precedente all'inizio della gestazione predica la presenza di IPV anche in seguito e sottolineano anche come i fattori di rischio e di protezione relativi alla IPV in gravidanza siano gli stessi per quanto riguarda il periodo del post-partum e dei primi mesi di vita del bambino.

Hellmuth *et al.* (2013) individuano alcuni fattori di rischio che spesso accompagnano il periodo gestazionale e che rendono la donna particolarmente fragile e meno in grado di difendersi e opporsi alle violenze; tra questi, l'aumento dello stress comporta un decremento delle capacità di coping e un innalzamento del livello di conflitto di coppia che, nei casi più gravi, esita in violenza; anche una relazione di coppia caratterizzata da gelosia e sospetti può trasformarsi in relazione violenta nel corso della gravidanza soprattutto quando a tali fattori si associa uno basso stato socio-economico della coppia. Jasinski (2004) sottolinea che lo stress di per sé non comporta necessariamente violenza e che esso è presente in tutte le coppie davanti all'evento critico gravidanza; l'autrice però riscontra più alti livelli di stress nelle coppie primipare ed in quelle che fronteggiano una gravidanza indesiderata, soprattutto dove è il partner maschile a non accettare lo stato gravidico della donna, spesso per il timore che il nuovo nato possa allontanare la partner o impegnarla a scapito della relazione di coppia. Anche Amman Gainotti e Schiavulli (2008) fanno notare come proprio l'aumento di stress e di frustrazione sia tra i motivi che più frequentemente la letteratura adduce per spiegare i comportamenti violenti del futuro padre nei confronti della partner.

Se, come già affermato, le conseguenze della violenza domestica riguardano ampie sfere della vita e della salute della donna, sia dal punto di vista fisico che psicologico e sociale (Bell & Naugle, 2008; Klevens *et al.*, 2012), gli abusi sulla donna incinta determinano importanti rischi anche per il nascituro con specifiche conseguenze quali alta frequenza di aborti spontanei, ritardo nell'assistenza prenatale, nascita di un feto morto, travaglio e parto prematuro, lesioni fetali, basso peso alla

nascita (OMS, 2002). Amman Gainotti e Schiavulli (2008) ipotizzano inoltre che la violenza in gravidanza possa determinare anche conseguenze indirette che scaturiscono dall'aumento dello stress e dell'ansia; tra esse, le più frequenti sono gastriti, problemi dovuti a colon irritabile, dispepsia, angina pectoris e ipertensione.

E' noto che la gravidanza rappresenta un evento critico di particolare rilevanza nel ciclo di vita della coppia. Se è vero che nei suoi esiti positivi la transizione alla genitorialità determina una serie di cambiamenti nel sottosistema coniugale che arricchiscono la relazione tra partner e quella con le famiglie d'origine, inserendo una nuova dimensione nelle dinamiche tra i componenti familiari, è altrettanto vero che tale evento è tra i più delicati e destabilizzanti dell'intero ciclo di vita.

Huth-Bocks *et al.*, (2004) sostengono che secondo un vertice psicodinamico (Stern, 1995; Ammaniti *et al.*, 2002; 2006) la donna durante la gravidanza rivive vecchi conflitti, riorganizza la sua relazione con la propria madre, con il partner e con la rappresentazione mentale del nascituro e tale rielaborazione è resa possibile dallo sviluppo di intense rappresentazioni mentali.

Come ampiamente dimostrato da Stern (1995) con la nascita del primo figlio la donna transita in una nuova organizzazione psichica che l'autore definisce *costellazione materna* che "determinerà una nuova serie di azioni, tendenze, sensibilità, fantasie, paure e desideri /.../ Durante questo periodo diventa la linea organizzativa dominante per la vita psichica della madre e mette in secondo piano le precedenti organizzazioni nucleari o complessi che hanno svolto quel ruolo centrale" (171). Gli studi riportati da Levendosky, Lannert e Yalch (2012) hanno dimostrato che le rappresentazioni mentali che la donna costruisce del bambino in gravidanza e si sé stessa subito dopo la nascita possono venire danneggiate da esperienze traumatiche quali la violenza domestica.

