



**UNIVERSITÀ DI PARMA**

# **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA**

**DOTTORATO DI RICERCA IN  
"NEUROSCIENZE"**

**CICLO XXXI**

## **VIOLENZA DI GENERE NELLA COPPIA: UN'INDAGINE MULTIDISCIPLINARE SULLA STRUTTURA PATOLOGICA DELLA RELAZIONE**

Coordinatore:

Chiar.mo Prof. Vittorio Gallese

Tutore:

Chiar.mo Prof. Stefano Parmigiani

Dottorando: Dott.ssa Anna Maria De Divitiis

Anni 2015/2018

*Al mio caro papà,  
modello di vero amore.*

## RINGRAZIAMENTI

Desidero innanzitutto ringraziare il prof. Stefano Parmigiani, per la disponibilità dedicatami nel corso della ricerca, fornendomi utilissimi consigli in merito alla letteratura scientifica ed indirizzandomi nella fase dell'analisi.

Dedico un ringraziamento sentito anche alla prof.ssa Annalisa Pelosi, ricercatore ed insegnante in Tecnica dei dati, presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, per l'indispensabile supporto offertomi nello svolgimento delle analisi statistiche dei dati.

Infine intendo ringraziare di cuore il dott. Claudio Flores, responsabile del Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria di Napoli, il dott. Bruno Boccuni, capo area Trattamento detenuti della Casa Circondariale di Santa Maria Capua Vetere, la dott.ssa Giulia Leone, vice direttrice del Carcere di Secondigliano e il dott. Ugo Natale, educatore penitenziario presso il Carcere di Secondigliano che mostrando grande sensibilità alla problematica della violenza di genere, si sono attivati con grande professionalità nella facilitazione dei percorsi burocratici necessari all'accesso nei carceri di Secondigliano e Santa Maria Capua Vetere e nella selezione e gestione dei detenuti, coinvolti in qualità di soggetti del campione, nel corso dell'espletamento della presente ricerca.

# VIOLENZA DI GENERE NELLA COPPIA: UN'INDAGINE MULTIDISCIPLINARE SULLA STRUTTURA PATOLOGICA DELLA RELAZIONE

## Sommario

CAPITOLO I.....	7
DESCRIZIONE GENERALE DEL FENOMENO .....	7
1.1 La “Violenza” secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità.....	8
1.2 Violenza di Genere.....	8
1.3 La violenza domestica.....	10
1.4 Forme di Violenza maggiormente note e frequenti.....	15
1.4.1 MALTRATTAMENTO.....	15
1.4.2 Il Copione del Maltrattamento.....	16
1.4.3 STALKING.....	18
1.5 FORME di VIOLENZA POCO NOTE.....	20
1.5.1 GASLIGHTING.....	20
1.5.2 BREADCRUMBING.....	21
1.6 Forme di Violenza che comportano un danno particolarmente grave .....	22
1.6.1 OMICIDIO D’IDENTITA’ .....	22
1.6.2 FEMMINICIDIO.....	23
1.7 FATTORI di RISCHIO .....	24
1.7.1 FATTORI di RISCHIO INDIVIDUALI.....	24
1.7.2 FATTORI DI RISCHIO SOCIODEMOGRAFICI, SOCIOECONOMICI E SOCIOCULTURALI.....	25
1.7.3 FATTORI DI RISCHIO RELATIVI alla STRUTTURA RELAZIONALE del NUCLEO FAMILIARE.....	26
1.8 ESITI della VIOLENZA DOMESTICA.....	28
1.8.1 Conseguenze fisiche e psicologiche della violenza domestica.....	28
1.8.2 PROFILO PSICOLOGICO DELLA VITTIMA DI ABUSO DOMESTICO.....	29
CAPITOLO II.....	32
REVISIONE SISTEMATICA.....	32
2.1 L’EMPATIA .....	33
2.1.1 Empatia e patologie: iper ed ipo empatia .....	34
2.2 ASPETTI EVOLUZIONISTICI .....	35
2.3 GELOSIA .....	36
2.3.1 Programma di Attaccamento a seguito di una Separazione (“Riavvicinamento”).....	37
2.3.2 Modelli Operativi Interni (MOI) e Replica del Legame Infantile in Età Adulta.....	38

2.3.3 Stili di Attaccamento e Gelosia.....	39
2.3.4 Come scegliamo il partner?.....	41
2.3.5 Accoppiamento secondo Stili di Attaccamento.....	41
2.3.6. Fasi del Legame di coppia.....	43
2.3.7 Gelosia e Stili d'Attaccamento.....	44
2.3.8 Inquadramento Diagnostico della Gelosia Patologica:.....	45
2.3.9 Tipologia dell'aggressore geloso. ....	46
2.3.10 Gelosia Patologica: visione evoluzionistica e multidisciplinare.....	47
2.4.1 Trauma e dissociazione .....	49
2.4.2 Dissociazione Strutturale e Stati dell'lo.....	50
2.4.3 Schema Therapy e la Codifica degli Stati Mentali .....	53
2.4.4 I MODE.....	55
2.5 Cosa mantiene unita la coppia violenta, nonostante il disagio dei partner? .....	58
2.5.1 DIPENDENZA AFFETTIVA.....	59
2.5.2 Love Addiction: Categorie di dipendenti affettivi.....	59
2.5.3 Autoregolazione Emotiva e Autonomia.....	61
2.5.4 Attaccamento e Dipendenza .....	62
2.5.5 Struttura cognitiva: co-dipendenza nelle relazioni di coppia abusanti. ....	64
CAPITOLO III.....	66
PRESENTAZIONE DELLO STUDIO E ANALISI DEI DATI .....	66
3.1 Introduzione .....	67
3.2 OBIETTIVO.....	69
3.3 IPOTESI di STUDIO .....	70
3.4 METODO .....	75
3.4.1 CAMPIONE.....	75
3.4.2 PROCEDURA.....	77
3.4.2.1 MISURE .....	78
3.5. RISULTATI.....	84
3.5.1 1) Stile di Attaccamento.....	84
3.5.2 2)LOVE ADDICTION .....	88
3.5.3 3) EMPATIA Test 'Reading the Mind in the Eyes' .....	89
3.5.4 4)QUADRO PSICOPATOLOGICO .....	90
3.5.5 5)Schemi Maladattivi e Mode.....	105
3.5.6 6)SMI.....	116
CAPITOLO IV .....	127

DISCUSSIONE .....	127
4.1 DISCUSSIONE dei RISULTATI .....	128
4.2 DISCUSSIONE GENERALE .....	137
BIBLIOGRAFIA .....	139

# **CAPITOLO I**

## **DESCRIZIONE GENERALE DEL FENOMENO**

## **1.1 La “Violenza” secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità**

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la “violenza” avviene tramite l’utilizzo della forza fisica, o del potere, al fine di procurare ad una o più persone un danno fisico e/o psicologico: essa non comprende soltanto atti di forza, quali percosse, maltrattamento, violazioni di domicilio stupro, omicidio, prevaricazioni, diffamazioni, ecc, ma anche incuria autolesionismo e suicidio.

Nel 2002 l’OMS produsse una classificazione dei diversi tipi di violenza sulla base delle caratteristiche dell’autore dell’atto violento:

Violenza Auto-inflitta: comportamenti suicidi e di auto-abuso (automutilazioni, ecc.)

Violenza Interpersonale: familiare e tra partner e di comunità (violenza tra individui non vincolati da alcuna parentela)

Violenza Collettiva: comportamenti violenti agiti da componenti di un gruppo nei confronti dei componenti di altri gruppi, per motivi politici, sociali ed economici.

Il presente lavoro si focalizza specificamente sulla violenza interpersonale tra partner ed in particolare sugli aspetti psicologici e strutturali della personalità dei partner della coppia in cui viene agita violenza, sui fattori di rischio e sulle condizioni che consentono di mantenere nel tempo la gestione violenta della relazione.

## **1.2 Violenza di Genere**

Per violenza di genere contro le donne si intende: “tutto l’insieme delle violenze esercitate sulle donne, in tutte le fasi della loro vita, in ogni contesto privato o pubblico, operate da uomini conosciuti, sconosciuti o da istituzioni, che provochi loro un danno od una sofferenza fisica, sessuale, o psicologica” (Fonte: *Dichiarazione delle Nazioni Unite sulla Eliminazione della Violenza* del 1993).

La Convenzione di Istanbul (2011), è il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante 'sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica'. L'elemento principale di novità è il riconoscimento della violenza sulle donne come forma di *violazione dei diritti umani* e di discriminazione. La Convenzione prevede anche la protezione dei bambini testimoni di violenza

domestica e richiede, tra le altre cose, la penalizzazione delle mutilazioni genitali femminili.

Secondo Elvira Reale (2011) la violenza di genere non dipende da devianze sociali, non può essere giustificata dalla presenza di una patologia, non può essere intesa come un classico “conflitto di coppia” (Reale, 2011) ma, sostanzialmente, è un fenomeno legato alla disparità di potere per cui la violenza diventa una modalità dell’uomo per stabilire “rapporti gerarchici e di dominio”.

L’aggiornamento legislativo non è sinonimo di svolta culturale e di cambiamento di dinamiche mentali secolari. Ricorda infatti l’autrice che la prima riforma del diritto di famiglia risale al 1975; fino a quella data al ‘pater familias’ era consentito percuotere sia la moglie che i figli a fini ‘educativi’ e il cosiddetto ‘delitto d’onore’ commesso dall’uomo era punito con pene leggere; solo nel 1996 l’ordinamento giuridico italiano ha riconosciuto lo stupro come reato contro la persona e non contro la morale quale era; aggiungiamo che la legge sul divorzio è del 1970 e che lo stalking in Italia è reato solo dal 2009. “Con il passaggio dal famigerato codice Rocco alla legge 151 del 19 maggio 1975, il comportamento del maschio all’interno della famiglia sarebbe dovuto cambiare in modo netto e inequivocabile.

Purtroppo le statistiche fornite dall’Istat circa i gravi maltrattamenti che le donne subiscono, dimostrano che la legge, per quanto necessaria ed utile, non è stata in grado di determinare modificazioni sostanziali nel comportamento degli uomini.

Il rapporto di Rashida Manjoo, relatrice speciale dell’Onu sulla violenza di genere, non è confortante: in Italia “nel 54% dei casi di femminicidio, l’autore è stato un partner o ex partner e in solo il 4 % dei casi è un autore sconosciuto alla vittima. La maggior parte dei casi di violenza non viene denunciata e la violenza domestica non sempre viene percepita come un crimine; le vittime sono in gran parte economicamente dipendenti dagli autori della violenza e lo Stato spesso non offre risposte appropriate e sufficienti; la violenza domestica in Italia precede il Femminicidio nel 70% circa dei casi e in Europa persiste e aumenta, e si fa sempre più pericolosa perché una donna può trovare la morte in casa con troppa frequenza”.

In base ai dati dell’ultima indagine sulla sicurezza delle donne (2014), l’Istat ha rilevato che nel corso della propria vita poco meno di 7 milioni di donne tra i 16 e i 70 anni (6 milioni 788 mila), quasi una su tre (31,5%), riferiscono di aver subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale, dalle forme meno gravi (come la molestia) a quelle più gravi, come il tentativo di strangolamento o lo stupro.

Gli autori delle violenze più gravi (violenza fisica o sessuale) sono prevalentemente i partner attuali o gli ex partner: due milioni e 800 mila donne ne sono state vittime. Il 10,6 % delle donne dichiara di aver subito una qualche forma di violenza sessuale prima dei 16 anni. Più di una donna su tre, tra le vittime della violenza del partner, ha riportato ferite, lividi, contusioni o altre lesioni (37,6%). Circa il 20 % è stata ricoverata in ospedale a seguito delle ferite riportate.

Più di un quinto di coloro che sono state ricoverate ha riportato danni permanenti.

Nei primi 9 mesi del 2017 sono stati segnalati 3.607 casi di violenza domestica.

In 3.061 casi gli aggressori erano di sesso maschile, con una età media di 42 anni.

In 2.944 occasioni le vittime erano donne e avevano una età media di 41 anni.

In 1.228 casi (il 34%) gli aggressori erano di nazionalità straniera.

In 2.872 casi (quasi l'80%) aggressioni e maltrattamenti erano avvenuti in casa.

La violenza di genere può assumere diverse forme in relazione agli ambiti in cui si prevalentemente manifesta:

violenza domestica, riguarda i rapporti di convivenza privata tra uomo e donna

violenza sociale, riguarda tutti i campi di convivenza pubblica e anche la sfera lavorativa

violenza culturale e ideologica che attiene a tutti i campi, pubblici e privati.

In questa sede, verrà presa in esame la violenza domestica in tutte le sue manifestazioni, da quelle meno a quelle più gravi.

Romito, P. (2000b). *La violenza di genere su donne e minori. Un'introduzione*. Franco Angeli, Milano

### **1.3 La violenza domestica**

I numerosi fatti di cronaca, rivelano che la famiglia non sempre rappresenta realmente un “luogo sicuro”, in cui poter trovare accudimento, protezione, supporto, conforto e calore affettivo, ma, al contrario, potrebbe potenzialmente rivelarsi un ambiente pericoloso, carico di tensioni e violenze e in alcuni casi, divenire perfino

scenario di gravi delitti. Le violenze che si consumano all'interno delle mura domestiche avvengono al di fuori di qualsiasi tipo di controllo sociale e delle Forze di Pubblica Sicurezza.

Negli USA il 50% delle donne che ricorrono alle prime cure per lesioni, rivelano di essersi ferite a seguito di percosse e maltrattamenti subiti in famiglia e rappresentano il 21% dei ricoveri.

La violenza domestica è il comportamento abusante di uno o entrambi i compagni in una relazione intima di coppia. Si estrinseca in molte forme, quali maltrattamenti, abusi sessuali, aggressione fisica, minacce di aggressione, intimidazione, controllo, stalking, violenza psicologica, trascuratezza, deprivazione economica. Ciò che caratterizza il reato di maltrattamento è l'abitudine del comportamento vessatorio.

L'articolo 572 del codice penale punisce con la reclusione da due a sei anni chiunque maltratta una persona della famiglia, o il convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte. Il decreto-legge anti-femminicidio ha introdotto l'aggravante della "violenza assistita" per maltrattamenti commessi davanti ai figli, cioè "*in presenza o in danno di un minore di anni diciotto*", oppure "*in danno di persona in stato di gravidanza*".

Nello specifico, gli articoli di legge del nostro ordinamento che contrastano il fenomeno della violenza sono:

- Violenza sessuale: art.609-bis (Legge 15 febbraio 1996 n. 66)
- Maltrattamenti in famiglia: art. 572 del codice penale. Violenza fisica e psicologica abituale in famiglia (applicabili anche al lavoro).
- Violenza economica in famiglia: art 570 codice penale
- Atti persecutori (Stalking) legge 38/2009: Art. 7 con introduzione dell'art. 612-bis. cp - (Atti persecutori). Art. 8: Ammonimento.
- Ordine di Protezione - "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari: Allontanamento dal domicilio del partner violento" Legge 4/4/2001 n. 154.

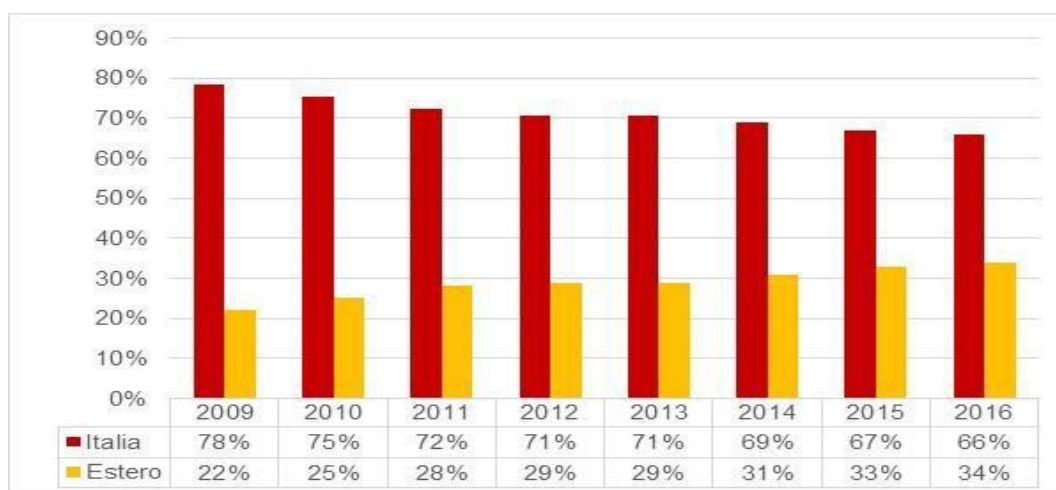
Anche per i maltrattamenti, le statistiche mostrano un progressivo aumento delle denunce: dai 9.294 casi del 2011 si è arrivati a oltre 14.000 casi nel 2016, con un picco pari a +17% tra 2012 e 2013 (anno dell'entrata in vigore del decreto-legge anti-femminicidio). Per quel che riguarda il 2017, c'è stato un calo del 9,7% delle denunce nei primi 9 mesi rispetto agli stessi mesi del 2016.



Fonte: dati Ministero dell'interno

#### Maltrattamenti in famiglia denunciati in Italia. 2013 – 2016

I reati denunciati, secondo le rielaborazioni dell'Arma dei carabinieri, interessano soprattutto vittime donne, con percentuali costanti dell'80% circa. L'andamento è determinato sostanzialmente da condannati uomini, di cui un terzo, o poco più proviene dall'estero.



Fonte: dati Ministero dell'interno

è anche la più nascosta perché viene vissuta generalmente nell'isolamento, indotto anche dal partner, all'interno delle mura domestiche La violenza sulle donne è un fenomeno transculturale, presente in tutti i luoghi geografici (piccole o grandi città),

strati sociali ed etnie diverse, è universalmente diffusa in tutte le culture dei paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo (Fonte: *Dichiarazione delle Nazioni Unite sulla Eliminazione della Violenza* del 1993).

Nella violenza domestica tutte le varie forma di violenza contro le donne, esposte qui di seguito, possono presentarsi anche combinate insieme:

- Violenza sessuale
- Violenza fisica: pugni, calci, schiaffi, bruciature, morsi, sputi, trascinamenti, strattonamenti, soffocamenti, colpi con armi o oggetti; bloccare, contenere ed impedire fisicamente; forti restrizioni e rigido controllo nel modo di vestire.
- Violenza verbale: ingiurie, minacce, accuse false, che tendono a incidere sulla stima di sé, sull'immagine personale e socio-familiare, che comportano discredito e danneggiano la donna nelle sue relazioni personali, lavorative e sociali.
- Violenza materiale: si manifesta sugli oggetti e sulle cose,
- Violenza psicologica: critiche, derisioni dei bisogni anche affettivi, intimidazioni, umiliazioni, svalorizzazioni, commenti sarcastici, comportamenti di controllo passivo/aggressivo, molestie, minacce di autolesionismo o di danni ad altri; minacce di distruzione contro persone, animali e cose; minacce di sottrarre i bambini; espressioni esasperate di gelosia; pressioni psicologiche (lavaggio del cervello e manipolazioni psicologiche di diverso genere); possessività esasperata; controllo sulle attività quotidiane
- Violenza e maltrattamenti socio-relazionali: comportamenti che tendono ad isolare la donna dal contesto socio-relazionale e familiare di supporto.
- Violenza e maltrattamenti economici e lavorativi
- Violenza e maltrattamenti assistiti: è una forma di maltrattamento indiretto nei confronti del bambino che assiste a violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica agite su figure di riferimento o significative, adulte o minori.
- Stalking: comportamenti molesti e persecutori includono pedinamenti, telefonate continue, minacce al lavoro, a familiari, molestie per strada, ecc. ad opera di ex partner o altre figure (conoscenti/colleghi/sconosciuti).

Le forme più gravi di violenza di genere sono il Femminicidio e l'Omicidio di Identità; esse purtroppo rappresentano il tragico epilogo di una lunga storia di violenza domestica, alla quale non è stata attribuita la giusta rilevanza, nel momento in cui sarebbe stato possibile offrire un intervento socio-psicologico.

Il termine “*violenza domestica*” viene in genere considerato come un sottoinsieme della violenza familiare tra coniugi. Sebbene tutte le forme di violenza familiare siano dannose, la violenza domestica, intesa come violenza agita da un partner IPV (*Intimate Partner Violence*), è quella più diffusa e che comporta le più gravi conseguenze per la salute e per la vita sia delle donne che dei figli (Fonte: *Dichiarazione delle Nazioni Unite sulla Eliminazione della Violenza* del 1993).

I caratteri generali (Reale, 2011) che identificano e rappresentano una situazione di violenza domestica sono:

- è perpetrata all'interno di un rapporto di coppia, nella famiglia;
- ha come caratteristica prevalente la violenza verbale e psicologica (denigrazione, svalorizzazione), ;
- le violenze fisiche, le minacce e l'imposizione del rapporto sessuale, ottenuto con violenza fisica, o estorto con ricatti psicologici, o materiali;
- la violenza sessuale è ripetuta nel tempo e tende alla cronicità;
- è un'esperienza continua, debilitante di un abuso fisico, psicologico e/o sessuale, che tende a cronicizzarsi;
- limita significativamente la libertà individuale della donna e la sua accessibilità alle risorse;
- è particolarmente pericolosa quando la donna si trova ad essere isolata dalle reti di supporto (famiglia, amicizie, colleghi di lavoro).
- difficilmente riconosciuta dalla donna stessa e dal contesto sociale in quanto “violenza”;
- crea gravi problemi di salute psichica e fisica alla donna, sia a medio che a lungo termine;
- costituisce il terreno fertile ed un fattore di rischio specifico per la violenza sui bambini, diretta ed indiretta (fisica, psicologica, sessuale)

## 1.4 Forme di Violenza maggiormente note e frequenti.

### 1.4.1 MALTRATTAMENTO

#### **Inquadramento Diagnostico: Sindrome della moglie maltrattata (Battered Woman Syndrom o SWB)**

Nel 1992 la “Sindrome della donna maltrattata” (Battered Woman Syndrom o SWB) venne incluso nel Disturbo PostTraumatico da Stress, al fine di venire utilizzata in ambito forense dagli avvocati difensori delle donne che a seguito di gravi e prolungati abusi all’interno della relazione di coppia, avevano ucciso il proprio partner “persecutore”, per interrompere la spirale di violenza a cui venivano sottoposte da quest’ultimo (Walker, 1992).

La SWB rientra nella tipologia della “Vittima Offender” (o “Vittima Criminale”, come definita da Von Hentig) ed è caratterizzata da intense reazioni di “Attacco-Fuga” in risposta a ripetute esperienze traumatiche relative ad azioni violente da parte del partner. L’omicidio del partner va in questo caso considerato unicamente come il tentativo finale e disperato di metter fine al ciclo di violenze fisiche e psicologiche a cui veniva sistematicamente sottoposta e al quale ha tentato precedentemente di fronteggiare in diversi modi (negazione, minimizzazione e razionalizzazione della violenza subita o minacciata). L’atto delittuoso, quindi, viene inquadrato come la conseguenza di un processo in cui è stata sviluppata una condizione di “Impotenza Appresa” (“Learned Helplessness”) (Walker, 1997-1978; 1984) e quindi comparabile ad una estrema reazione di legittima difesa.

Attualmente, il DSM5 lo ha incluso tra i “Problemi di Maltrattamento e trascuratezza dell’adulto” e ne distingue tre categorie:

- Violenza fisica del/della coniuge, o del/della partner (995.81): nell’ultimo anno si sono verificati atti non accidentali di violenza fisica che causano danni fisici ad un partner intimo, oppure che evocano significativa paura nel partner. Essi includono spintonare, schiaffeggiare, tirare i capelli, pizzicare, trattenere, scuotere, lanciare, mordere, dare calci, colpire con un pugno, o con un oggetto, bruciare, avvelenare, togliere l’aria, usare un’arma.
- Violenza sessuale del/della coniuge, o del/della partner (995.83): nell’ultimo anno si sono verificati atti sessuali forzato, o costretti nei confronti di un/una

partner intimo/a. Può aver comportato l'uso di violenza fisica, o di coercizione psicologica per obbligare il partner a impegnarsi in un atto sessuale contro la sua volontà. Sono compresi gli atti sessuali con un partner intimo che non era in condizioni di acconsentire.

- Trascuratezza del/della coniuge o del/della partner (9995.85): qualsiasi atto offensivo o omissivo, avvenuto nell'ultimo anno, da parte di un partner che priva l'altro partner, da lui dipendente per le cure di base, che causi danni fisici, o psicologici a quest'ultimo. Questa categoria viene utilizzata nel contesto di relazioni in cui un partner è estremamente dipendente dall'altro (incapace di prendersi cura di sé a causa di sostanziali limitazioni fisiche, psicologiche/ intellettive, o culturali).

Abuso psicologico del/della coniuge o del/della partner (995.82): atti non accidentali verbali, o simbolici da parte di un partner che causano danni significativi all'altro, avvenuti nell'ultimo anno. Essi comprendono rimproverare, o umiliare, interrogare, perseguitare, impedire l'accesso all'assistenza sanitaria, imporre restrizioni ingiustificate ad accedere a risorse economiche, minacciare di percosse, o di violenza sessuale, danneggiare, o minacciare di danneggiare persone, o cose a cui tiene la vittima, limitare la sua libertà di movimento, isolare la vittima da famiglia, amici o risorse di supporto sociale, manipolare la vittima per farle credere che sia pazza.

#### 1.4.2 Il Copione del Maltrattamento

La condizione in cui vive la vittima di maltrattamento domestico è di costante stress: vive nella paura continua di sbagliare, di dire o fare qualcosa che possa scatenare la reazione violenta del maltrattante; si sente insicura e indifesa nella propria casa; è perennemente in ansia per sé e per i propri figli; ha disturbi del sonno e della digestione (Hanmer, e Maynard, 1994). Gli insulti, le offese, le umiliazioni, le minacce, che spesso precedono o accompagnano la violenza fisica, intaccano giorno dopo giorno la stima di sé, la portano a essere passiva, incapace di prendere decisioni, a cadere nella depressione o a pensare al suicidio. In genere, dopo un primo episodio di maltrattamento, la violenza domestica segue uno **schema con fasi** che si ripetono, dando origine ad una escalation di violenza (Romito, 2000).

Questi tipi di relazione seguono un *copione* ben preciso che si ripete rigidamente ogni volta e che consente il mantenimento della violenza nella gestione del rapporto, aumentandone gradualmente il livello e la gravità.

La donna viene picchiata, o subisce un abuso da parte del suo partner e di conseguenza viene indotta a considerare l'ipotesi di un allontanamento .

All'atteggiamento freddo e scostante della compagna segue la cosiddetta "luna di miele". Il partner violento, temendo di dover subire una separazione dalla partner, chiede perdono e promette che non accadrà più; in genere tenta di riaccendere nella partner quell'illusoria simbiosi vissuta nella fase dell'innamoramento e fa leva sulla sua empatia per cogliere i suoi bisogni e soddisfarli in maniera strumentale.

La vittima che si trova in una situazione di tensione e sofferenza è ben disposta ad uscire da quella condizione di stress e quindi accetta di perdonarlo, sperando che quell'episodio violento non si ripeta più nel futuro. Non si rende conto che invece il suo perdono verrà interpretato dal carnefice come un atto di remissione scontata e di implicita accettazione dell'espressione violenta (in taluni casi può essere addirittura interpretato come implicita ammissione del proprio torto e del sentirsi meritevoli di quella punizione).

Il perdono della partner rafforza la convinzione del carnefice in merito alla equità delle sue azioni aggressive e quindi si sentirà nuovamente autorizzato a ripetere le sue azioni violente.

Di fatti, il partner maltrattante, dopo un po', sentendosi autorizzato dalla situazione precedente, si arrogherà il diritto di reiterare il comportamento abusante, riattivando lo stesso ciclo di eventi.

Dopo l'atto violento, la tensione ricomincia a crescere e con questa la paura; la vittima viene isolata dalla sua rete sociale ed affettiva e privata di tutte le risorse che potrebbero consentirle di separarsi da lui: il rispetto per se stessa, l'orgoglio, la carriera, i soldi, gli amici, la famiglia.

Quando la partner si mostra dipendente ed incapace di porre fine alla relazione, il carnefice riprenderà ad inveire su di lei, aumentando di volta in volta la gravità delle sue azioni violente.

Romito propone uno schema che ci illustra il circolo vizioso che mantiene in vita il *ciclo della violenza* (Romito, 2000)



Sia la violenza fisica che quella psicologica determinano sempre un danno sulla salute psichica della donna:

- riduce sensibilmente l'autostima, deteriora l'immagine di sé, induce sensi di colpa per non aver saputo gestire il rapporto, senso di incapacità per non aver saputo contrapporsi efficacemente e sensi di inferiorità nei confronti delle altre donne che invece vengono rispettate;
- sviluppa un vissuto di vulnerabilità e di debolezza, per non essere riuscita a difendersi;
- induce ad isolarsi per evitare che il contesto familiare e sociale vengano a conoscenza delle violenze subite in famiglia;
- Crea un terreno favorevole allo sviluppo dei disturbi psichici ed in particolare della depressione (Walker, 1989; Strube e Barbour, 1993).

### 1.4.3 STALKING

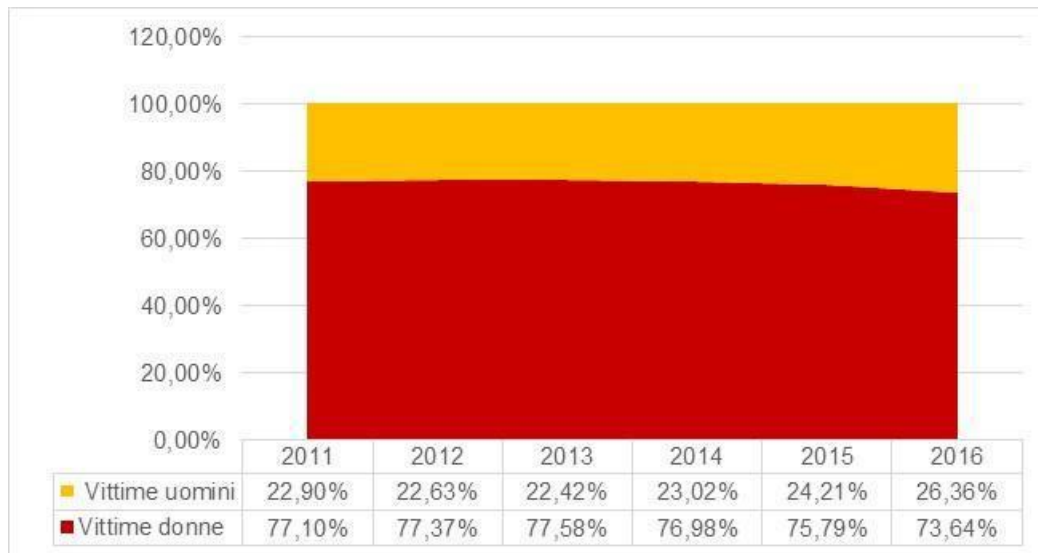
Il termine anglosassone "Stalking" può essere tradotto col modo di dire italiano "Fare la Posta", infatti si riferisce a comportamenti reiterati di tipo persecutorio nei confronti della propria compagna, ma più spesso ex-compagna, per mezzo di comportamenti vessatori, come minaccia, molestia, atti lesivi continuati, ecc, tali da produrre nella persona che ne è vittima un profondo disagio psichico e fisico ed un costante senso di timore

La relazione tra lo stalker e la vittima si caratterizza per l'aspetto "forzato" e "controllante", tale da condizionare l'intero svolgimento della vita quotidiana della vittima ed un continuo stato d'allerta causato da una sensazione di pericolo.

Le donne sono più esposte degli uomini allo *stalking*. L'incidenza percentuale del numero di vittime di sesso femminile, infatti, oscilla tra il 74%-77%, mentre invece gli autori sono per lo più uomini .

Il reato di atti persecutori, il cosiddetto *stalking*, è stato introdotto nel codice penale ita-liano all'articolo 612-bis nel 2009 ed è stato modificato dal decreto-legge anti-femminicidi nel 2013.

La fattispecie penale, inserita nell'ambito dei delitti contro la libertà morale, sanziona con la pena della reclusione da sei mesi a cinque anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno, in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria, o di un prossimo congiunto, o di persona al medesimo legata da relazione affettiva, ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita

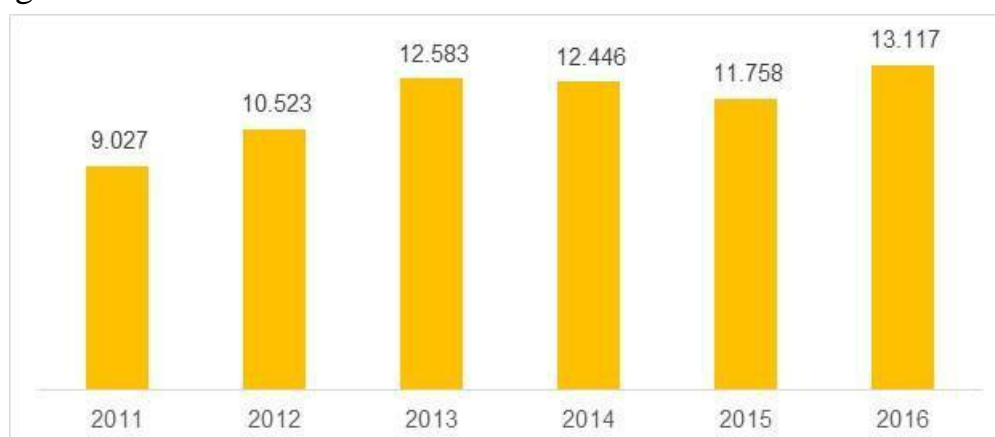


Fonte: *Ministro dell'interno*

Vittime, divise per sesso, degli atti di stalking denunciati in Italia (percentuale) - 2011-2016

I dati riferiti dal Ministro dell'interno mostrano una crescente tendenza (in termini assoluti) alla denuncia: si è passati infatti dai 9.027 atti persecutori denunciati nel 2011 ai 13.177 del 2016, con un aumento del 45%.

Nei primi nove mesi del 2017 c'è stato in-vece un calo del 15,7%: le denunce per stalking sono scese da 10.067 a 8.480



## 1.5 FORME di VIOLENZA POCO NOTE

Come mostrato poc'anzi, le forme di violenza agite sul genere femminile sono veramente numerose e spesso si articolano tra loro costruendo attorno alla donna una gabbia dalla quale risulterà difficile, se non impossibile, uscirne in maniera autonoma.

Alcune di queste sono poco note, ma non per questo meno insidiose; spesso puntano sulle fragilità psicologiche della donna e in particolare sulle strutture di personalità particolarmente dipendenti sul piano affettivo.

### 1.5.1 GASLIGHTING

Tra queste è da citare il "Gaslighting": si tratta di una sottile violenza di tipo psicologico in cui la vittima subisce un'abilissima manipolazione che la porta a dubitare addirittura di se stessa. E' una violenza molto difficile da individuare perché in genere l'abusante si comporta in maniera apparentemente gentile e disponibile.

La psicologa **Martha Stout** (2005) sostiene che **i sociopatici usano frequentemente tattiche di gaslighting**. I sociopatici trasgrediscono coerentemente leggi e convenzioni sociali, e sfruttano gli altri, ma sono anche tipicamente bugiardi credibili che negano coerentemente ogni misfatto. Così, alcune vittime di sociopatici possono dubitare della propria percezione.