3. Le forme della violenza prenatale

Gli autori si sono spesso soffermati sui più frequenti fattori di rischio e di protezione del fenomeno, oltre alle sue differenti manifestazioni. Esiste un accordo relativo alle caratteristiche socio-demografiche delle vittime di violenza prenatale che sembrano essere donne con un basso livello socio-culturale, appartenenti a etnie minoritarie, di età inferiore ai 30 anni e in una relazione di coppia instabile (Martin *et al.*, 2004;

Bailey & Daugherty, 2007; Chambliss, 2008; Bailey, 2010); altri fattori intervenienti indicano la presenza di maltrattamenti precedenti la gravidanza, la giovane età di entrambi i partner (con un rischio superiore se sotto i 20 anni), la gravidanza indesiderata, partner con problemi di dipendenza da alcol o sostanze, isolamento sociale, stress cronico (Bachus, Mezey & Bewley, 2006; Charles & Perreira, 2007; Amman Gai-notti Schiavulli, 2008)).

Bailey e Daugherty (2007) sostengono che si è dato poco spazio alla differenziazione tra le molteplici forme di IPV, affermando che la violenza fisica, psicologica o sessuale, spesso compresenti dell'ambito della violenza domestica, possono dar luogo ad esiti differenti. Dal loro studio emerge che, sebbene la violenza fisica rappresenti la forma di IPV con maggiori conseguenze sull'esito della gravidanza e sulla salute di madre e feto, nel caso in cui la donna sia vittima soltanto di abuso psicologico questo presenta notevoli ricadute indirette anche sulla sua salute fisica, portandola spesso a mettere in atto comportamenti nocivi anche per il nascituro quali abuso di alcol, fumo o sostanze.

Anche Faramarzi, Esmaelzadeh & Mosavi (2004) distinguono tra i vari tipi di IPV sulla donna incinta, descrivendo le più frequenti azioni di maltrattamento fisico (schiacci, pugni, calci, ecc.), di abuso psicologico (aspre critiche anche in pubblico, prese in giro, offese relative all'aspetto fisico o alle capacità della donna, decisioni prese al suo posto, rifiuto di parlarle, ecc.), di violenza sessuale (costringendo la donna ad avere rapporti sessuali anche rischiosi per la gravidanza).

Tra le più frequenti conseguenze dell'IPV in gravidanza a carico della donna, gli autori (Jasinski, 2004; Audi *et al.*, 2008; Chambliss, 2008), individuano innanzitutto danni di tipo fisico come ematomi, fratture, traumi addominali, complicanze durante la gravidanza o il parto, aborto, parto prematuro, problematiche fisiche per il neonato, difficoltà nell'allattamento al seno; tra le problematiche di natura psichica vengono invece riscontrate prevalentemente depressione, ansia, stato di "terrorismo intimo" (Johnson, 2006), sintomi da disturbo post-traumatico da stress, comportamenti a rischio come abuso di fumo, alcol o sostanze, ma anche un limitato o nullo ricorso alle normali e routinarie cure prenatali (Faramarzi, Esmaelzadeh & Mosavi, 2004; Bailey & Daugherty, 2007; Flach *et al.*, 2011; Hellmuth *et al.*, 2013). Relativamente al momento del parto, le rilevazioni dell'American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) hanno evidenziato un'alta percentuale di donne vittime di IPV che incontravano problemi di diversa natura,

con particolare riferimento a preeclampsia, minacce di aborto, distacco della placenta fino alla morte del nascituro (Yost *et al.*, 2005; Bailey, 2010). La scarsa attenzione alle cure e agli esami medici prenatali spesso deriva dallo stato isolamento nel quale le vittime sono costrette a vivere: come rilevano Amman Gainotti e Schiavulli (2008, 46) “a causa del grave stato di sottomissione in cui vivono queste donne, sono spesso costrette dal partner a rinunciare alle visite previste durante la gestazione, con conseguenze dannose sia per l’abusata che per il feto”. Levendosky *et al.* (2011) affermano anche che oltre al trauma stesso della violenza, le conseguenze riguardano anche i correlati biologici dello stress materno e le loro conseguenze sullo sviluppo cerebrale del feto così come sulle risposte allo stress del bambino dopo la nascita.