Il termine gaslighting è tratto da un'opera teatrale "Gas Light" del 1938 scritta da Patrick Hamilton, , La trama racconta di un uomo che fa perdere il senno alla propria compagna, facendo sparire oggetti, abbassando le luci e poi facendole credere che tutte quelle cose non fossero mai accadute.

Il gaslighter e la vittima sono quasi sempre partner o parenti stretti e il movente più frequente è l'infedeltà. Gli psicologi (Gass e Nichols 1988): il partner infedele giustifica le menzogne relative al tradimento, modificando le incongruenze che emergono dalla trama della realtà parallela da lui costruita e mantenuta in piedi.

Il Gaslighting è in realtà consiste in un processo manipolatorio che viene realizzato in fasi diverse.

La prima fase è quella della distorsione della comunicazione: il gaslighter utilizza l'influenza che ha sulla vittima basata sulla relazione affettiva che li unisce, per insinuare nella sua mente di quest'ultima informazioni false che le mettano in discussione le sue certezze e in questo modo indurla, passo dopo passo, a dubitare di sé, di ciò che crede, di ciò che percepisce e di ciò che pensa.

Nella seconda fase la vittima è incredula (fase dell'Incredulità), ossia non crede a quello che sta accadendo, ma è disorientata perché non crede neanche a ciò che il suo “carnefice” vorrebbe farle credere.

Poi la vittima prova a difendersi (fase della Difesa), sostenendo la propria integrità mentale e ricercando un dialogo col compagno abusante per trovare un accordo, ma alla fine la vittima si convince che il gaslighter ha ragione, si arrende e sviluppa un senso di insicurezza, vulnerabilità e dipendenza. Questa è la fase della Depressione: in questa fase la violenza psicologica raggiunge l'apice e si cronicizza, perché la vittima inizia a credere veramente alla versione della realtà propinata dal carnefice, arrivando addirittura ad idealizzare quest'ultimo.

### **1.5.2 BREADCRUMBING**

Un altro tipo di abuso psicologico poco noto, ma praticato (o subito) con una certa frequenza nelle relazioni sentimentali dei nostri tempi è il “Breadcrumbing”. Anche questa consiste in una forma alquanto “sadica” di manipolazione psicologica che non viene attuata solo in ambito affettivo-sentimentale, ma anche in ambito professionale.

Nella lingua italiana andrebbe tradotto in “Spargere Briciole di Pane”. In lingua inglese il termine “Breadcrumbs” è stato utilizzato anche in ambiti diversi e con diverse accezioni, però nel presente contesto, è riferito alla pratica dello spargere “segnali di interesse” per una persona, senza esserne però realmente interessato.

Coloro che adottano questo tipo di abuso psicologico, sono persone che hanno bisogno di catalizzare su di sé l'attenzione del prossimo e collezionare conferme da parte degli altri, nel tentativo di risollevare la propria autostima decisamente bassa.

La tecnica consiste nel mandare una serie di finti “segnali di interesse” ad una persona per indurla ad alimentare delle aspettative che in realtà il “breadcrumb” non ha nessuna intenzione di soddisfare, al fine di causare alla vittima sentimenti di frustrazione e sofferenza.

Il piacere di poter influire sugli stati mentali del prossimo e la sensazione di mantenere il controllo su un essere umano, va ad alimentare l'ego delle persone insicure che non sono capaci di coinvolgersi personalmente in una relazione matura e paritaria.

In ambito professionale invece, questo tipo di abuso è utilizzato allo scopo di indurre i professionisti a condividere le proprie conoscenze e capacità senza remunerarli; i professionisti, attirati da un apparente interesse professionale nei loro confronti,

vengono indotti a perdere tempo e a cedere ai breadcrumbs risorse professionali preziose.

## **1.6 Forme di Violenza che comportano un danno particolarmente grave**

### **1.6.1 OMICIDIO D'IDENTITA'**

Uccidere un individuo, lasciandolo in vita, vuol dire privarlo per sempre della propria identità, annullare la sua vita, il suo essere al mondo dalla sua nascita sino a quel momento.

Rendere storpi o disabili le vittime è un modo di rovinare in maniera permanente non solo il loro stile di vita, ma anche la loro identità.

“Cancellare” definitivamente i lineamenti del volto di una persona che si dichiara d'amare, bruciandole il viso con l'acido, o col fuoco, o deturpandolo con oggetti da taglio, vuole dire annullare la sua identità, affinché nessun'altra persona possa più entrarvi in rapporto.

L'*Acidificazione* consiste nell'uso dell'acido solforico, da parte dell'aggressore, per sfigurare il volto della partner che ha osato sottoporlo all'umiliazione di un rifiuto, o a quello di una separazione. I danni causati dall'acido sono molto più gravi di quelli causati dal fuoco, poiché quest'ultimi durano finché la fiamma è accesa, mentre invece l'acido solforico continua a corrodere per un periodo di tempo protratto. Il danno dell'acidificazione consiste nella perdita dell'identità fisica personale della vittima, la quale perde di colpo i lineamenti caratteristici del proprio viso che sino ad allora avevano dato significato ed unicità alla propria persona, definendone l'identità.

Questo tipo di violenza causa ferite psicologiche e fisiche particolarmente profonde e compromettenti per il futuro stato di salute psicofisica della vittima.

La legge, che prevede l'Introduzione nel codice penale degli articoli 577-bis, 577-ter e 577-quater "colma un vuoto normativo e rappresenta un unicum anche in campo europeo" Il volto distrutto e volutamente sfregiato per sempre ha il valore di una morte civile, inferta con inaudito cinismo e, volontà violenta di restare unici padroni dell'io profondo della vittima che si sarebbe voluta possedere. Per tali atti non bastano le pene previste per la lesione grave o gravissima subita in qualunque altre parte del corpo umano. Non perché, ovviamente, non sia grave ogni atto lesivo di una persona,

ma perché lo sfregio del volto va a incidere profondamente sull'identità fisica, sociale e psicologica".

Gli autori dell'**omicidio di identità** sino ad oggi hanno agito consapevoli di produrre il massimo del danno e di incorrere solo a pene minime, ma con la nuova norma, vengono forniti ai magistrati strumenti per comminare pene adeguate in modo rapido, punendoli con la reclusione non inferiore a 12 anni . Inoltre se c'era una relazione tra la vittima e l'aggressore la pena aumentata di un terzo e il condannato subisce l'interdizione dalle professioni, perde il diritto agli alimenti e viene escluso dall'eredità.

### 1.6.2 FEMMINICIDIO

Secondo le stime del Ministero dell'Interno in Italia, negli ultimi anni, gli **omicidi familiari** sono in aumento e nell'80% circa dei casi, l'autore è l'uomo; di questa percentuale di omicidi la vittima è la donna e nello specifico nel 40% dei casi è la moglie e nel 20% la fidanzata o l'amante. Al contrario quando l'omicida è la donna nel 50% dei casi, uccide i figli, nel 21% il coniuge e nell'8% l'amante o il fidanzato.

L'autore riporta il rapporto EURES (Ricerche Economiche e Sociali Europee) del 2013 sul femminicidio: in Italia risulta che il 66,4% avviene in ambito familiare per mano del coniuge, del partner o dell'ex partner e di questi uno su tre a "mani nude", ossia con modalità di esecuzione ad alto grado di violenza e rancore (percosse, strangolamento, soffocamento, ecc.). Questi risultati possono essere facilmente interpretati alla luce delle percentuali relative al movente: Quello 'passionale o del possesso' continua ad essere il più frequente (504 casi tra il 2000 e il 2013, il 31,7% del totale): "Generalmente - dice il dossier - è la reazione dell'uomo alla decisione della donna di interrompere/chiudere un legame, più o meno formalizzato, o comunque di non volerlo ricostruire". Il secondo gruppo riguarda la sfera del "conflitto quotidiano", della litigiosità anche banale, della gestione della casa, ed è alla base del 20,8% dei femminicidi familiari censiti (331 in valori assoluti). Oltre 330 donne sono state uccise, dal 2000 a oggi, per aver lasciato il proprio compagno. Quasi la metà nei primi 90 giorni dalla separazione. Il rapporto Eures, diffuso oggi, li definisce i 'femminicidi del possesso', e conseguono generalmente alla decisione della vittima di uscire da una relazione di coppia; a tale dinamica sono da attribuire con certezza almeno 213 femminicidi tra le coppie separate, e 121 casi in quelle ancora unite dove la separazione si manifesta come intenzione.

Il 45,9% avvengono nei primi tre mesi dalla rottura (il 21,6% nel primo mese e il 24,3% tra il primo e il terzo mese). Ma il "tarlo dell'abbandono", segnala il dossier, ha

una forte capacità di persistenza e di riattivazione nei casi di un nuovo partner della ex, della separazione legale, o dell'affidamento dei figli. Tanto che il 3,2% dei femminicidi nelle coppie separate avviene dopo 5 anni dalla separazione.

Il femminicidio è spesso il finale di un'escalation di violenze e/o vessazioni di carattere fisico. I dati disponibili indicano un'elevata frequenza di maltrattamenti pregressi a danno delle vittime, censiti nel 33,3% dei femminicidi di coppia nel 2013 (27 in valori assoluti) e nel 22,5% tra il 2000-2013 (193 in valori assoluti).

In genere si riscontrano contesti familiari a forte rischio di evoluzione drammatica:

- Conflitti familiari frequenti e continui, caratterizzati da prevaricazioni, minacce, intolleranze, maltrattamenti fisici e psicologici
- Abbandono reale, o temuto
- Scarsi riferimenti di tipo morale
- Substrato sotto culturale violento e precarietà esistenziale
- Disturbi Psicopatologici

Questi risultati indicano la relazione a forte carica emotiva e ad elevato grado d'intimità che intercorre tra l'omicida e la vittima; spesso la relazione della coppia abusante-abusato è caratterizzata da modalità simbiotiche, intensi sentimenti di possesso e dipendenza psico-affettiva.

## **1.7 FATTORI di RISCHIO**

Gli specialisti della ricerca sulla violenza sono unanimi nell'affermare che la violenza nei rapporti di coppia non è determinata da un'unica causa, ma da una serie di elementi che interagiscono tra loro a vari livelli. Non esiste un fattore in grado di far scattare la violenza, ma devono concorrere diversi elementi.

### **1.7.1 FATTORI di RISCHIO INDIVIDUALI**

#### **1. Quadro Psicopatologico e di Personalità**

Problematiche psicopatologiche particolari quali il Disturbo di Personalità Antisociale, il Disturbo di Personalità Borderline, il Disturbo di Personalità Narcisistico, ecc. predispongono a costruire rapporti di coppia di dipendenza

patologica, in cui spesso vengono agite dinamiche disfunzionali e violente. Questo fattore verrà sviluppato con maggior attenzione di seguito, per adesso metto in rilievo solo il fatto che le ricerche confermano l'esistenza di una correlazione tra i comportamenti trasgressivi nei confronti delle norme sociali e la violenza agita nei confronti della partner.

## **2. Esperienza di Violenza nell'Infanzia come Vittima, o Testimone**

Diversi studi concordano nel registrare una correlazione significativa tra le storie pregresse di uomini che nell'infanzia avevano subito violenza, o ne erano stati testimoni, in particolare modo nel contesto familiare, o sociale e la frequenza nell'adottare comportamenti aggressivi e violenti nei confronti della loro partner.

## **3. Situazioni stressanti e scarsa capacità di gestire lo stress**

Le ricerche evidenziano una correlazione tra la violenza e i fattori di stress come la disoccupazione, il sovraccarico di impegni, ecc. Il rischio di violenza si rafforza in particolare nell'interazione con altri fattori. Lo stress può essere un elemento scatenante della violenza quando si va ad aggiungere ad altri fattori predisponenti, quali ad esempio un rapporto di coppia problematico e non si dispone di strategie costruttive per gestirlo.

## **4. Alcolismo e consumo di stupefacenti**

Le donne che sono in coppia con uomini che fanno consumo di sostanze psicotrope ed in particolare di alcool risultano particolarmente esposte al rischio di subire violenza da parte del compagno, anche se spesso, l'uso di queste sostanze viene utilizzato dall'uomo per giustificare il proprio comportamento violento. Anche questo fattore non può essere considerato come unica causa della violenza, ma come un elemento che va a scatenare una risposta violenta all'interno di un rapporto di coppia che presenta già altri elementi di rischio.

### **1.7.2 FATTORI DI RISCHIO SOCIODEMOGRAFICI, SOCIOECONOMICI E SOCIOCULTURALI**

Sono particolarmente rilevanti fattori come una significativa differenza di età tra l'uomo e la donna, la giovane età della donna, la presenza di figli, la disoccupazione del partner e un basso reddito familiare. Statisticamente, la violenza è molto più frequente nelle coppie straniere e binazionali. Tuttavia, se a queste caratteristiche se ne aggiungono altre, come il reddito familiare, le condizioni abitative, la ripartizione

del potere nella coppia ecc., sembrerebbe non sussiste più una correlazione diretta tra la nazionalità e la violenza di coppia.

### **1.7.3 FATTORI DI RISCHIO RELATIVI alla STRUTTURA RELAZIONALE del NUCLEO FAMILIARE**

I fattori di rischio consistono in tutte quelle caratteristiche della coppia che regolano la relazione trascinandola verso la violenza, o che al contrario potrebbero rappresentare dei fattori protettivi all'insorgere della violenza.

Quelli principali, emersi da diversi studi (Hagan, 1989; Gillioz et al., 1977; Dobash e Dobash, 1979) riguardano:

La chiusura della coppia

La mancanza di solidarietà tra i partner

La marcata asimmetria relazionale

Un rigido inquadramento dei ruoli all'interno della coppia in schemi di tipo strettamente "tradizionale"

1) Una coppia poco aperta agli altri, senza attività sociali e ludiche al di fuori delle mura domestiche non usufruisce di alcun tipo di confronto con l'esterno, quindi non solo non ha l'opportunità di rinnovarsi, ma si assicura anche la possibilità di continuare a ripetere gli schemi comportamentali violenti che si sviluppano all'interno, poiché non vengono né identificati e né denunciati dagli amici, o dai parenti.

Le dimensioni del fattore "Chiusura di coppia" sono:

- distanza geografica dalla famiglia d'origine;
- qualità del rapporto con la famiglia d'origine;
- estensione del nucleo familiare
- partecipazione ad attività ludiche extra domestiche con il partner
- presenza di amici sui quali poter contare
- presenza di contatti e relazioni con persone esterne al nucleo ristretto

2) Quando nella coppia non è presente una solidarietà reciproca il conflitto è sicuramente presente, poiché ogni partner interpreterà la poca disponibilità dell'altro come una sua mancanza di riguardo e di affetto nei propri confronti.

Le dimensioni del fattore “mancanza di solidarietà nella coppia” sono:

- gestione ostica del danaro
- atteggiamento critico/denigratorio da parte del partner
- la durata della relazione

3) In un nucleo familiare in cui il “Potere” non è distribuito in maniera democratica, le funzioni e i compiti domestici, così come l'attribuzione del potere decisionale, vengono svolti rigidamente sempre dalle stesse figure, con scarsa possibilità d'interscambio. Questa rigidità nel sistema di distribuzione dei ruoli e del potere, creano conflitti antagonisti che facilmente danno vita a reazioni particolarmente violente (Gillioz et al. 1997).

Le dimensioni del fattore “*Asimmetria Relazionale*” riguardano:

- ripartizione dei lavori domestici;
- grado di soddisfazione del partner nella condivisione degli impegni e nelle mansioni domestiche;
- grado di influenza sulle decisioni significative da parte del partner
- grado di controllo subito da uno dei partner da parte dell'altro.

4) Il sistema familiare in cui la donna ricopre un ruolo subordinato a quello ricoperto dal marito e vede la sua figura femminile svalutata soprattutto in ambito sociale, è per forza di cose predisposta a fare i conti con conflitti che con alta probabilità daranno luogo a reazioni violente non solo tra i partner, ma anche sui figli (Gilloz et al., 1997; Romito, 2000; Hagan, 1987; Colvin e Pauly, 1983).

Le dimensioni attraverso le quali si declina il fattore “mentalità patriarcale” sono le seguenti:

- visione della coppia e della donna di tipo tradizionalista patriarcale
- visione della donna valorizzata
- aggressività verso i figli.

## 1.8 ESITI della VIOLENZA DOMESTICA

### 1.8.1 Conseguenze fisiche e psicologiche della violenza domestica.

La donna che subisce violenze domestiche richiede interventi sanitari in misura molto maggiore delle altre donne: spesso è costretta a recarsi dal medico o al Pronto Soccorso perché è stata ferita o ustionata, perché ha lividi, fratture, lesioni, perché ha contratto dal partner, marito o compagno, malattie veneree o per abortire, a seguito di violente aggressioni fisiche.

Negli USA il 50% delle donne si recano in ospedale per incidenti , rivelano di essersi ferite a seguito di aggressioni fisiche e maltrattamenti subiti da parte di familiari e rappresentano il 21% dei ricoveri.

La conseguenza psicologica più, comune ed anche più grave che la donna sviluppa a seguito dei maltrattamenti all'interno della coppia, sono quelli relativi al Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS), che potrebbe assumere la forma di Disturbo Post Traumatico da Stress Complesso (DPTS), nel caso in cui le violenze venissero perpetrate nel tempo.

Anche i traumi subiti al capo possono causare danni alle funzioni cognitive a seguito delle piccole anossie, conseguenti ai colpi subiti, da cui che potrebbero causare disturbi dell'attenzione e della memoria e rallentamento ideo-motorio. Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) gli esiti della violenza domestica sono di diversi tipi:.

#### Esiti di tipo Fisico :

- Sindromi da dolore cronico (Fibromialgie)
- Pubalgie
- Lesioni addominali
- Fratture
- Lividi e frustate
- Disturbi gastrointestinali
- Malattie sessualmente trasmesse

## 1.8.2 PROFILO PSICOLOGICO DELLA VITTIMA DI ABUSO DOMESTICO

Sono state individuate due tipologie di sindromi conseguenti a **maltrattamenti**.

- La **sindrome di Stoccolma domestica** (Domestic Stockholm Syndrome, DDS) é una condizione psicologica in cui una persona, vittima di un sequestro o di una condizione di restrizione della propria libertà, può manifestare sentimenti positivi nei confronti del proprio abusatore. Nelle **donne maltrattate**, tale sindrome si realizza come meccanismo di coping per fronteggiare le **violenze intime**. Le vittime, continuamente concentrate su come sopravvivere in una situazione cronica di fortissimo stress, cercano di controllare il loro ambiente per evitare almeno le **violenze** più gravi. La loro attività di strategizing (trovare strategie) le induce così a concentrarsi sulla bontà del loro carnefice piuttosto che sulla brutalità. La vittima arriva a convincersi di dover stare con il carnefice al fine di proteggere i figli e i parenti dalla **violenza**, fino ad arrivare a pensare che la propria sopravvivenza sia completamente nelle mani del suo abusante e che l'unico modo per sopravvivere sia di essergli fedele (Reale, 2011).
- La **sindrome della donna maltrattata** (Battered Woman Syndrome, BWS), individuata dagli studi di Leonore Walker (Walker, 2007) è simile alla sindrome di Stoccolma, ma si iscrive all'interno di un "**ciclo della violenza**" che si articola in una prima fase di accumulo della tensione, una seconda fase di aggressioni e percosse, e una terza fase di cosiddetta "luna di miele". Quest'ultima fase "amorosa" di sollievo in realtà amplifica il disagio creando nella vittima speranze illusorie sul fatto che il partner possa cambiare e la **violenza** possa cessare (Walker, 2007). La Walker afferma che tale sindrome è comune tra le **donne gravemente abusate**: tra gli elementi che rendono estremamente complesso il loro quadro è il non esaurimento della speranza che il partner cambi, la dipendenza economica dal partner, la convinzione di poter gestire un equilibrio familiare tra un'un'esplosione di **violenza** e la successiva, la paura di rimanere sola, la perdita di autostima, uno stato di depressione o la perdita dell'energia psicologica necessaria a iniziare una nuova vita (Danna, 2007).

La "passività" delle **vittime** di fronte ad aggressioni, anche ripetute, viene interpretata da alcuni autori (De Pasquali, 2009) sulla base del concetto di "Impotenza Appresa" di Martin Seligman, il quale nel 1987, in uno studio, dimostrò

che il cane che viene rinchiuso in una gabbia e a cui viene somministrata una scossa elettrica, dopo ripetuti tentativi di fuggire sempre frustrati dal fatto che la gabbia non consente all'animale la fuga, rinunceranno a cercare di sottrarsi anche una volta che venga loro mostrato che la gabbia è stata aperta. Gli esseri umani si comportano in modo analogo, l'addestramento alla rinuncia e la rassegnazione potrebbe sviluppare della tendenza nella donna a non assumere il controllo del proprio comportamento anche quando tale controllo sarebbe possibile.

Tra i motivi per cui queste donne rinunciano a sottrarsi alla **violenza**, c'è la convinzione che non vi siano altre alternative, e gli abusanti sfruttano bene questo punto debole, tant'è vero che per scoraggiare la partner alla separazione, le creano una situazione di debolezza sociale ed economica, isolandola e riducendo il più possibile il suo accesso a risorse economiche.

Nel ciclo comportamentale del legame traumatico, il "**carnefice**" dopo aver inflitto un forte punizione, a censura del comportamento "non ammesso", modifica atteggiamento e si sposta a gratificare la **vittima** con rinforzi positivi. Questo modello di punizioni e rinforzi positivi può costituire una forma particolarmente potente di doppio legame e legittimare così nella **vittima** la paura di essere feriti o uccisi come reazione a una qualche mancanza, a un qualche atto di sfida o di autonomia o a una non conformità alle regole imposte o previste.

I risultati delle ricerche e delle teorie di Donald Dutton e Susan Painter (Dutton & Painter, 2009) risultano convincenti per quanto riguarda il motivo per cui le donne rimangono in **relazioni violente**, relazioni il cui triste epilogo talora è il **femminicidio**. I due autori hanno rivisitato molti studi e ricerche sull'argomento e sono giunti alla conclusione che l'elemento forte che spiega il permanere in una situazione di **violenza** è l'intermittenza dell'**abuso**. Molte donne hanno infatti descritto con espressioni di soddisfazione e gratificazione i periodi di riconciliazione intercorsi tra i momenti di **violenza**. Questo modello si mostra in sé perverso, in quanto conduce inevitabilmente a ignorare il problema della **violenza** e a considerarlo un'eccezione, un momento di aberrazione del rapporto che rimane, nella percezione complessiva della donna, come positivo.

Per mantenere il sopravvento il carnefice manipola il comportamento della **vittima** e limita la sua libertà di scelta al fine di perpetuare lo squilibrio di potere. Qualsiasi minaccia all'equilibrio costituitosi nella coppia può essere controllata e bloccata con un ciclo crescente di punizioni che vanno da intimidazioni a esplosioni vere e proprie di **violenza**. Il carnefice inoltre isola

la **vittima** da altre fonti di sostegno, cosa che riduce la probabilità di individuazione dei **comportamenti abusanti** e la capacità di intervento su di essi; riduce sensibilmente la possibilità della **vittima** di confrontarsi con punti di vista diversi da quello dell'abusante, rafforzando così la sua dipendenza da lui (Dutton & Painter, 2009).

Altra caratteristica del “legame traumatico” è quella della gradualità. Gli eventi abusivi si susseguono nella relazione con una certa gradualità (Magaraggia & Cherubini, 2013), descritto da Millon come « *un lento veleno la cui portata lesiva non può essere percepita nell'immediatezza dei fatti. Esso coopera con una forma di adattamento, compatibile con la permanenza del rapporto più che con la fuga dal rapporto*» (Millon, 2004)

All'inizio del rapporto gli eventi abusivi vengono agiti in maniera più o meno mascherata, così la partner tende a normalizzarne il significato e a non attribuirgli la vera natura patologica. Solo nel tempo, quando la violenza sarà agita in maniera manifesta la donna comprenderà che l'evento abusivo potrà ripetersi, attivando in lei la necessità di sviluppare strategie per tentare di prevenirlo. I tentativi di prevenzione, in genere, mirano a non portare il partner a ripetere l'acting out, conducendo così la partner a sviluppare comportamenti sempre più compiacenti rispetto alle aspettative del partner abusante, sino ad arrivare ad una profonda sottomissione. Questa dinamica è consentita dal fatto che entrambi hanno avuto nell'infanzia una famiglia abusante, che non solo gli ha trasmesso un modello relazionale disfunzionale, ma a seguito di continue esperienze “micro traumatiche” (denominate anche “piccole T”) ha originato la dissociazione di diverse parti del sé e l'introyezione di parti dissociate dei propri genitori. La possibilità di poter entrare in risonanza per ciò che attiene la dinamica diadica tra vittima e carnefice prevede la condivisione di parti dissociate del Sé, in grado di attivarsi e disattivarsi a seconda del contesto attuale, di riconoscersi nei ruoli complementari di genitore e figlio e di condividere la visione del mondo e del modo di essere in esso.

# **CAPITOLO II**

## **REVISIONE SISTEMATICA**

## 2.1 L'EMPATIA

L'empatia è un costrutto sfaccettato che coinvolge sia l'esperienza affettiva dello stato emotivo reale o inferito dell'altro, sia il riconoscimento e la comprensione dello stato emotivo di un altro individuo (Decety & Moriguchi, 2007). Implica anche la capacità di monitorare se stessi e di mantenere e regolare la consapevolezza di sé e dell'altro (Funder & Harris, 1986). A differenza dei processi correlati come la simpatia, l'essenza dell'empatia riflette la capacità di separarsi dalle esperienze altrui e riconoscere possibili emozioni e prospettive alternative. L'empatia di solito emerge entro il secondo anno di vita e dipende in gran parte dalla natura delle interazioni umane (ad esempio, lo stile di cura, l'ambiente familiare) per sostenere la consapevolezza di sé-altra e la preoccupazione consapevole per gli altri (Decety & Svetlova, 2012; Svetlova et al., 2010; Vaish et al., 2009). Altri fattori come il temperamento e la genetica influenzano anche lo sviluppo dell'empatia (Zahn-Waxler et al., 2001). Quindi, sia gli effetti genetici che quelli ambientali modellano l'elaborazione empatica.

Decety (2011), ha categorizzato dell'empatia su basi filogenetiche ed ontogenetiche: la prima, "affective arousal", è relativa ad una immediata ed automatica risposta emotiva allo stimolo, la seconda, "empathic concern", relativa ad una risposta emotiva rivolta all'altro, e la terza empathic understanding che riguarda la comprensione degli stati mentali e delle intenzioni altrui.

Mentre le prime due categorie di empatia sono implementati in circuiti cerebrali filogeneticamente precedenti, quali il sistema nervoso rettiliano e il sistema limbico, la terza, denominata anche "Teoria della Mente", recluta circuiti neuronali specifici della razza umana per lo più dichiarativo-espliciti quali le aree esecutive frontali.

Altre ricerche hanno evidenziato che gli psicopatici ottengono punteggi bassi al Test di Empatia "Reading the mind through the eyes", unicamente perché evitano di soffermarsi dinanzi alle espressioni del viso, ma che se vengono indotti a farlo, raggiungono risultati nella norma (Kosson et al. 2002; Glass e Newman 2006; Richell e colleghi, 2003). Sembrerebbe che gli offenders scelgano deliberatamente di non focalizzare la propria attenzione sull'espressione emozionale degli altri, al fine di desensibilizzarsi progressivamente e non lasciarsi condizionare dalle emozioni altrui nel portare a termine la propria volontà. Inoltre l'empatia sembrerebbe non essere

un tratto stabile e costante nel tempo, quanto piuttosto una risposta di stato (Hoffman, 1982), fortemente condizionata dal contesto, dalle intenzioni più o meno pro sociali del soggetto e dall'oggetto a cui è rivolto.

### 2. 1.1 Empatia e patologie: iper ed ipo empatia

Simon Baron-Cohen, nel suo testo "La scienza del male" (2012), descrive le fluttuazioni intra-soggettive e talora contingenti dell'empatia, denominandola "**curva empatica**". Egli colloca l' **empatia** su vari livelli, a ognuno dei quali corrisponde una diversa attitudine relazionale. Passando per i diversi livelli dell'empatia, parte da un livello 0 che corrisponde alla psicopatologia di tipo psicopatico-antisociale, fino ad arrivare al livello 6 in cui si troverebbe un livello Iper-Empatico, ossia uno sbilanciamento verso l'altro tale da portare l'individuo ad uscire da sé per entrare nel vissuto altrui, rischiando di confondersi con l'altro.

C'è da considerare però che Baron non distingue la componente affettiva da quella cognitiva nel concetto di Empatia, ma in genere fa riferimento alla nozione di teoria della mente.

Recenti studi si sono focalizzati sul concetto di doppia dissociazione di **psicopatia** e **psicopatologia borderline di personalità** .: (Ritter et al., 2011).

Questi studi , riscontrano nel disturbo psicopatico, una totale incapacità di provare affetto e di risuonare in sé l'emozione dell'altro, a cui corrisponde un riscontro neurofisiologico relativo ad una ridotta risposta dell'arousal, di fronte a stimoli emotivamente intensi (Blair, 2013), alla quale, però, non seguiva una compromissione della teoria della mente. Questo implicherebbe che tali soggetti sono perfettamente in grado di comprendere cognitivamente l'intenzione e lo stato mentale dell'altro, ma, non avendo accesso al vissuto emotivo all'interno di sé, utilizzano tali informazioni contro l'altro per il proprio personale tornaconto. Al contrario nel Disturbo Borderline, sembrerebbe la capacità di far risuonare in sé l'emozione dell'altro, sia particolarmente affinata, ma non seguita da una comprensione cognitiva della mente dell'altro, altrettanto profonda; sembrerebbe anzi che non comprenda adeguatamente cosa stia avvenendo nella mente dell'altro.

Un altro filone di studi riguarda l'Ier-Empatia, ossia una predisposizione di determinati fenotipi, caratterizzati da doti particolarmente altruistiche che , però, alcune volte perdono i confini del sé, rischiando di andarsi a confondere nell'altro. Altri studi hanno approfondito la relazione tra alti livelli di empatia e disturbi d'ansia (Varlet et al., 2014), o disturbi alimentari (Oakley et al., 2011), parlando di

“altruismo patologico”, in cui l’annullarsi per l’altro, porta il paziente a non percepire più i propri bisogni.

## **2.2 ASPETTI EVOLUZIONISTICI**

La psicologia evoluzionistica, contempla come variabile socio-evolutiva il valore di un individuo sulla base delle proprie potenzialità riproduttive e sulle risorse necessarie ad assicurare la massima opportunità alla propria prole di potersi riprodurre a sua volta. Ovviamente, le donne in età giovanile posseggono un alto valore riproduttivo, per tanto, rappresentano per l’uomo una risorsa da dover preservare ed in particolare da dover controllare, al fine di assicurarsi la reale paternità della prole.

Anche le risorse economiche e le opportunità sociali rientrano nel computo che va a determinare la desiderabilità socio-sessuale, in quanto anche questi fattori sono implicati nel fitness riproduttivo.

Questi fattori vanno a definire il valore individuale all’interno della relazione di una coppia. Si ipotizza che i rapporti caratterizzati da un diverso valore nella coppia siano più tendenti alla violenza rispetto a quelli con un valore maggiormente equilibrato.

E’ stato osservato che spesso gli uomini violenti all’interno della coppia, chiedono, o talora obbligano la propria donna a non lavorare, per poterne ridurre il valore, l’autostima e l’autonomia così da poterla mantenere sotto ricatto e di conseguenza maggiormente assoggettata a sé.

Questi sono i motivi per cui in genere le donne che subiscono abusi all’interno del rapporto di coppia, sono spesso giovani, con scarse risorse economiche, sociali e culturali, nonché con una rete socio-familiare labile ed insufficiente a rappresentare un pericolo significativo per il partner.

La violenza fisica spesso viene agita dagli uomini sulle proprie partner, a seguito di accessi di gelosia ed esprime essenzialmente il senso di frustrazione dell’uomo quando non riesce a controllare la propria donna; indipendentemente dal reale comportamento, lui provocatoriamente la accusa di essere “una poco di buono” (Whitehurs, 19971)

Secondo Buss la gelosia si è evoluta con la funzione di fornire un allarme emotivo che segnalasse l'infedeltà del partner e provocasse un comportamento volto a ridurre al minimo le perdite di un investimento parentale.

L'atteggiamento tendenzialmente accondiscendente e passivo della donna, anche dinnanzi ad una sessualità forzata, risponde ad adattamenti finalizzati alla sopravvivenza (Campbell, 1999; Cross e Campbell, 2011; Duntley, 2005) ed ha la funzione di offrire al partner una maggiore garanzia di fedeltà, assicurandolo, in tal modo, di portare al successo riproduttivo esclusivamente la propria genie.

Toby e colleghi teorizzano che l'adattamento alla sopravvivenza e al benessere proprio e della propria prole, viene valutato dalla donna in relazione ad una variabile da loro denominata "Welfare Trade-off- Ratios" (WTRs)- (Toby, Cosmides, Sell, Lieberman e Sznyecer, 2008). Tale variabile, riflette il rapporto ("Ratio") tra il valore che la donna attribuisce a se stessa e ai propri interessi e quello attribuito al valore e agli interessi del partner. Per esempio, le manifestazioni di rabbia della donna nei confronti del partner, segnalano a quest'ultimo che la compagna stia dando più valore a se stessa, rispetto al valore che attribuisce a lui. Quindi, intervenendo con atti volti a ridurre il valore che la compagna ha di sé, potrà modificare tale rapporto a proprio vantaggio. In tal modo la partner sarà maggiormente disposta ad assoggettare i propri bisogni a quelli del partner, rinunciare all'accesso personale alle risorse precedentemente condivise o isolarla dalla propria rete sociale ed affettiva, che potrebbe rappresentare per lei una protezione.

## 2.3 GELOSIA

Col termine "**Gelosia**" ci si riferisce ad uno stato emotivo di dubbio e di tormentosa ansia di chi, con o senza giustificato motivo, teme (o constata) che la persona amata gli sia insidiata da un rivale.

Talvolta questo termine viene utilizzato in maniera non appropriata per indicare il sentimento dell'invidia, ma i due termini si riferiscono a contesti e soggetti totalmente diversi. L'invidia è un sentimento che si svolge in un rapporto a due, dove vi è un soggetto che detiene caratteristiche, o risorse che l'altro non possiede e che invece desidera, il contesto della gelosia invece riguarda tre soggetti, di cui due in relazione tra loro (coppia) ed un terzo che potenzialmente potrebbe entrare in relazione con uno dei partner della coppia e sostituirsi al ruolo dell'altro; il terzo soggetto, quindi, rappresenta una minaccia per la coppia, generando in uno dei due

partner, una forte ansia di separazione, ossia il timore che il terzo possa sottrargli l'oggetto d'amore.

Quindi la gelosia è un sentimento che viene attivato dal timore di venire separati dall'oggetto d'amore, al quale segue una forte ansia di separazione e l'attivazione di tutte le risposte, relative al programma d'attaccamento che sono finalizzate al riavvicinamento di quest'ultimo. In questi termini la gelosia va considerata come un sentimento adattivo e fisiologico nella gestione di una relazione sentimentale; Bowlby insegna, con la sua Teoria dell'Attaccamento, quanto sia importante per chiunque sentirsi l'esclusivo oggetto d'amore di una persona. Anche Liotti, nella sua teoria dei “*Sistemi Motivazionali Interpersonali*” (SMI), conferma come il sistema di attaccamento e di conseguenza quello di accudimento, siano indispensabili nella vita di ogni individuo, che per affrontare gli eventi della vita, necessita di una base sicura da cui poter trarre sostegno e cure adeguate.