Oltre agli evidenti effetti diretti che la violenza fisica può avere sul feto, esistono una serie di conseguenze indirette altrettanto gravi. Bailey (2010) riferisce di una probabilità nove volte più alta per le donne con IPV in gravidanza rispetto ai gruppi di controllo di sviluppare un disturbo d’ansia, di essere ricoverate per problemi di salute mentale, primi tra tutti stati depressivi. A tal proposito, in un recente studio, Ludermir *et al.* (2010) hanno concentrato l’attenzione sulla depressione pre e post partum, riscontrando un forte correlazione tra ogni tipo di intimate partner violence (specialmente quella fisica e sessuale) perpetrata nel corso della gravidanza e stati depressivi di notevole entità sperimentati prima e dopo la nascita del bambino. Le conseguenze dello stato depressivo della donna incinta sono state approfondite anche da Martin *et al.* (2006) che affermano che in molti di questi casi la donna si mostra spesso poco attenta alla propria salute, evidenzia carenze nella nutrizione, abuso di sostanze, fumo e alcol, che incidono sulla salute anche del feto; gli autori riferiscono anche delle ricadute nel post-partum, e, in particolare, dell’incidenza della depressione sullo stile di attaccamento che può risultare compromesso dalla scarsa disponibilità nei confronti del neonato, considerato che queste madri sembrano meno in grado di rispondere alle sue esigenze, di prevenire i suoi bisogni, di sintonizzarsi affettivamente con il figlio. Inoltre si trovano spesso a mostrare rabbia, usare linguaggio volgare anche nei confronti del bambino, urlare, fino a maltrattare direttamente il bambino. Anche Levendosky *et al.* (2011) indicano la depressione come uno dei fattori che contribuisce a mettere in atto un comportamento di accudimento non ottimale dato che riduce l’attenzione materna e l’interesse verso il bambino contribuendo a far decrescere la disponibilità nell’assistere e supportare il bambino nella

regolazione delle emozioni. Gli autori trovano maggiormente a rischio i bambini nella fase della prima infanzia a causa della loro assoluta dipendenza dalle cure del caregiver.

Tra le ricadute dirette sul neonato, numerosi studi hanno evidenziato una caratteristica comune dei bambini nati da madri vittime di IPV, ovvero il basso peso alla nascita (Bailey & Daugherty, 2007; Audi *et al.*, 2008). Murphy *et al.* (2001), ad esempio, in una review di studi sull'argomento trovano una maggiore probabilità di partorire un bambino con peso inferiore alla media nelle donne con una storia di abusi rispetto a gruppi di controllo di donne non abusate; agli stessi risultati pervengono anche Faramarzi, Esmaelzadeh e Mosavi (2004) e Fried *et al.* (2008) i quali, esaminando donne coinvolte in episodi di IPV sia nel corso della loro storia di coppia che durante la gravidanza, riscontrano una maggiore percentuale di neonati sottopeso rispetto ai figli di donne appartenenti a coppie non violente. Di contro, nello studio di Yost *et al.* (2005) la correlazione tra i due fenomeni non risulta significativa anche se gli autori evidenziano un frequente rifiuto da parte di alcune donne coinvolte nello studio di rispondere a domande relative a eventuali abusi subiti o di partecipare alla ricerca stessa; la spiegazione potrebbe riferirsi a paura di vendetta da parte del partner il cui comportamento violento verrebbe dunque allo scoperto ma tale scelta sembra mettere le donne maggiormente a rischio considerato che il rifiuto di entrare in contatto con i servizi di assistenza sanitaria le priva di un corretto controllo medico e più soggette a rischio di complicanze.

4. La violenza in periodo postnatale

In generale, gli studi più recenti possono essere categorizzati in due differenti correnti: nel primo caso si situano gli studi che definiscono l'IPV una forma di abuso per il bambino, indipendentemente dal fatto che egli venga direttamente o indirettamente coinvolto negli abusi; il secondo gruppo contiene invece le riflessioni sulle conseguenze dell'IPV nell'ambito della trasmissione intergenerazionale della violenza domestica, che vede i bambini vittime di violenza assistita riproporre da adulti gli stessi comportamenti abusanti nei confronti del partner e/o dei figli (Lapierre, 2008; Salerno e Sarrica, 2012; Salerno, 2013).