### 2.3.1 Programma di Attaccamento a seguito di una Separazione (“Riavvicinamento”)

Bowlby, utilizzando i dati raccolti dalle osservazioni di James Robertson (1953,1970) descrive la **sequenza comportamentale** del bambino, quando viene separato per la prima volta dalla madre, con la quale ha costruito un rapporto relativamente sicuro. La prima fase è quella della **protesta**, segue quella della disperazione e infine quella del distacco (Bowlby, 1969). Nella prima fase il bambino appare a disagio, come se cercasse di riavvicinarsi alla propria mamma utilizzando le sue poche risorse: crisi di pianto, agitazione, ipersensibilità nei confronti dei suoni, Il suo comportamento manifesta la forte aspettativa del ritorno della madre. Nella seconda fase aumenta la sensazione di non poter più ricevere appoggio dal caregiver e di essere stato sostanzialmente abbandonato a se stesso: l'atteggiamento del bambino mostra la **perdita della speranza**, si mostra sconfortato ed è in preda a frequenti crisi di pianto. Nella terza fase, invece, avviene il **distacco**; nuovamente il bambino mostra di essere interessato all'ambiente, accetta le cure, l'alimentazione, sorride ed è socievole. Ciò nonostante, quando viene ricongiunto alla sua figura d'attaccamento, il bambino adotta un comportamento distaccato; pur riconoscendo la madre, resta apatico, distante e apparentemente disinteressato dalla sua presenza. Le sue aspettative nei confronti del caregiver sono cambiate: ha imparato a non esprimere più i propri bisogni di intimità nei confronti dell'oggetto d'amore, poiché considera ciò inutile, o addirittura pericoloso. Ormai, per il bambino, l'oggetto d'amore non rappresenta più una “Base Sicura” su cui poter contare per ricevere cure e supporto. La visione di sé e

del mondo è cambiata; il sentirsi abbandonato fa sviluppare nella sua mente la convinzione di non aver alcun valore, o di non essere degno di essere amato, nel contempo anche la sua visione del mondo andrà a modificarsi, divenendo un luogo non sicuro, in cui è inutile aspettarsi protezione e appagamento dei propri bisogni.

Al contrario, i sentimenti di rabbia del bambino nei confronti dell'adulto, che si è temporaneamente allontanato, vengono facilmente recuperati con la ricongiunzione ed il conforto che il piccolo riceve dalla figura genitoriale che è in grado di rassicurarlo con le sue abilità di contenimento.

La funzione di “base sicura” svolta dal genitore, va anche a condizionare il livello di autonomia, o dipendenza del proprio figlio in età infantile e di conseguenza nel futuro in età adulta. Bowlby (1988) ha spiegato come un bambino per esplorare l'ambiente extra-familiare, abbia bisogno di percepire la propria figura d'accudimento come “Base Sicura”, ossia deve sentirsi sicuro che al ritorno troverà il suo caregiver lì ad aspettarlo. Ne consegue che i comportamenti di autonomia e di spontaneo allontanamento dal caregiver, a fini esplorativi, sarà direttamente proporzionale al senso di fiducia nei confronti di quest'ultimo, sviluppata a seguito delle costanti esperienze di attendibilità della presenza genitoriale.

Un genitore che non si pone come “base sicura” nella relazione col suo piccolo, ne scoraggerà i comportamenti di allontanamento spontaneo e quindi di autonomia; per il timore di non ritrovare più il genitore al suo ritorno il bambino adotterà continui comportamenti di riavvicinamento al caregiver ed eviterà di allontanarsi da lui, per poterne mantenere costantemente sotto controllo la sua presenza. Secondo Bowlby le esperienze della prima infanzia con le figure di attaccamento, vanno a costituire tutte quelle configurazioni spaziali, temporali e causali su cui il bambino interpreta e quindi anticipa il comportamento e le risposte del prossimo.

### **2.3.2 Modelli Operativi Interni (MOI) e Replica del Legame Infantile in Età Adulta**

Nella sua teoria, Bowlby introduce il concetto dei *Modelli Operativi Interni (MOI)*, ossia schemi mentali che si vanno a costituire nel corso della vita, interagendo con l'ambiente; essi consistono in rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure di attaccamento e del mondo. Sulla base di questi modelli, l'individuo percepisce ed interpreta il mondo e gli eventi della vita e, di conseguenza, sviluppa previsioni e crea aspettative anche su ciò che riguarda la propria vita di relazione.

Grazia Attili (2004) spiega in che modo il copione del legame infantile venga replicato in età adulta nel rapporto di coppia. Nel momento dell'imprinting filiale, le caratteristiche della figura d'accudimento e le sue modalità comunicative e di cura, vengono accettate e riconosciute dal bambino come proprie, indipendentemente se siano adeguate, o meno. Il bambino impara ad adeguare le proprie richieste al tipo di maternage che gli viene offerto, facendo previsioni sul grado di disponibilità suo caregiver. In particolare il bambino costruisce dei modelli interni, sia della figura primaria d'attaccamento, che di se stesso; essi funzionano come delle mappe cognitive, sulla base delle quali vengono interpretate le proprie reazioni e previste quelle reazioni della madre. Nel tempo, questi modelli interni vengono generalizzati ed estesi agli altri, in particolare nelle relazioni affettive.

### 2.3.3 Stili di Attaccamento e Gelosia

Gli stessi MOI, relativi al sé e all'altro, che regolano le relazioni affettive nell'infanzia, verranno riattivati in età adulta, strutturando tutte le relazioni a carattere affettivo, inclusa quella sentimentale col partner (Hazan & Shaver, 1987), il quale verrà implicitamente investito del ruolo di "figura d'attaccamento" e dal quale si esigerà una "disponibilità di tipo esclusivo". *La paura della perdita di questa esclusività è all'origine della gelosia romantica.* Il sistema-gelosia ed il sistema attaccamento si possono dunque considerare come finalizzati al mantenimento del legame.

Sono quindi le esperienze con le figure di riferimento che andranno a strutturare lo stile di attaccamento del bambino e successivamente dell'individuo adulto (Bowlby, 1988). Un genitore che assicura al suo piccolo la sua presenza, il suo supporto, le sue cure e il suo conforto, in maniera continuativa e nel momento della necessità, consentirà al suo bambino di sviluppare un "**Attaccamento Sicuro**", in cui il caregiver rappresenta una "base sicura" da cui potersi allontanare serenamente per esplorare l'ambiente in autonomia, e a cui ritornare con la certezza di ritrovarlo. Quando questo bambino diventerà un adulto, tenderà ad instaurare un rapporto simile con il proprio partner, sentendosi sicuro, e non limitato nelle esplorazioni. Questo individuo considererà il partner come degno d'amore e se stesso come degno di essere amato, sviluppando quindi un legame basato sulla fiducia reciproca. Numerose ricerche, hanno rivelato che, rispetto agli adulti con **stile di attaccamento insicuro**, gli individui caratterizzati da **attaccamento sicuro** possiedono credenze più positive e ottimiste sull'amore romantico e credono che quest'ultimo possa durare nel tempo (Hazan & Shaver, 1987). Inoltre è stato osservato che le persone con questo stile di

attaccamento presentano aspettative sulla relazione più positive (Collins, 1996, Collins & Read, 1990), e godono di una maggiore **soddisfazione coniugale** (ad esempio, Brennan & Shaver, 1995, Collins & Read, 1990, Feeney, 1994, Feeney, Noller e Callan, 1994; Fuller & Fincham, 1995).

I bambini, le cui madri hanno offerto cure e supporto in maniera discontinua ed imprevedibile, hanno sviluppato modelli operative interni di sé ambivalenti, ossia percependosi a volte come individui degni d'amore e di rispetto, a volte invece, come inadeguati e non amabili. In questo caso lo stile d'attaccamento viene definito "**Ambivalente Ansioso**", proprio perché caratterizzato dalla continua ansia generata dalla paura di perdere il rapporto con il caregiver e dalla relazione di amore conflittuale (amore-odio) con quest'ultimo, il quale non gli assicura la costanza dell'attenzione e della cura. Allo stesso modo, questi bambini, una volta diventati adulti, si porranno in maniera ambivalente nei confronti del partner: quando prevarranno i MOI disconfermanti, col partner sarà esigente e possessivo, mentre nei momenti in cui prevarranno i MOI positivi del sé e dell'altro, riuscirà a vivere col partner sentimenti reciproci d'amore e di comprensione.

Infine, le madri, poco presenti e poco accoglienti, fredde, poco disponibili a cogliere e a soddisfare le necessità di cura e conforto, non offrono una base sicura ai loro piccoli, i quali sviluppano un **modello operativo interno** che li definisce come non amabili e diffidenti verso il mondo esterno, percepito inaffidabile ed ostile. La percezione delle emozioni di disagio dei propri genitori alle sue richieste d'intimità, lo scoraggeranno in futuro ad entrare in relazione più profonda con gli altri, sia per il timore di venire un'altra volta rifiutati, che per la paura di perdere il rapporto con loro. Per questo motivo, gli adulti che presentano lo Stile d'"**Attaccamento Evitante**", preferiranno isolarsi e in coppia tenderanno a non coinvolgersi mai veramente nella relazione col partner, col quale invece si porranno con atteggiamenti distanzianti e poco aperti alla comprensione dell'altro.

Quindi lì dove il ricongiungimento avviene con tempi troppo lunghi e con esperienze brusche, o traumatiche, la normale ambivalenza del bambino verso la figura d'attaccamento diventa intollerabile e può dar vita a forme più o meno patologiche di difesa (Bowlby, 1973, 1980)

Nei casi più gravi, in età adulta, la rappresentazione delle violenze subite potrebbero essere riproposte su oggetti esterni e/o su soggetti coinvolti in relazioni affettive, mettendo in atto comportamenti psicopatici e trasgressivi. Di sovente questi comportamenti si consumano all'interno delle mura domestiche, con maltrattamenti

di ogni genere ed atti di violenza sulla propria partner, oggetto proiettivo dei conflitti irrisolti con la figura di accudimento originaria.

### **2.3.4 Come scegliamo il partner?**

Ogni soggetto, tende a riprodurre nella sua vita affettiva adulta il tipo di relazione che ha avuto con le figure d'attaccamento, mantenendo nel corso della vita lo stesso script che si riattualizza, attivando sempre gli stessi Modelli Operativi Interni sviluppati nell'infanzia.

In maniera inconsapevole, l'individuo tende a scegliere come partner, persone che presentino determinate caratteristiche che gli consentano di confermare le rappresentazioni costruite su di sé e sugli altri fin dalla prima infanzia; c'è da tenere in considerazione che di questi Modelli Operativi Interni, fanno parte anche le capacità di gestione ed autoregolazioni delle emozioni e le modalità di coping delle difese dell'Io. Con il termine *omeostasi rappresentativa*, Bowlby spiega in che modo ci si lega a ad individui che in qualche modo confermino quel sistema di rappresentazioni che si è strutturato nell'infanzia sulla base delle esperienze d'attaccamento.

Nella relazione genitore-figlio, l'attaccamento si declina in un legame di tipo complementare, ossia in un sistema di accudimento genitoriale che risponde all'attivazione del sistema di attaccamento del proprio bambino.

Invece, nella relazione di coppia adulta, il legame è caratterizzato dalla reciprocità, in cui vengono attivati sia il sistema di attaccamento che quello di accudimento, da entrambi i partner, a seconda del contesto.

Gli elementi che invece accomunano i due tipi di legame sono il mantenimento del contatto, la percezione di una base sicura e il bisogno di rassicurazione e conforto da parte della figura d'attaccamento.

### **2.3.5 Accoppiamento secondo Stili di Attaccamento**

Fisher e Crandell (2001) hanno descritto i vari possibili "accoppiamenti" dei diversi stili d'attaccamento rilevati per mezzo del test AAI (Adult Attachment Interview) di ciascun partner:

Le coppie “Sicuro – Sicuro” si sentono liberi di chiedere affetto e conforto al partner e pur sentendosi autonomi dal partner, non hanno problemi a sentirsi oggetto di dipendenza, né di assumere una posizione di dipendenza da quest’ultimo.

Le coppie insicure Evitante – Evitante (o Timoroso – Timoroso); entrambi i partner temono di essere oggetto di dipendenza dal partner, né amano un partner che si pone in una relazione di dipendenza da loro.

Le coppie Ambivalente – Ambivalente (o Preoccupato – Preoccupato); entrambi i partner esprimono la convinzione reciproca che l’altro non potrà mai soddisfare i bisogni di vicinanza e conforto nella misura sufficiente a farli sentire amati. Le coppie Evitante – Ambivalente (o Timoroso – Preoccupato) sono quelle che presentano un livello più profondo e più numeroso di conflitti . Il partner ambiguo lamenta continuamente di non sentirsi sufficientemente amato ed accusa il partner di abbandonarlo e trascurarlo, mentre quest’ultimo è fortemente infastidito dai bisogni di dipendenza del partner, tentando continuamente di definire i confini (Vellotti e Zavattini, 2013)

Le coppie Insicuro – Sicuro hanno invece buone possibilità di crescita, poiché la capacità del partner “Sicuro” di assumere liberamente entrambi i ruoli del rapporto di dipendenza, offre un’esperienza “correttiva” al partner “Insicuro”, determinando in quest’ultimo una correzione tale da trasformare il suo stile di attaccamento in “Stile di Attaccamento Sicuro Guadagnato” (Castellano, Vellotti e Zavattini, 2013).

In considerazione dei risultati emersi dagli studi di Hazan e Shaver e da quelli di Fisher e Crandell se ne deduce che le relazioni adulte siano influenzate dall’incontro dei MOI sviluppati dai due partner nel corso della propria storia personale e che quindi va data particolare importanza al modo in cui tali modelli rappresentazionali si incastrano tra loro (Vellotti e Zavattini, 2008)

Dagli studi condotti da Bartholomew, (1993) in accordo con quelli di Hazan, Shaver, (1987) , emerge che la scelta del partner è influenzata dal modello acquisito nella relazione precoce tra bambino e genitore, in quanto ogni stile implica una serie di aspettative e timori riguardo ai rapporti interpersonali. Questo è il motivo per cui viene selezionato un partner con aspettative e timori compatibili ai propri (Feeney, Noller, 1991): le persone che hanno sviluppato attaccamento insicuro tendono a scegliere altre persone con attaccamento insicuro, ma di uno stile diverso dal proprio, al fine di confermare il modello di sé e degli altri e giustificare la ripetizione dei propri modelli relazionali. Quindi l’ambivalente, dinnanzi all’atteggiamento distanziante dell’evitante confermerà i propri timori e il proprio senso di abbandono e trascuratezza e giustificherà i propri atteggiamenti di

dipendenza nei confronti del partner. In queste coppie, il comportamento del partner abusante, rivela, oltre a che una grave compromissione della sua funzione riflessiva, anche la sua stessa dipendenza: senza la sua donna da controllare e dominare, si sentirebbe solo in modo intollerabile (Fonagy, 1998; Dutton, 1998). Anche la più piccola manifestazione di autonomia del partner, rappresenta per costui una minaccia al mantenimento del rapporto. Mantenere il partner in uno stato di completa subordinazione diviene, di conseguenza, una priorità che serve a celare una dipendenza affettiva non riconosciuta e identificata proiettivamente nell'altro (Sonkin, 1987; Murphy, Meyer, O'Leary, 1994; Dutton, Golant, 1997). In maniera analoga, l'evitante, dinnanzi alle richieste pressanti di un rapporto di tipo fusionale da parte del partner ambivalente, si sentirà a disagio e pertanto confermerà i modelli negativi dell'altro e giustificherà la sua esigenza di prenderne le distanze.

### 2.3.6. Fasi del Legame di coppia

La prima fase di un legame di coppia, denominata fase dell'*Innamoramento*, è caratterizzata da un forte coinvolgimento emotivo e da un'intensa attrazione sessuale nei confronti di una persona. La persona oggetto del desiderio, in questa fase, viene idealizzata; le vengono attribuiti pregi e capacità ben superiori a quelle reali e al contempo, vengono selettivamente minimizzati i suoi limiti e suoi difetti, considerati invece piccole imperfezioni "accettabili". In particolare viene inquadrata come la persona più rispondente alle proprie aspettative e in grado di appagare i propri bisogni frustrati. La coppia sente di essere unita come in una sorta di "simbiosi", mantenuta in vita dall'attrazione fisica e dal desiderio di restare sempre insieme. In questa fase c'è il desiderio di compiacere l'altro per aumentare il livello d'investimento del partner nei propri confronti, quindi le abilità empatiche, in buona parte, vengono messe al servizio della comprensione dei bisogni dell'altro, al fine di soddisfarli e in questo modo incrementare la solidità del legame. Di conseguenza l'altro partner andrà a rafforzare la convinzione di essersi unito con la "persona giusta", quella alla quale potrà affidarsi per trovare risposta ai suoi bisogni di sostegno, vicinanza, cura e protezione.

Nella seconda fase, quella della "contro-dipendenza", l'illusoria simbiosi viene messa in crisi e poi sciolta dalle esigenze personali di differenziazione. In questa fase iniziano i conflitti e le ambiguità che portano alla disillusione delle idealizzazioni alimentate nella fase precedente. Vengono messi in luce aspetti dell'altro che prima erano restati nell'ombra e nascono le prime incompatibilità, i primi conflitti, le prime

ansie e la necessità di definire nella coppia alcune distanze. Nonostante ciò, l'elaborazione di questi primi problemi, consentirà alla coppia di passare alla fase successiva.

Nella terza fase la coppia attua un processo di riavvicinamento, in quanto accetta il fatto che il partner può essere imperfetto e che comunque su di lui ci si può continuare ad investire in quanto oggetto d'amore. Questa è la fase dell'"Interdipendenza", in cui il legame, per quanto imperfetto, viene accettato ed integrato, travalicando i conflitti e riaccendendo il desiderio (Mahler M, 1968). Sono quindi i processi di separazione ed individuazione che consentono alla coppia di costruire una relazione che comprenda i Modelli Operativi Interni di ognuno dei due, in una dinamica in continua evoluzione, capace di acquisire sempre nuove connessioni rispetto al significato originario. In una prospettiva di crescita, le strutture acquisite nelle famiglie d'origine possono quindi evolvere per mezzo di "sforzi riparativi" che vadano a correggere e a gestire le esperienze traumatiche appartenenti alla famiglia d'origine.

Ma nel caso in cui i partner continuassero a proiettare rigidamente l'uno sull'altro aspetti intergenerazionali non risolti e aspetti scissi del sé, la coppia resterebbe soffocata in una prigione di incomprensioni ed accuse, mai sanate da alcun processo di riparazione e da alcuna comunicazione affettiva (Framo J.L., 1999). Questo è il caso in cui gli stati della mente dei due partner continuano ad influenzarsi reciprocamente (Siegle, 2001) secondo schemi rigidi e ripetitivi di svalutazione, disconferma, oscillazioni tra ricerca dell'intimità e distanziamento, necessità di autonomia e controllo ossessivo del partner (Liotti, Farina, 2011).

Paradossalmente, l'interdipendenza degli stati mentali dei partner, espressione delle parti dissociate del sé, determineranno comportamenti inappropriati e contraddittori, come per esempio la richiesta d'aiuto e conforto proprio al partner che nel contempo minaccia ed infligge dolore.

### 2.3.7 Gelosia e Stili d'Attaccamento

Vi sono studi che mettono in relazione gli stili di attaccamento di *J. Bowlby* con le cinque componenti della gelosia identificate da *A. Sbrana* e cioè: **autostima; paranoia; ossessività; controllo del partner; paura dell'abbandono.**

Le ricerche condotte dal Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Pisa (2005) sembrerebbero avvalorare l'ipotesi che la gelosia rappresenti un indicatore aspecifico di una sottostante vulnerabilità personologica e/o psicopatologica. Dai loro studi emerge che i soggetti con stile d'attaccamento Preoccupato e Timoroso-Evitante

(stili caratterizzati da una maggiore livello d'ansia) presentano punteggi maggiori ad ogni dimensione della gelosia romantica, rispetto ai soggetti con stile di attaccamento caratterizzato da bassa ansietà, ossia attaccamento Sicuro e attaccamento Distanziante.

Classificando i gruppi in: *preoccupato*, *timoroso-evitante* e *sicuro*, in base ai modelli elaborati da *Bartholomew e Horowitz* fondati sul modello dell'immagine del Sé e su quello dell'immagine dell'altro da Sé (partner), si ottengono risultati che confermano che gli stili di attaccamento dei soggetti caratterizzati da una maggiore ansietà (preoccupato e timoroso-evitante) presentano maggiore gelosia rispetto ai soggetti con uno stile di attaccamento con un livello di ansietà basso (sicuro).

In considerazione degli studi evoluzionistici sulla gelosia, condotti da Buss, Attili, ecc., in cui risulta che gli uomini percepiscono con maggior angoscia l'infedeltà sessuale rispetto a quella emotiva, mentre al contrario, le donne soffrono maggiormente per l'infedeltà emotiva rispetto a quella sessuale, Levy KN, Kelly KM (2010), hanno tentato di spiegare tale differenza tra i sessi introducendo nell'analisi i diversi stili d'attaccamento. La ricerca infatti ha riscontrato che i soggetti con stile di attaccamento evitante, riferiscono una maggiore gelosia per l'infedeltà sessuale, mentre quelli con attaccamento sicuro, compresi i maschi, rivelano una maggiore gelosia per l'infedeltà affettiva.

Queste ricerche indicano che aldilà alle implicazioni evoluzionistiche, la gelosia può in taluni casi essere un indicatore di una certa vulnerabilità della personalità o psicopatologica, anche se lo stile di attaccamento dell'individuo comunque non può spiegare del tutto l'aspetto patologico presente in talune manifestazioni quali i delitti "passionali" e le violenze sessuali che evidentemente hanno componenti di natura più complessa.

### **2.3.8 Inquadramento Diagnostico della Gelosia Patologica:**

Il DSM5, include la "Gelosia Patologica" tra i "Disturbi Ossessivo-compulsivi e disturbi correlati con alta specificazione" [300.3 (F42)], a seguito del carattere compulsivo, delle reazioni relative al timore dell'infedeltà del partner e della conseguente compromissione del funzionamento in ambito sociale, relazionale, affettivo, lavorativo, ecc.

Un altro aspetto della gelosia patologica, codificato nel DSM5, è il "Delirio di Gelosia", inserito tra i "Disturbi Deliranti" [297.1 (F22)], inclusi tra i "Disturbi dello Spettro della Schizofrenia ed altri Disturbi Psicotici". Il disturbo si sviluppa tutto

sulla convinzione che il tradimento sia già avvenuto e sul bisogno compulsivo di dover far confessare il partner, utilizzando qualsiasi violenza, raggirio, o azione, tesi a spingere il presunto traditore a confessare. Talvolta, nel tentativo di placare la propria angoscia del “sentirsi traditi”, si arriva anche a sopprimere il partner: la bassa autostima e il pattern attaccamentale insicuro spinge il “geloso” a mettere in atto comportamenti finalizzati a “punire” il partner, per non averlo fatto sentire “amato”.

Alcuni autori sostengono che il criterio utilizzato per distinguere la gelosia patologica, da quella “normale” sia la durata del sentimento: viene considerato normale provare un sentimento di gelosia, se esso non dura più di sessanta minuti al giorno e non provoca sofferenza propria e altrui.

### 2.3.9 Tipologia dell'aggressore geloso.

La gelosia viene implicata come la principale causa di violenza e omicidio del coniuge in molte culture (Daly & Wilson, 1988; Gibbens, 1958; Wolfgang, 1958), per tanto gode di una ricca letteratura scientifica focalizzata sia a studiare il fenomeno che ad identificare il profilo psicologico dell'abusante geloso. Vengono proposte numerose tipologie di aggressore, ma quelle che considero maggiormente interessanti sul piano dell'inquadramento psicodiagnostico sono quelli proposti da Holzworth-Munroe e Stuart (1994b) e di Hamberger, Lohr, Bonge e Tolin (1996).

Holzworth-Munroe e Stuart, sulla base di tre dimensioni (gravità e frequenza, psicopatologia, e generalità della violenza) hanno identificato tre tipologie: la prima, denominata “*Famiglia*”, rappresentata da metà del campione, a cui appartengono individui moderatamente violenti, che non presentano disturbi psicopatologici specifici e che agiscono aggressività sia all'interno che all'esterno del contesto familiare; la seconda “*Disforico-borderline*” è costituito da soggetti patologicamente gelosi che non sopportano l'abbandono, seriamente disturbati e violenti; la terza è la “*Antisociale generalmente Violento*”, costituita da aggressori antisociali violenti, con precedenti penali.

Hamberger et al. , similmente agli studiosi precedentemente citati, distinguono gli aggressori in tre tipologie, correlabili con quelle identificate da Holzworth-Munroe e Stuart: “*Dipendente passivo-aggressivo*” associato alla tipologia “*Disforico-borderline*”, “*Antisociale*” associato a quella “*Antisociale generalmente Violento*”, e “*Non Patologico*”, associato a quella denominata “*Famiglia*”.

Indipendentemente dalla tipologia dell'aggressore, la maggior parte degli studiosi (Gondolf (1988), Holzworth-Munroe e Stuart (1994b), Gttman et al. (1995), Johnson (1995), Hamberger, Lohr, Bonge e Tolin (1996), concorda nell'identificare come pattern comportamentale specifico della gelosia patologica, quello del controllo e dominio sulla partner.

### **2.3.10 Gelosia Patologica: visione evoluzionistica e multidisciplinare**

La gelosia, specie nella sua forma "patologica", inizia ad emergere già nella fase dell'innamoramento, ossia prima che la relazione si sia evoluta in un rapporto d'amore stabile. In tali rapporti patologici non si può parlare di un vero amore, ossia di un sentimento che si concretizza nel perseguire attivamente il bene dell'altro/a., ma piuttosto di un sentimento egoistico che si focalizza unicamente sulla soddisfazione dei propri bisogni e sul rispetto dei propri diritti.

Il partner non viene visto come oggetto d'amore, ma tutt'al più come oggetto di "desiderio", ossia come "oggetto", la cui funzione è quella di colmare tutte le profonde lacune, lasciate da una storia d'attaccamento infantile fallimentare.

Lì dove intervengono i Modelli Operativi Interni con cognizioni del sé negative, la percezione di non essere degno d'amore, elicitando continuamente il timore di poter essere lasciato da un momento all'altro, attivando nel soggetto geloso comportamenti tesi a controllare il partner, al fine di evitarne l'allontanamento.

In realtà esistono anche donne che presentano una gelosia di tipo morboso, ma in genere, difficilmente arrivano ad adottare un comportamento abusivo violento nei confronti del partner, mentre invece è molto più probabile che sia l'uomo geloso ad agire violenza sulla partner. Dinanzi alla gelosia del partner gli uomini e le donne reagiscono in maniera diversa: gli uomini, tendono ad allontanare la donna che recrimina continuamente per la sua percezione di essere trascurata, mentre invece le donne adottano un altro stile di coping, ossia cercando di accontentare il partner per ridurre il conflitto, mostrandosi più accondiscendenti alle sue richieste. Questo comportamento in realtà non fa altro che rinforzare il comportamento recriminante del partner, il quale, progressivamente alzerà di continuo il livello delle richieste, innescando una spirale negativa di incomprensioni, tensioni, conflitti, abusi e violenza.

Questo fa ipotizzare una sostanziale differenza nella gestione del rapporto tra l'uomo e la donna. Da un punto di vista evoluzionistico questa differenza potrebbe trovare

una risposta nella differenza delle necessità primarie dei due sessi. Quelle di protezione della prole e della propria persona per la donna e quelle di controllo sulla sessualità della partner, per assicurarsi che il proprio investimento genitoriale non venga indirizzato a figli portatori di un altro patrimonio genetico.

Per il genere maschile il potere, nella sua accezione di “controllo”, sembrerebbe essere “l’optimus via” per acquisire risorse, incluse quelle relative all’accesso al sesso e alla realizzazione del fitness riproduttivo. Mentre invece il genere femminile, potrebbe trovare più funzionali strategie di resa, per potersi assicurare l’investimento genitoriale del partner e reperire quelle risorse necessarie a realizzare il proprio programma riproduttivo.

La gelosia, quando non ossessiva, è un sentimento sano che esprime il desiderio di continuare il rapporto d’amore col partner e per tanto il timore di perderlo. L’amore è un sentimento che implica necessariamente la scelta di affidarsi alla persona amata, per tanto poggia su modelli positivi di sé e dell’altro, ma se questi ultimi sono negativi verrà meno quella fiducia necessaria a costruire un rapporto di intimità col partner. Temere costantemente che il partner possa abbandonarci per andar via in quanto interessato ad un’altra persona, esprime convinzioni di indegnità nei propri confronti e di sfiducia nei confronti del partner.

E’ quindi il modello d’indegnità personale che alimenta il pensiero persecutorio e delirante, che induce il geloso patologico a convincersi di poter divenire, con alta probabilità, oggetto di tradimento. Questo timore che alcun comportamento rassicurante della partner potrebbe mai placare, genera nel soggetto geloso frustrazione ed instabilità. Se da una parte sente in sé l’indisponibilità ad affidarsi alla partner, dall’altra sente il vuoto per l’assenza di intimità nel rapporto. La frustrazione per questo senso di insoddisfazione, autodeterminato, genera in lui rabbia, che non viene attribuita al suo limite personale, ma bensì alla sua partner. Ogni volta che il soggetto geloso contatta la sua parte scissa d’indegnità, si attiva in lui una risposta difensiva di rabbia, destinata a venire inesorabilmente agita contro la sua compagna. Il suo discorso interiore è “Io ti voglio amare, ma sei tu che non mi fai sentire amato perché sei inaffidabile!”

Il nucleo centrale di tutte le forme di gelosia patologica consiste nell’acquisizione del potere sulla gestione della relazione di coppia, al fine di mantenere il controllo non solo sulla partner, ma anche su quelle parti del sé, percepite come vulnerabili, affinché non si lascino andare e non rischino di essere tradite ed abbandonate.

## 2.4.1 Trauma e dissociazione

Secondo la concezione di Janè, il trauma è un evento, le cui implicazioni emozionali e cognitive sono talmente superiori alle capacità di gestione del soggetto, da non consentirgli di adattarsi ad esso. I meccanismi di difesa, per preservare il funzionamento del sistema psichico, operano una dissociazione dell'esperienza traumatica dal resto dell'esperienza, lasciando il materiale mnestico traumatico non integrato con il resto del mondo cognitivo..

Le informazioni collegate al trauma vengono bloccate in una stasi neurobiologica e restano "intrappolate" in reti neuronali, scollegate dal resto del magazzino mnestico. Queste informazioni congelate in determinate aree cerebrali, non subiscono alcun processamento e quindi restano identiche nel tempo: stesse convinzioni, stesse emozioni, stesse percezioni fisiche. Queste informazioni frammentate ed isolate dalle altre informazioni del sistema, dando vita a circuiti di memoria disfunzionali.

Le funzioni integrative della memoria vengono meno in quanto sommerse da un "overload" di informazioni che dovranno subire un processo di compartimentalizzazione. Le memorie traumatiche vengono scisse, congelate ed isolate dal restante flusso di coscienza; spesso scomposte nelle sue diverse componenti somatica, sensoriale, cognitiva, emotiva.

Il sovraccarico di tensione emotiva, supera le capacità di contenimento del soggetto, alterando in maniera significativa il processo di codificazione, immagazzinamento e consolidazione di un ricordo, nonché del suo recupero dalla memoria.

I fattori del rischio traumatico non sono solo relative dalla gravità dell'evento, ma anche dalla sua durata nel tempo e dalla sua frequenza.

Un numero sempre maggiore di autori, considera materiale traumatico, non solo i grandi traumi, ma anche le piccole t, che spesso si vivono nell'infanzia e che condizionano fortemente il successivo sviluppo della personalità. La ripetizione costante di questi microtraumi protratti nel tempo, genera un disturbo post traumatico denominato Disturbo Post Traumatico da Stress Complesso.

Spesso tale disturbo è relativo alle esperienze traumatiche, più o meno gravi, vissute nelle relazioni con i propri caregiver nell'infanzia ed è caratterizzato da forme dissociative di diverso grado: dal Disturbo Dissociativo d'Identità ad una

dissociazione strutturale di grado minore. Il livello di gravità della dissociazione viene definito sulla base del grado di inaccessibilità alle parti dissociate.

### 2.4.2 Dissociazione Strutturale e Stati dell'Io

Le capacità integrative dell'individuo possono venire compromesse in maniera permanente a seguito dello stress cumulativo dei traumi ripetuti, dando origine a ciò che van der Hart, Nijenhuis e Steele chiamano “dissociazione strutturale della personalità” .

Gli autori teorizzano l'esistenza di Sistemi d'Azione, che consistono in “predisposizioni innate all'apprendimento, progettate a svilupparsi in funzioni elementari, necessarie a soddisfare i bisogni di base”. In condizioni normali di sviluppo, gli stati dell'Io non dissociati, evolvono, partendo da tali sistemi d'azione, restando nel sistema ben integrati nel proprio funzionamento e in condizioni di co-coscienza.

I Sistemi d'azione possono essere considerati anche come dei sistemi motivazionali che inducono all'azione, tesa al raggiungimento dello scopo. Essi possono riguardare:

- funzioni di sopravvivenza della specie (alimentazione, attaccamento, studio, lavoro, esplorazione, compiti della vita) (van der Hart et al., 2011), oppure
- funzioni di sopravvivenza dell'individuo (difesa in caso di pericolo)

In un contesto di “normalità” gli Stati dell'Io sono co-coscienti e relativamente ben integrati, i confini sono fluidi e senza soluzione di continuità. L'individuo, pur passando da uno stato dell'io all'altro, mantiene un senso di coerenza del sé.

Nell'infanzia, in presenza di abusi, o neglect, i Sistemi d'Azione si evolveranno lungo percorsi diversi, compromettendo lo sviluppo armonico ed integrato degli Stati dell'Io

In caso di esperienza traumatiche i confini degli Stati dell'Io si separano in ampie faglie, determinando una Struttura Dissociativa. Le faglie separeranno gli stati dell'io deputati al mantenimento della vita quotidiana, da quelli con una funzione difensiva, affinché gli stati mentali del primo tipo non vengano invasi dalle dal materiale traumatico del secondo.

Le parti dissociative sono schemi rigidi di pensiero, sentimenti, percezioni e comportamenti organizzati all'interno di un senso del Sè multiplo e spesso contraddittorio

Le EP (Emotive Part) sono un prodotto del Sistema d'Azione di Difesa; esse sono fissate nella Memoria Traumatica e tendono all'azione per la difesa, in caso di pericolo (percepito o reale). Quando vengono a contatto con stimoli "trigger" che richiamano le memorie traumatiche, queste parti sono spinte a reagire alla percezione di pericolo, utilizzando le stesse modalità di difesa attuate durante l'esperienza traumatica. Di conseguenza, la "riattualizzazione" dell'evento traumatico, va a riattivare le risposte senso motorie, relative al trauma, che spingono verso le parti del sistema d'azione quotidiano, per poter essere rielaborate.