Huth-Bocks *et al.* (2004) riportano che la maggior parte degli studi sulla violenza assistita hanno erroneamente affermato che i bambini

molto piccoli non venissero coinvolti più di tanto dalla violenza tra i genitori o non ne soffrissero le conseguenze; di contro, alcune recenti ricerche evidenziano che i bambini più piccoli manifestano numerosi problemi quali disturbi della condotta, sintomi da disturbo post-traumatico da stress, scarse capacità empatiche e sociali; una sfera particolarmente delicata è relativa allo sviluppo emotivo che sembra disturbato dalle esperienze di violenza assistita che frequentemente determinano in questi soggetti difficoltà nella gestione e nel controllo delle emozioni, soprattutto di ansia, paura, irritabilità e rabbia, in misura maggiore rispetto ai bambini non vittime di violenza assistita (Osofsky, 1999 in Huth-Bocks *et al.*, 2004).

Gli autori individuano una sorta di spirale che ha origine dalle rappresentazioni mentali prenatali che influenzano le percezioni e le interazioni con il neonato le cui risposte influenzano a loro volta lo stile di attaccamento. Ad esempio, Lannert, Levendoski e Bogat (2013) rimarcano come il sistema di attaccamento della madre, esattamente come quello del bambino, contiene rappresentazioni internalizzate di sé e degli altri significativi: in condizioni ottimali, i due sistemi sono tra loro connessi e funzionano in *tandem*, producendo interazioni disdice ripetute che producono relazioni sicure e stabili che rispondono ai bisogni del bambino e lo conducono allo sviluppo di rappresentazioni oggettuali coerenti; in condizioni di particolare stress, come quelle determinate dalla presenza di IPV, tali configurazioni vengono fortemente destabilizzate e perturbate dando luogo a stili di attaccamento di tipo insicuro e a rappresentazioni mentali incoerenti e instabili (cfr. Lannert, Levendoski & Bogat, 2013, 222).

Anche Flach *et al.* (2011) riscontrano, in donne con esperienza di IPV precedenti alla gravidanza, rappresentazioni mentali negative relative al nascituro e una particolare fragilità del legame con il bambino dopo la nascita. Gli autori inoltre sottolineano come l'impatto dell'IPV sulla salute del bambino sia mediato dai fattori che generalmente accompagnano la violenza, quali disturbi mentali o fattori socio-economici sfavorevoli. Nel loro studio longitudinale confermano l'influenza di fattori antecedenti alla nascita sulla gravità dell'IPV in gravidanza e rimarcano in queste famiglie la comorbidità tra disturbi psichiatrici, violenza di coppia e conseguenze negative sullo sviluppo del bambino in termini di disturbi del comportamento, iperattività e difficoltà emotive.

Dallo studio di Huth-Bocks *et al.* (2004) emerge anche che le donne

con esperienza di IPV costruiscono rappresentazioni mentali significativamente più negative del bambino e di loro stesse; ad esempio, percepiscono il neonato come poco aperto e comunicativo e difficile da accudire; si reputano incompetenti, non in grado di rispondere al figlio in maniera attenta e sensibile, incapaci di chiedere aiuto e manifestano spesso rabbia, tristezza e in generale emozioni negative quando parlano dei loro bambini.

Le narrazioni che gli autori hanno raccolto relativamente alla gravidanza e alle rappresentazioni mentali, si rivelano piuttosto rigide e incoerenti con frequenti fantasie persecutorie relative al feto la cui presenza, anche attraverso i suoi movimenti e le sensazioni fisiche provate dalla madre, viene spesso valutata come minacciante o rievoca traumi o paure scatenate o associate proprio dalla violenza subita. Queste donne si presentano fredde, distanti, arrabbiate, ansiose e preoccupate, con una sensazione di sopraffazione e di incapacità di gestire la complessità della loro situazione; le future madri, inoltre, percepiscono il bambino come potenziale aggressore, i suoi movimenti come fastidiosi e intrusivi, che possono provocare dolore e associano l'idea del bambino a quella del padre violento, esprimendo la paura che possa rivelarsi aggressivo anche lui.