Inoltre le EP sono incapaci di accorgersi del presente, poiché sono fissate nell'azione di difesa al trauma passato. Più grave e protratto nel tempo è il trauma, tanto più dissociate e frammentate saranno le EP (van der Hart et al., 2010).

Lo stato mentale che prende origine dal sistema d'azione quotidiano, scisso, a causa del trauma, dalle parti che prendono origine dal sistema d'azione difensivo, viene denominato "Apparentemente Normale", in quanto mirato unicamente a portare avanti le funzioni quotidiane di sopravvivenza, nonostante non goda più di uno stato di piena integrazione.

La funzione dell'ANP (Parte Apparentemente Normale) è quella di preservare il soggetto dal materiale traumatico disturbante, spinto dalle EP traumatizzate, al fine di assicurargli il proseguimento delle sue attività di vita quotidiana. Per questo motivo le ANP spesso possono rappresentare parti fobiche verso emozioni, sensazioni, cognizioni e memorie, relative all'esperienza traumatica, in quanto quest'ultime potrebbero rappresentare una minaccia all'integrità delle funzioni quotidiane. Purtroppo è proprio l'intervento di soppressione del materiale traumatico (spinto dalle EP) attuato dall'ANP, che ne impedisce il completamento del processo di rielaborazione.

Quando gli "stimoli trigger" della vita quotidiana riattivano le memorie traumatiche, anche le ANP possono subire una scissione.

La gamma delle ANP è ampia, alcune hanno un alto funzionamento e presiedono alla gestione dell'intero sistema, altre invece no.

Quindi in un individuo potrebbero strutturarsi quadri dissociativi diversi a seconda del numero di EP ed ANP costituite nel corso della vita, a seguito delle esperienze traumatiche affrontate.

1. Nella **Dissociazione Strutturale Primaria**. Si riscontra una scissione semplice, costituita da una sola ANP e da una sola EP. Questo è il classico caso dissociativo che segue una singola grande T. e che va a strutturare un DPTS.
2. **La Dissociazione Strutturale Secondaria**, invece presenta un quadro più complesso, perché, essendo il risultato di esperienze traumatiche ripetute nel tempo, pur lasciando integra l'ANP, presenta una EP scissa in due o più parti. Questo è il quadro dissociativo che in genere si riscontra nei Disturbi di Personalità Borderline, oppure nelle DESNOS (Disturbo da Stress Estremo Non Altrimenti Specificato), o anche nel CPTSD (Disturbo Post Traumatico da Stress Complesso).
3. Nella **Dissociazione Strutturale Terziaria** il quadro presenta, non solo la scissione della EP, ma anche quella della ANP. Questo quadro dissociativo è tra tutti sicuramente il più grave e in genere è il risultato di esperienze particolarmente gravi, numerose e destrutturanti. In genere si riscontra nella DID (Disturbo Dissociativi d'Identità).

Ciò che rende disfunzionale i vari quadri dissociativi, è che le barriere psicobiologiche che separano le parti, impediscono la comunicazione tra di esse, bloccando il flusso di coscienza e dando all'individuo una sensazione di estraneità, a seconda degli "shift" che mette in atto, inconsapevolmente, da una parte all'altra.

I sintomi dissociativi osservati da Van der Hart, et al. (1993) possono essere di diverso tipo

I sintomi negativi, spesso messi in atto dalle ANP per respingere il materiale traumatico delle EP, riguardano l'amnesia, la paralisi, la perdita di funzionalità, l'afonia, ecc. Invece i sintomi positivi riguardano il materiale traumatico spinto dalle EP verso le ANP e riguardano flashback, pensieri, immagini o sensazioni intrusive.

Sono stati condotti alcuni studi sulle aree cerebrali coinvolte nel riconoscimento e controllo delle emozioni su alcuni pazienti che avevano subito un trauma e venivano esposti a stimoli trigger (Liberzon & Phan, 2003; Schmahl, Elzinga & Vermetten, 2008).

Lo studio ha interessato sia strutture corticali che sottocorticali ed in particolare il cingolo anteriore, la corteccia prefrontale mediale e l'insula ed amigdala.

Gli studi di Nijenhuis & Den Boer, (2007) focalizzati sull'attività cerebrale quando il paziente si trovava nelle parti ANP ed EP hanno rilevato che quando l'individuo si trovava nella parte ANP, si attivavano le strutture corticali e quando si trovava in una parte EP, si attivavano le strutture sottocorticali.

Lo studio trova conferma nel fatto che i soggetti quando si trovavano nella parte EP rivivevano intensamente le emozioni, senza saperne dare però un significato, mentre, quando erano nella parte ANP non davano alcuna rilevanza all'evento.

### **2.4.3 Schema Therapy e la Codifica degli Stati Mentali**

La Schema Therapy è un paradigma metodologico, sviluppato da Jeffrey Young e colleghi, negli anni 1990-99, su cui è stato costruito un modello operativo psicoterapeutico, in particolare per il trattamento dei disturbi di personalità.

Il metodo nasce dall'integrazione dei principi di altri modelli psicoterapeutici: teoria cognitivo comportamentale, Gestalt, teoria dell'attaccamento, terapie psicodinamiche.

Il principio fondamentale su cui si basa la Schema Therapy, è sul riconoscimento di una serie di bisogni universali, connaturati all'uomo, il cui rispetto e adeguato soddisfacimento, sin dall'infanzia, consentono uno sviluppo psicologico equilibrato. Nel caso in cui questi bisogni non fossero rispettati, l'individuo non potrebbe sviluppare adeguatamente il livello di competenza necessaria a soddisfare in maniera autonoma i propri bisogni e provvedere al proprio benessere, in età adulta.

Questi bisogni, denominati "domini" sono relativi a:

- a) i bisogni di sicurezza, stabilità, cura e accettazione;
- b) il bisogno di essere liberi di esprimere le proprie esigenze ed emozioni;
- c) i bisogni di autonomia, abilità e senso d'identità
- d) il bisogno di spontaneità e gioco;
- e) il bisogno di limiti realistici che favoriscano l'emergere dell'auto-controllo.

Alcuni di questi, come per esempio il bisogno di sicurezza e stabilità hanno una maggiore influenza sull'equilibrio e sulla resilienza dell'individuo, perché rappresentano le fondamenta su cui va costituirsi il sé.

Gli **Schemi maladattivi Precoci (SMP)** vanno a costituirsi, quando nell'infanzia non vengono soddisfatti in maniera adeguata questi bisogni di base.

In Schema Therapy, col termine schema si fa particolare riferimento ai primi schemi disadattivi, definiti come "modelli di vita maladattiva di percezione, emozione e sensazione fisica". Per esempio, una persona con un schema di Abbandono potrebbe essere ipersensibile (avere un "trigger") in merito al suo valore percepito dagli altri, che potrebbe farlo sentire a disagio nelle sue relazioni interpersonali.

Young definisce lo schema mal adattivo precoce "un tema o un aspetto generale e pervasivo: comprende ricordi, emozioni e cognizioni. È relativo a sé e alle proprie relazioni con gli altri. Insorge durante l'infanzia o l'adolescenza e viene elaborato nel corso della vita". Dalla descrizione fornita da Young si comprende che lo schema, altro non è che una parte del sé. Alcuni schemi rappresentano delle EP, mentre degli altri delle ANP.

Il geniale lavoro di codifica realizzato nella Schema Therapy, consente di accedere ad un intervento sistematico sulle parti dissociative, lavorando selettivamente su ognuna di loro, oppure mettendole in relazione, al fine di favorirne l'integrazione.

Inoltre, la strutturazione del metodo consente anche di operare una misurazione delle singole parti, disponendo degli strumenti testistici costruiti specificamente sui criteri dei diversi schemi e mode.

Schema tratto dal sito <https://www.istitutobeck.com/schema-therapy-roma>

#### *. DISTACCO E RIFIUTO*

- **DEPRIVAZIONE EMOTIVA.** Questo schema si riferisce alla credenza che i propri bisogni emotivi primari (bisogni di affetto, di vicinanza, di amore, di accudimento, di essere ascoltati e capiti, di essere consigliati, indirizzati e guidati) non saranno mai soddisfatti dagli altri. Generalmente questo schema si sviluppa in bambini i cui genitori sono freddi o lontani o noncuranti dei bisogni sopra descritti.
- **ABBANDONO/INSTABILITÀ.** Questo schema si riferisce all'aspettativa che presto si perderà qualcuno a cui si era legati emotivamente. La persona ritiene che, in un modo o in un altro, i rapporti stretti finiranno. Questo schema si sviluppa generalmente in bambini che hanno vissuto il divorzio o la morte dei genitori oppure sono stati lasciati da soli per lunghi periodi, ad esempio a causa di una malattia della madre.
- **SFIDUCIA/ABUSO.** Questo schema si riferisce all'aspettativa che gli altri intenzionalmente facciano del male, imbrogliano o cerchino di approfittarsi di noi per trarre vantaggi. I pazienti con questo schema verosimilmente durante l'infanzia sono stati vittime di abusi o erano trattati ingiustamente dai genitori, fratelli o coetanei.
- **ESCLUSIONE SOCIALE/ALIENAZIONE.** Questo schema si riferisce alla credenza che si è isolati dal mondo, diversi dalle altre persone e non facenti parte di una comunità. Tale convinzione solitamente si sviluppa in bambini che percepiscono se stessi o le loro famiglie come diversi.
- **INADEGUATEZZA/VERGOGNA.** Questo schema si riferisce alla credenza di essere sbagliati internamente, tanto che se gli altri si avvicinasero se ne renderebbero conto e si allontanerebbero immediatamente. Questa sensazione di essere imperfetti e inadeguati spesso porta a un forte senso di vergogna. In genere questo schema si sviluppa in bambini i cui genitori sono stati molto critici e che li hanno fatti sentire indegni di amore.

#### *2. MANCANZA DI AUTONOMIA E ABILITÀ*

- **FALLIMENTO.** Questo schema si riferisce alla credenza di essere incapaci di riuscire in ambiti come la carriera, la scuola o lo sport. I pazienti con questo schema possono sentirsi stupidi, inetti o senza talento e spesso non si sforzano di far nulla perché credono di non farcela. Questo schema si sviluppa in bambini che sono stati molto criticati, ad esempio per le proprie performance scolastiche o sportive.
- **DIPENDENZA/INCOMPETENZA.** Questo schema si riferisce alla credenza di non essere in grado di gestire con competenza e indipendenza le responsabilità quotidiane. Persone con questo schema si appoggiano spesso in

modo eccessivo agli altri per prendere decisioni o intraprendere nuove attività. In genere i genitori di questi pazienti non hanno incoraggiato i loro bambini a essere indipendenti e a sviluppare fiducia nella capacità di prendersi cura di se stessi.

- **VULNERABILITÀ AL PERICOLO E ALLE MALATTIE.** Questo schema si riferisce alla credenza di essere sempre sul punto di vivere una catastrofe (finanziaria, naturale, medica, penale, ecc.). Di solito almeno un genitore di questi pazienti era estremamente timoroso e veicolava al bambino il messaggio che il mondo fosse un posto pieno di pericoli.
- **INVISCHIAMENTO/SE POCO SVILUPPATO.** Questo schema riguarda l'eccessivo coinvolgimento emotivo nei confronti dei genitori o del partner, accompagnato da una scarsa identità individuale. Questo schema è spesso causato da genitori ipercontrollanti e iperprotettivi che scoraggiano il bambino a sviluppare un distinto senso di sé.

### 3. **MANCANZA DI REGOLE**

- **PRETESE/GRANDIOSITÀ.** Questo schema si riferisce alla convinzione di poter fare, dire o avere tutto quello che si vuole indipendentemente dalle conseguenze per sé e gli altri. Lo sviluppo di questo schema è favorito da genitori che trattano troppo bene i propri figli e che non fissano limiti su ciò che è socialmente appropriato e ciò che è inadeguato.
- **AUTOCONTROLLO O AUTODISCIPLINA INSUFFICIENTI.** Questo schema si riferisce all'incapacità di tollerare qualsiasi frustrazione nel raggiungere i propri obiettivi, oppure all'incapacità di trattenere impulsi o sensazioni. La predisposizione a questo schema è favorita da genitori che non hanno modellato l'autocontrollo o che non hanno insegnato la disciplina ai loro figli.

### 4. **ECCESSIVA ATTENZIONE AI BISOGNI DEGLI ALTRI**

- **SOTTOMISSIONE.** Questo schema si riferisce alla credenza di doversi piegare al controllo altrui per evitare conseguenze negative. Spesso questi pazienti temono che, se non si sottomettono, gli altri si arrabbieranno o li rifiuteranno. Durante l'infanzia era generalmente presente un genitore ipercontrollante.
- **AUTOSACRIFICIO.** Questo schema si riferisce al sacrificio eccessivo dei propri bisogni per aiutare gli altri. Quando questi pazienti prestano attenzione alle loro esigenze, spesso si sentono in colpa. Durante l'infanzia le persone con questo schema si sono sentite responsabili del benessere di uno o entrambi i genitori.
- **RICERCA DI APPROVAZIONE O RICONOSCIMENTO.** Questo schema si riferisce all'eccessiva enfasi posta sul guadagnare l'approvazione e il riconoscimento degli altri a scapito delle proprie reali esigenze. I pazienti con questo schema sono in genere estremamente sensibili al rifiuto da parte degli altri. Di solito non hanno ricevuto amore incondizionato e accettazione da parte dei genitori nei loro primi anni di vita.

### 5. **IPERCONTROLLO E INIBIZIONE**

- **INIBIZIONE EMOTIVA.** Questo schema si riferisce alla credenza che si debbano sopprimere le emozioni e gli impulsi spontanei, soprattutto la rabbia, perché qualsiasi espressione di sentimenti può danneggiare gli altri o portare alla perdita di autostima, all'imbarazzo o all'abbandono. Questi pazienti appaiono tesi e privi di spontaneità. Tale schema è spesso favorito da genitori che, direttamente o indirettamente, scoraggiano l'espressione dei sentimenti.
- **STANDARD SEVERI/IPERCRTICISMO.** Questo schema si riferisce alla convinzione che qualunque cosa venga fatta non è mai abbastanza, che ci si debba sempre impegnare di più. Di solito i genitori di questi pazienti non erano mai soddisfatti e offrivano ai loro figli un amore condizionato e subordinato al successo, a scuola o nello sport.
- **NEGATIVITÀ/PESSIMISMO.** Questo schema riguarda il concentrarsi sugli aspetti negativi della vita, minimizzando quelli positivi. I pazienti con questo schema non sono in grado di godere delle cose belle che accadono loro, perché sono preoccupati dei dettagli negativi o dei potenziali problemi che potrebbero insorgere. Normalmente hanno avuto un genitore che si preoccupava eccessivamente.
- **PUNIZIONE.** Questo schema si riferisce alla convinzione che le persone meritano di essere punite duramente per gli errori commessi. Le persone con questo schema sono ipercritiche e spietate nei confronti di se stesse e degli altri. Durante l'infanzia almeno un genitore aveva uno stile punitivo nel controllare il comportamento.

## 2.4.4 I MODE

Un mode può essere considerato come uno degli aspetti de sé, in cui sono coinvolti specifici schemi e relative risposte di coping, che non si è integrato con gli altri.

Non si discosta di tanto dal concetto di schema, se non per l'unica caratteristica della contestualità. Quando il livello di dissociazione è più elevato il soggetto utilizza un determinato mode senza avere la consapevolezza dell'esistenza degli altri, e nelle dissociazioni di livello inferiore, il soggetto può attivare contemporaneamente più mode, mantenendo un senso di coerenza del sé.

E' costituito da sensazioni psico-corporee, emozioni, cognizioni e modalità di coping di tipo dissociato e mal adattivo, che si va ad attivare in determinate situazioni.

Ogni individuo, in relazione alla propria storia personale, potrebbe attivare un determinato mode, in risposta ad un evento correlato ad una precedente esperienza traumatica Per esempio in risposta ad una critica esterna c'è chi risponderebbe attivando un mode Arreso/Compiacente, chi invece attiverrebbe un mode Protettore Arrabbiato.

Le personalità Borderline tendono a virare spesso repentinamente e in maniera inconsapevole da un mode all'altro, poiché il livello di dissociazione è elevato e non riescono a distaccarsi dai mode che maggiormente li governano.

Young codifica dodici Mode, di cui cinque sono dei mode bambini, caratterizzati dal fatto di essere intensi, emotivamente molto negativi ed inadeguati alla situazione; cinque sono relativi a l coping (resa, evitamento e ipercompensazione) e altri due mode che invece sono adeguati (Bambino Felice ed Adulto Sano)

bambino	<b>bambino vulnerabile</b>
	<b>bambino arrabbiato</b>
	<b>bambino furioso</b>
	<b>bambino impulsivo</b>
	<b>bambino indisciplinato</b>
	<b>bambino felice</b>
coping	<b>sottomesso compiacente</b>
	<b>protettore distaccato</b>
	<b>Consolatore distaccato</b>
	<b>autoesaltatore</b>
	<b>prepotente e violento</b>
genitore	<b>genitore punitivo</b>
	<b>genitore esigente</b>
<b>adulto sano</b>	

Schema tratto dal sito <https://www.istitutobeck.com/schema-therapy-roma>

**1. i mode BAMBINO:** sono innati e universali:

- **BAMBINO VULNERABILE:** si sente solo, isolato, triste, incompreso, non supportato, difettoso, sopraffatto, incompetente, dubbioso, bisognoso, impotente, senza speranza, spaventato, ansioso, preoccupato, vittima, abusato, senza valore, non amato o poco amabile, perdente, senza direzione, fragile, debole, sconfitto, oppresso, impotente, escluso, pessimista;
- **BAMBINO ARRABBIATO:** si sente intensamente arrabbiato, infuriato, frustrato in quanto i suoi bisogni primari fisici ed emotivi non sono stati soddisfatti;
- **BAMBINO IMPULSIVO/INDISCIPLINATO:** agisce in modo impulsivo e non riesce a ritardare la gratificazione. Spesso si sente arrabbiato, infuriato, frustrato, teso e impaziente soprattutto quanto non riesce a ottenere ciò che vuole. Può apparire come “viziato” Agisce senza considerare le possibili conseguenze per se stesso e per gli altri;
- **BAMBINO FELICE:** si sente amato, felice, soddisfatto, protetto, accettato, lodato, nutrito, seguito, compreso, sicuro di sé, competente, autonomo, autosufficiente, sicuro, flessibile, forte, versatile, incluso, ottimista, spontaneo.