Come già accennato, una riflessione a parte merita il tema relativo alla relazione di attaccamento madre-bambino; come affermano Leven-dosky *et al.* (2011), nel postpartum l'IPV continua a giocare un ruolo importante: se la donna ha sperimentato violenza domestica nel corso della gravidanza o nel primo anno di vita del bambino, è probabile che il bambino sviluppi uno stile di attaccamento insicuro e che lo mantenga tale entro i 4 anni di età. La spiegazione ha a che fare con quello che sembra l'ambito maggiormente pregiudicato nel caso di bambini molto piccoli, ovvero la percezione della sicurezza, area a rischio a causa del fatto che l'ambiente familiare, che dovrebbe rappresentare una fonte di accudimento e rassicurazione nel suo strutturarsi come base sicura, contiene, invece elementi ansiogeni, di insicurezza e imprevedibilità: "l'aspetto di maggiore entità sembra però riguardare l'influenza della violenza assistita sullo stile di attaccamento: la presenza di un genitore al contempo figura protettiva ma anche fonte di trascuratezza e abuso o del quale si ha paura, destabilizza profondamente il bambino e le sue percezioni rispetto a chi è da ritenersi affidabile, presente, *buono* e chi invece spaventa, minaccia ed è *cattivo*" (Salerno, 2014, 145).

Infine, sempre a proposito della prima infanzia, considerata l'impor-

tanza che questa fase riveste per la strutturazione della capacità di regolazione delle emozioni, alcuni studi evidenziano come i bambini con esperienza di IPV presentano alti livelli di reattività emotiva negativa, con elevate quote di ansia, tristezza o paura ed appaiono più vulnerabili e inclini allo sviluppo di sintomi psicopatologici (Cummings *et al.*, 2009).

Pochi autori si sono interrogati sulle differenze esistenti nel caso in cui il partner vittima di IPV nel periodo della gravidanza non sia la donna bensì l'uomo. In generale, l'attenzione per la violenza femminile nella coppia è decisamente inferiore rispetto a quella maschile, sebbene il primo studio che evidenziò l'esistenza della "battered husband syndrome" risalga ormai a quasi 40 anni fa e da allora centinaia di studi hanno descritto le caratteristiche della violenza femminile in termini di frequenza, tipologia e conseguenze (Archer, 2002; Stark, 2010; Salerno & Giuliano, 2012).

Più frequenti appaiono gli studi che rivolgono l'attenzione alla cosiddetta violenza bidirezionale (Kar & O'Leary, 2010) che vede entrambi i partner attivamente coinvolti nel mantenimento delle dinamiche violente. Martin *et al.* (2004) nel loro studio riscontrano un aumento della violenza psicologica di tipo bidirezionale a seguito della gravidanza; sembra che le coppie siano più frequentemente coinvolte in discussioni accese, dove l'aggressività verbale non necessariamente esita in violenza fisica. Charles e Perreira (2007) sono tra i pochi autori che propongono delle riflessioni anche sulla violenza femminile che viene spesso sottovalutata se non del tutto ignorata e che può avere luogo anche nel periodo della gravidanza; anche l'IPV ai danni dell'uomo rappresenta un fattore di rischio per la crescita sana del bambino che vede in un ambiente rassicurante, coerente e fonte di protezione un grande fattore ansiogeno e fonte di pericolo. Gli autori sostengono, inoltre, che dai pochi studi sulla violenza bidirezionale emerge che entrambi i partner denunciano atti aggressivi di tipo fisico, emotivo e coercitivo e in due tipologie di atti aggressivi, ovvero l'abuso fisico in gravidanza e i comportamenti coercitivi e controllanti dopo il parto, le donne sembrano esercitare più frequentemente violenza rispetto agli uomini.

Un recente lavoro di disamina della letteratura sul tema della violenza assistita (Salerno, 2014) ha evidenziato come frequentemente venga "sottovalutato l'impatto negativo della violenza di coppia sui figli, i genitori stessi appaiono spesso inconsapevoli di quanto i figli ne soffrano, convinti che non capiscano o che, non essendo direttamente coinvolti, le violenze non li riguardino più di tanto; tale atteggiamento può essere

spiegato come un ulteriore atto di trascuratezza nei confronti dei figli e rientra in quelle reazioni disfunzionali che appartengono a questa tipologia familiare” (152).

4. Conclusioni

La presenza della violenza domestica in gravidanza e della gravità delle sue conseguenze è accertata dagli studi esaminati. Ciò nonostante la rassegna consente di individuare una serie di aspetti meno definiti e che necessitano di maggiori approfondimenti.

Jasinski (2004) e Bailey (2010), ad esempio, sostengono che sia un errore affermare che tutte le donne siano a rischio di violenza in gravidanza ma che sia invece più corretto il dato che riporta un’alta probabilità di IPV durante questa fase per le donne che hanno una storia di violenza anche precedente alla gestazione. I dati di uno studio qualitativo di Bacchus, Mezey e Bewley (2006) suggeriscono che l’esperienza delle donne abusate dai partner in gravidanza sono sovrapponibili a quelle delle donne che subiscono lo stesso tipo di abuso fuori dal periodo gestazionale. La causa principale è da ricondurre all’insicurezza nel legame da parte dell’abusante e il conseguente bisogno di esercitare potere e controllo sulla partner; la particolarità è che la gravidanza rende, per svariati motivi, le vittime più fragili, insicure e indifese e che le conseguenze non riguardano solo la donna ma anche il feto.

Di contro, uno studio di Bowen *et al.* (2005) definisce la gravidanza e il primo periodo dopo il parto come fattori protettivi per l’IPV che invece viene rilevata in gravidanza soprattutto quando altri fattori di rischio sono presenti (basso livello socio-economico e culturale, giovane età della madre, uso di sostanze).

La contraddittorietà di alcuni risultati relativamente all’aumento di atti aggressivi o, di contro, a un decremento della loro frequenza nei mesi della gestazione, è da imputare a differenti fattori, prime tra tutti le diverse metodologie utilizzate dagli studiosi (Jasinski, 2004; Audi *et al.*, 2008): in alcuni casi, infatti, incide l’aver reclutato i soggetti in contesti clinici anziché nella comunità, in altri le differenze riguardano la definizione stessa del fenomeno ove spesso la donna intervistata risponde a domande su atti di esclusiva violenza fisica piuttosto che di altro genere come l’abuso psicologico. Sembra inoltre che ulteriori differenze possano essere dovute alla fase della gravidanza nella quale le donne si tro-

vavano al momento della ricerca nonché al fatto che la donna si trovi alla prima gravidanza o meno: nella meta-analisi di Devries *et al.* (2010) viene, ad esempio, evidenziato come le donne alla prima gravidanza possano essere più soggette a IPV a causa del maggiore livello di stress determinato dalla transizione alla genitorialità sperimentata per la prima volta.

In ambito preventivo è opinione comune che indagare su eventuali comportamenti violenti subito dalla donna, sia prima che durante la gravidanza, debba rientrare nei normale screening prenatale e che il personale medico debba essere formato anche in tal senso. Levendosky *et al.* (2011), osservano, ad esempio, che la donna che abbandona la relazione violenta dopo la nascita del bambino ha maggiori probabilità di riequilibrare le sue rappresentazioni mentali post-natali e di instaurare con il bambino uno stile di attaccamento di tipo sicuro.

Spesso la gravidanza è una prima importante occasione per le donne, soprattutto appartenenti a ceti socio-culturali molto bassi, di entrare in contatto con i servizi sanitari e di usufruire di attenzione e cura che in altre fasi della loro vita non hanno mai sperimentato.

Bibliografia

- Amann Gainotti, M. & Schiavulli, P. (2008). Maltrattamenti e violenze in gravidanza: un aspetto sommerso della violenza di genere. *Rivista di sessuologia clinica*, XV, 2, 37-56.
- Ammaniti, M., Tambelli, R., Odorisio, F., D'Isidori, M., Vismara, L. & Mancone, A. (2002). Rappresentazioni mentali e modelli di attaccamento in donne in gravidanza con rischio depressivo e psicosociale. *Infanzia e Adolescenza*, 2, 97-112.
- Ammaniti, M., Speranza, A.M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., Odorisio, F. & Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27, 70-90, doi: 10.1002/imhj.20081.
- Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 3, 213-351.
- Audi, C.A., Corrêa, A.M., Latorre, M.R. & Santiago S.M. (2008). The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *Journal de Pediatria*, 84, 1, 60-67, doi: 10.2223/JPED.1744.

Autore

- Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2006). A qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. *Violence against women*, 12, 588-604, doi: 10.1177/1077801206289131.
- Bailey, B.A. (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Womens Health*, 2, 183-197, doi: 10.2147/IJWH.S8632.
- Bailey, B.A. & Daugherty, R.A. (2007). Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. *Maternal and Child Health Journal*, 11, 5, 495-503, doi: 10.1007/s10995-007-0191-6.
- Bell, K. & Naugle, A.E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: moving towards a contextual framework. *Clinical Psychological Review*, 28, 1096-1107, doi: 10.1016/j.cpr.2008.03.003.
- Bowen, E., Heron, J., Waylen, A. & Wolke, D. (2005). Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112, 1083-1089, doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00653.x.
- Chambliss, L.R. (2008). Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51, 2, 385-397, doi: 10.1097/GRF.0b013e31816f29ce.
- Charles, P. & Perreira, K.M. (2007). Intimate partner violence during pregnancy and 1-year post-partum. *Journal of Family Violence*, 22, 609-619, doi: 0.1007/s10896-007-9112-0.
- CISMAI (2005). *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, testo disponibile al sito: <http://www.cismai.org/Search.aspx?W=violenza+assistita>, data consultazione Febbraio 2012.
- Cummings, E. M., El-Sheikh, M., Kouros, C.D. & Buckhalt, J.A. (2009). Children and violence: The role of children's regulation in the marital aggression-child adjustment link. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 12: 3-15. DOI: 10.1007/s10567-009-0042-7.
- DeVoe, E.R. & Smith, E.L. (2002). The impact of domestic violence on urban preschool children: battered mothers' perspectives. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 10, 1075-1101, doi: 10.1177/088626002236661.
- Devries, K.M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L.J., Garcia-Moreno, C. & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18, 36, 158-170, doi: 10.1016/S0968-8080(10)36533-5.
- Faramarzi, M., Esmaelzadeh, S. & Mosavi, S. (2005). Prevalence, maternal complications and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Medica Iranica*, 43, 2, 115-122.
- Flach, C., Leese, M. Heron, J. Evans, J., Feder, G., Sharp, D. & Howarda, L.M. (2011). Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent

- child behaviour: a cohort study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118, 1383-1391, doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03040.x.
- Fried, L.E., Cabral, H., Amaro, H., Aschengrau, A. (2008). Lifetime and during pregnancy experience of violence and the risk of low birth weight and preterm birth. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 53, 6, 522-528. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.07.018.
- Gilfus, M.E., Trabold, N., O'Brien, P. & Fleck-Henderson, A. (2010). Gender and Intimate partner violence: evaluating the evidence. *Journal of Social Work Education*, 46, 2: 245-263, doi: 10.5175/JSWE.2010.200900019.
- Hellmuth, J.C., Coop Gordon, K., Stuart, G.L. & Moore, T.M. (2013). Risk factors for intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *Archives of Womens Mental Health*, 16,1, 19-27, doi: 10.1007/s00737-012-0309-8.
- Holden, G.W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 3, 151-160, doi: 10.1023/A:1024906315255.
- Holt, S., Buckley, H., Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of literature. *Child Abuse and Neglect*, 32: 797-810. DOI:10.1016/j.chiabu.2008.02.004.
- Huth-Bocks, A.C., Levendosky, A.A., Theran, S.A. & Bogat, G.A. (2004). The impact of domestic violence on mother's prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 25, 2, 79-98, doi: 10.1002/imhj.10094.
- ISTAT (2007) *La violenza contro le donne*, testo disponibile al sito: <http://www.istat.it/it/archivio/34552>, data di consultazione gennaio 2014.
- Jasinski, J.A. (2004). Pregnancy and domestic violence. A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 5, 1, 47-64, doi: 10.1177/1524838003259322.
- Johnson, M.P. (2006). Conflict and Control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*, 12, 11, 1003-1018, doi: 10.1177/1077801206293328.
- Kar, H.L., O'Leary, K.D. (2010). Gender Symmetry or Asymmetry in Intimate Partner Victimization? Not an Either/Or Answer. *Partner Abuse*, 1, 2, 153-168, doi: 10.1891/1946-6560.1.2.152.
- Klevens, J., Kee, R., Trick, W., Garcia, D., Angulo, F.R., Jones, R. & Sadowski, L.S. (2012). Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 308, 681-689, doi: 10.1001/jama.2012.6434.
- Lannert, B.K., Levendosky, A.A. & Bogat, G.A. (2013). The interaction of maternal personality traits and intimate partner violence as influences on maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 34, 3, 222-233, doi: 10.1002/imhj.21385.

Autore

- Lapierre, S. (2008). Mothering in the context of domestic violence: the pervasiveness of a deficit model of mothering. *Child & Family Social Work*, 13, 454–463, doi:10.1111/j.1365-2206.2008.00563.x.
- Levendosky, A.A., Bogat, G.A., Huth-Bocks, A.C., Rosenblum, K. & von Eye, A. (2011). The Effects of Domestic Violence on the Stability of Attachment from Infancy to Preschool. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40: 3, 398 - 410, doi: 10.1080/15374416.2011.563460 .
- Levendosky, A.A., Lannert, B. & Yalch, M. (2012). The effects of intimate partner violence on women and child survivors: an attachment perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 40, 3, 397-434, doi: 10.1521/pdps.2012.40.3.397.
- Ludermir, A.B., Lewis, G., Valongueiro, S.A., Barreto de Araújo T.V. & Araya, R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*, 376, 903-910. doi: 10.1016/S0140- 6736(10)60887-2.
- Martin, S.L., Harris-Britt, A., Li, Y., Moracco, K.E., Kupper, L.L. & Campbell, J.C. (2004). Changes in intimate partner violence during pregnancy. *Journal of Family Violence*, 19, 4, 201-210.
- Martin, S.L., Li, Y., Casanueva, C., Harris-Britt, A., Kupper, L.L. & Cloutier, S. (2006). Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence against women*, 12, 3, 221-239, doi: 10.1177/1077801205285106.
- Murphy, C.C., Schei, B., Myhr, T.L. & Du Mont, J. (2001). Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 164, 11, 1567-1572.
- Olaya, B., Ezpeleta, L., de la Osa, N., Granero, R. & Doménech, J.M. (2010). Mental health needs of children exposed to intimate partner violence seeking help from mental health services. *Children and Youth Services Review*, 32: 1004-1011. DOI:10.1016/j.childyouth.2010.03.028
- OMS (2002). *Violenza e salute nel mondo. Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Milano: CIS Editore, testo disponibile al sito: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_ita.pdf, data di consultazione gennaio 2014.
- Salerno, A. & Giuliano, S. (2012). *La violenza indicibile. L'aggressività femminile nelle relazioni interpersonali*. Milano: FrancoAngeli.
- Salerno, A. & Sarrica, F. (2012). *Trasmissione intergenerazionale della violenza e intervento clinico*, in A. Salerno e S. Giuliano (a cura di), *La violenza indicibile. L'aggressività femminile nelle relazioni interpersonali*. Milano: FrancoAngeli, pp. 71-94.
- Salerno, A. (2013). Apprendere la violenza. Effetti della violenza domestica sullo sviluppo di bambini e adolescenti. *Psicologia di comunità (Legami familiari violenti e prospettive di comunità)*, Vol. IX, 2, 15-22.

- Salerno, A. & Merenda, A. (2013). Exposure to Violence and Intergenerational Transmission of Intimate Partner Violence. An excursus on the Consequences on the Development and Relationships of Children and Adolescents, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 2, 45-63.
- Salerno, A. (2014), *La violenza intorno. IPV, pratiche di parenting e fattori di resilienza*, in M. Garro e A. Salerno (a cura di), *Oltre il legame. Genitori e figli nei nuovi scenari familiari*. Milano: FrancoAngeli, 141-156.
- Stark, E. (2010). Do violent acts equal abuse? Resolving the gender parity/asymmetry dilemma. *Sex Roles*, 62, 201-211, doi: 10.1007/s11199-009-9717-2.
- Stern, D. (1995). *Motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books (trad.it.: *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre bambino*, Torino: Bollati Boringhieri, 1995).
- Yost, N.P., Bloom, S.L., McIntire, D.D. & Leveno, K.J. (2005). A prospective observational study of domestic violence during pregnancy, *Obstetrics & Gynecology*, 106, 1, 61-65, do: 10.1097/01.AOG.0000164468.06070.2a.