**2. i mode COPING DISFUNZIONALE:** è attraverso questi tre stili che gli schemi esercitano la loro influenza sul nostro comportamento e lavorano per assicurare la propria sopravvivenza:

- **ARRENDERSI ALLO SCHEMA:** significa cedere passivamente a esso, accettarlo come vero e agire in modo tale che venga confermato. Per esempio, un giovane con uno schema di Esclusione sociale potrebbe rintanarsi in casa e allontanarsi da qualunque contesto, confermando così il suo senso di isolamento. Questa modalità di coping darà luogo ad un mode che prende il nome di **ARRESO COMPIACENTE:** la persona si sottomette cioè agli schemi ridiventando il bambino passivo e impotente che si arrende agli altri;
- **EVITARE LO SCHEMA:** significa evitare, cognitivamente, emotivamente e nei comportamenti, di attivare schemi che potrebbero causare emozioni negative. Le persone possono scegliere volontariamente di non concentrarsi su un aspetto della loro personalità o su un evento che ritengono inquietante; possono rendersi insensibili ai sentimenti al fine di ridurre al minimo il dolore, bere o abusare di droghe. Per esempio, una donna con uno schema di Fallimento potrebbe evitare di confrontarsi con un nuovo lavoro che potrebbe essere, in realtà, un'esperienza

gratificante per lei. Questa modalità di coping darà luogo ad un mode che prende il nome di **PROTETTORE DISTACCATO**: la persona fugge dal dolore attraverso il distacco dalle emozioni, l'assunzione di stupefacenti, la continua ricerca di stimoli o forme di fuga come l'isolamento

- **SOVRACOMPENSARE LO SCHEMA**: significa comportarsi in modo diametralmente opposto a quello che suggerisce lo schema per evitare di innescarlo. Apparentemente questo meccanismo può sembrare sano, ma in molti casi genera ulteriori problemi. Per esempio, un giovane con uno schema di Inadeguatezza/Vergogna potrebbe ipercompensare facendo ogni cosa alla perfezione e criticando gli altri. Questo porterebbe probabilmente a critiche che, a loro volta, confermerebbero la sua convinzione di essere imperfetto. Questa modalità di coping darà luogo ad un mode che prende il nome di **AUTOESALTATORE**: la persona combatterà gli schemi maltrattando gli altri, assumendo comportamenti estremi e quasi sempre disfunzionali.

**3. i mode GENITORE DISFUNZIONALE**: il paziente acquisisce l'atteggiamento del genitore che ha interiorizzato:

- **GENITORE PUNITIVO**: pensa spesso che se stesso o gli altri meritino punizioni o colpe e per questo mette in atto comportamenti punitivi a volte anche rivolti a sè (autolesionismo);
- **GENITORE ESIGENTE/CRITICO**: crede fermamente nella necessità di essere perfetti e di riuscire sempre al massimo, è molto ordinato, preciso, ambisce ad avere uno status sociale alto, non vuole perdere tempo, critica chi esprime i propri sentimenti o si mostra eccessivamente spontaneo (questo è il risultato dell'interiorizzazione di regole rigide e alti standard).

#### **4. il mode ADULTO FUNZIONALE**

Adulto sano, che si occupa di proteggere e accudire il bambino vulnerabile e di porre dei limiti al bambino arrabbiato e indisciplinato. È in accordo con i principi della reciprocità e dell'autodisciplina. In questo modo, la persona risulta funzionale in più ambiti come ad esempio il lavoro o la famiglia e verrà percepito come più responsabile. Coltiva attività piacevoli come fare sport, partecipare ad attività culturali, prendersi cura di sè, avere una sana attività sessuale.

## **2.5 Cosa mantiene unita la coppia violenta, nonostante il disagio dei partner?**

### 2.5.1 DIPENDENZA AFFETTIVA

La Dipendenza Affettiva rientra nella più ampia categoria delle **New Addictions** (Nuove Dipendenze), che includono tutte quelle forme di dipendenza in cui non è implicato l'intervento di alcuna sostanza chimica (droga, alcol, farmaci, ecc.): l'oggetto della dipendenza è rappresentato da comportamenti o attività che sono parte integrante della vita quotidiana.

Tali comportamenti in alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche, fino a invalidare l'esistenza del soggetto stesso e il suo sistema di relazioni, provocando quindi gravissime conseguenze. Quando amiamo in modo ossessivo, quando essere innamorati si traduce in continua sofferenza, quando l'ossessione è costante nel nostro agire e vivere la relazione, ecco, ci troviamo nella situazione di "dipendenti affettivi".

Quindi, in altri termini, la dipendenza affettiva è un tratto patologico che colpisce una delle funzioni principali, il sentimento e in modo più specifico è una patologia che stravolge il naturale fluire del comportamento amoroso.

### 2.5.2 Love Addiction: Categorie di dipendenti affettivi

In letteratura sono comunque identificabili varie tipologie di dipendenza affettiva, corrispondenti ad altrettanti profili di dipendenti affettivi che prendono il nome dalla modalità con cui tale dipendenza viene esercitata.

#### Dipendente Affettivo Ossessivo

Non riesce a lasciar andare il partner, neanche se questi è: non disponibile, a livello emotivo o sessuale, impaurito di impegnarsi, incapace di comunicare, non amorevole, distante, abusivo, indagatore e dittatoriale, egocentrico, egoista, dipendente da qualcosa al di fuori della relazione (hobbies, droghe, alcohol, sesso, un'altra persona, il gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, etc)

#### Dipendente Affettivo Codipendente

Rappresenta un profilo particolarmente comune. E' spesso caratterizzato da scarsa autostima e insicurezza che lo porta a rimanere attaccato al partner, manifestando un comportamento codipendente. È una persona permissiva, che si prende cura del partner in modo totalizzante, tendente a esercitare un controllo passivo – aggressivo verso l'altro.

#### Dipendente dalla Relazione

A differenza degli altri dipendenti affettivi, non è più innamorato del suo partner ma è incapace di lasciarlo andare, di rinunciare. Anche nel caso in cui il partner dovesse rivelarsi aggressivo, il dipendente da relazione è incapace di rinunciare al rapporto soprattutto per paura di rimanere solo. Tutto ciò può essere descritto come: “*Ti odio, non lasciarmi*”.

### *Dipendente Affettivi Narcisista*

La prerogativa del dipendente narcisista è dominare, sedurre e manipolare il partner. A differenza del codipendente, che è disposto a tollerare un notevole disagio, costui non accondiscende a nulla che possa interferire con la sua felicità. E' concentrato su se stesso e la sua bassa autostima è mascherata dalla sua grandiosità. Inoltre, piuttosto che essere ossessionato dalla relazione, appare distaccato ed indifferente.

Non sembra affatto essere un dipendente affettivo. Raramente ci si può accorgere della sua dipendenza finché il partner non cerca di lasciarlo; in questo caso non sarà più distaccato ed indifferente, anzi, entrerà in uno stato di panico ed userà qualsiasi mezzo a sua disposizione per protrarre la relazione, incluso l'uso di violenza.

### *Il Dipendente Romantico*

Il Dipendente Romantico vive la dipendenza con più partner e spesso viene erroneamente confuso con i dipendenti dal sesso. A differenza dei dipendenti dal sesso, che cercano di evitare una relazione al di fuori della sfera erotica, il dipendente romantico mantiene un legame, in qualche modo, anche di tipo affettivo con ognuno dei loro partner, anche se queste relazioni sono di breve durata o sono contemporanee. Anche se i Dipendenti Romantici si legano in misura diversa ai diversi partner, la loro intenzione è quella di non legarsi in modo impegnativo e profondo con alcuno di essi.

### *Dipendente Affettivo Ambivalente*

Il dipendente affettivo ambivalente soffre di un disturbo di personalità evitante; non ha particolari problemi a lasciar andare il partner, piuttosto ha molti problemi a tenere in piedi la relazione. Brama disperatamente l'amore ma allo stesso tempo l'intimità, il rapporto stesso lo terrorizza. Questa tipologia di dipendenza affettiva si suddivide in diverse sottocategorie

I Torch Bearers (colui che mantiene la candela): sono ossessionati da persone non disponibili. Ciò può avvenire senza che questi compiano alcuna azione (soffrire in silenzio) oppure con la ricerca di contatto con la persona amata. Questo tipo di

dipendenza si nutre di fantasie ed illusioni. E' anche conosciuta come "amore non corrisposto".

I Sabotatori: distruggono le relazioni quando queste cominciano a diventare serie o in qualsiasi momento venga percepita la paura dell'intimità. Ciò può accadere in qualunque momento, prima del primo appuntamento, dopo il primo appuntamento, dopo il rapporto sessuale, dopo che si sia manifestato il timore dell'impegno.

I Seduttori Rifiutanti: ricercano una persona quando desiderano un rapporto sessuale o compagnia. Quando si sentono impauriti o in pericolo cominciano a rifiutare compagnia, sesso, affetto, qualsiasi cosa li renda ansiosi. Se lasciano la relazione sono soltanto Sabotatori, se invece continuano a ripetere il modello disponibile/non disponibile sono Seduttori Rifiutanti.

Quindi, volendo schematizzare la distribuzione dei tipi di Love Addiction tra i due partner della coppia patologica offender – vittima, troviamo il seguente quadro.

Vittima: Dipendente Affettivo Ossessivo; Dipendente dalla Relazione

Offender: Dipendente Affettivi Narcisista; Il Dipendente Romantico

Presente sia tra le vittime d'abuso che tra gli abusanti è il Dipendente Affettivo Codipendente

### **2.5.3 Autoregolazione Emotiva e Autonomia**

Come sottolineano Mikulincer e Shaver (2004, 159; 2008), «interazioni ripetute con altri significativi capaci di protezione e sostegno tendono a produrre un senso relativamente stabile di sicurezza nell'attaccamento (per esempio, la sensazione di poter fare riferimento, per ottenere protezione e sostegno, alle persone più vicine; di poter esplorare l'ambiente in modo sicuro ed efficace; di stabilire relazioni soddisfacenti con gli altri), che in vari modi conduce allo sviluppo di un modello di sé stabile e positivo e a una serie di strategie di regolazione affettiva riuscite e in buona parte autonome». Da questo back-ground evolutivo e relazionale si sviluppa quella personalità adulta che, relativamente autonoma, ma capace di fidarsi, chiedere aiuto e appoggiarsi agli altri, strutturerà il senso della propria sicurezza a partire da figure di riferimento tanto interne quanto esterne.

I risultati di numerose ricerche (Mikulincer e Shaver, 2008) confermano il ruolo determinante dell'attendibilità della presenza genitoriale nello sviluppo della capacità di far affidamento su figure sia esterne che interne; è la percezione di poter contare su una "base sicura" che promuove la capacità di autoregolarsi in maniera flessibile, anche in condizioni stressanti.

Dall'analisi dei risultati di diverse ricerche empiriche, Mikulincer e Shaver sottolineano come i soggetti con attaccamento sicuro presentino, rispetto ai soggetti con attaccamento insicuro le seguenti differenze:

- a) livelli di autostima più alti;
- b) capacità di problem solving e coping più articolate;
- c) punteggi più bassi alle scale che rilevano la presenza di disturbo dipendente di personalità;
- d) un atteggiamento più positivo nei confronti del lavoro e dell'esplorazione autonoma.

Questi risultati implicano che l'attaccamento sicuro si associa non solo alla capacità di cercare un sostegno, ma anche alla costruzione del Sé come principale istanza esecutiva della mente.

Le capacità di auto-accudimento ed auto-rassicurazione, promosse da interazioni genitore-figlio in grado di assolvere le funzioni di sicurezza e protezione, diventeranno nel futuro dell'individuo una sorgente di sostegno fondamentale di fronte a eventi minacciosi o stressanti.

#### **2.5.4 Attaccamento e Dipendenza**

L'”Attaccamento” si riferisce ad un comportamento primario teso alla ricerca e al mantenimento della vicinanza fisica con la figura d'attaccamento, in quanto figura preferenziale specifica, percepita come forte, competente ed in grado di difenderci, mentre invece la “Dipendenza” si riferisce a un atteggiamento derivato dal bisogno di attaccamento, che può *non* essere diretto verso un soggetto specifico e che si esprime attraverso atteggiamenti *generalizzati* mirati ad evocare assistenza, guida e approvazione. Di fatti, il termine attaccamento “sicuro” si riferisce all'attaccamento del bambino nei confronti di una figura d'attaccamento specifica, dalla quale dipende realmente per la sua sopravvivenza, mentre per l'adulto la dicitura diventa “Sicuro autonomo”, riferendosi così, non più ad una figura d'accudimento, ma ad uno “stato mentale riferito all'attaccamento” che va a definire la qualità delle relazioni intime intese in senso più ampio (Main, 1999). I “disturbi dipendenti della personalità” fanno riferimento al concetto di attaccamento riferito all'adulto.

Sul rapporto tra stile di attaccamento e personalità dipendente sono state condotte varie ricerche (Ainsworth, 1972; Alonso-Arbiol, Shaver, Yarnoz, 2002; Brennan,

Shaver, 1998; Dozier, Stovall-McClough, Albus, 2008; Sroufe, Fox, Pancake, 1983; Weinfield *et al.*, 1999; West *et al.*, 1994): la cosiddetta «personalità dipendente» viene di solito considerata il risultato di un attaccamento ansioso che tende ad autoperpetuarsi (West *et al.*, 1994). La ricerca e l'osservazione clinica hanno inoltre dimostrato che la dipendenza e il senso di inefficacia tendono ad aumentare quando l'attaccamento insicuro è associato a trauma e neglect (Holmes, 1997; Bornstein, 1998; West, George, 1999; Hill, Gold, Bornstein, 2000).

Come osservano Liotti e Farina (2011, 28), «i contesti relazionali traumatici influenzano lo sviluppo delle competenze interpersonali causando tipicamente gravi difficoltà a riporre fiducia negli altri, oscillazioni fra ricerca di vicinanza protettiva e paura dell'intimità affettiva, e comportamenti inappropriati di controllo della relazione... Talora, le relazioni affettive divengono instabili a causa della drammaticità dello scambio emotivo, in maniera simile a quella tipicamente riscontrata nel disturbo borderline di personalità. Talora, al contrario, sono affettivamente appiattite dal continuo sforzo di compiacere l'altro, verso il quale si sviluppa una patologica dipendenza, come tipicamente si osserva nei pazienti con disturbo di personalità dipendente...».

Lyons-Ruth *et al.* (2007) hanno descritto gli stati mentali di *impotenza-ostilità (Hostile-Helpless, HH)*: Gli individui caratterizzati da uno stato mentale *ostile* presentano contenuti mentali contraddittori, tendendo a valutare la stessa figura di accudimento in modo a volte positivo e a volte negativo. Si tratta di persone che mostrano solitamente confusione e inversione di ruoli, comportamenti negativi-intrusivi con altri significativi e un misto di comportamenti contraddittori all'insegna della ricerca di attenzione.

Viceversa, gli stati mentali *impotenti* si caratterizzano per una svalutazione globale di una figura di attaccamento che ha abdicato al proprio ruolo di genitore, coesistente però con un'identificazione totale con essa. Nel rapporto con gli altri significativi, questi individui possono mostrarsi timorosi, evitanti e inibiti, a volte particolarmente docili e fragili. Spesso sono incapaci di prendere l'iniziativa o di avvicinarsi all'altro. Quello che queste strategie hanno in comune è che sono entrambe espressione di un tentativo di proteggersi (controllare) da un'iper-attivazione senza possibilità di regolazione.

Comportamenti o atteggiamenti patologicamente dipendenti (accudenti) – o contro-dipendenti (ostili) – diventano così, paradossalmente, l'espressione del tentativo di fuggire da una relazione di attaccamento intima vissuta come troppo pericolosa e traumatica. È interessante notare come l'estrema paura dell'abbandono e il tentativo

di conservare una relazione per mezzo del continuo compiacimento dell'altro possano essere letti come tentativi di difendersi da originari sentimenti di impotenza e vulnerabilità legati alla precoce relazione traumatica con il genitore.

Strategie di "impotenza" e "ostilità" spesso s'incastrano tra loro all'interno di una relazione sado-masochista che, seppur dolorosa, rende possibili ai protagonisti di mantenere un qualche "controllo" sul proprio sistema motivazionale di attaccamento (Liotti, Farina, 2011).

Una relazione precoce di neglect con la propria madre, può determinare in un individuo, la profonda convinzione di non essere nulla in assenza dell'altro e che appagare le richieste dell'altro possa essere l'unico modo per non perdere la relazione con lui.

### **2.5.5 Struttura cognitiva: co-dipendenza nelle relazioni di coppia abusanti.**

I partner portano nella relazione i propri modelli operativi interni, gli schemi cognitivi e le rappresentazioni di sé, del mondo e degli altri. La scelta del partner può quindi essere considerata come espressione di questa struttura.

La «scelta» di partner abusanti rispecchierebbe allora un desiderio distorto e degradato di essere viste, riconosciute (Goldner, 2004).

Il tema della personalità dipendente finisce inevitabilmente per intrecciarsi con quello del masochismo e delle perversioni relazionali (Coen, 1992; Hirigoyen, 1998; Filippini, 2005), a loro volta formati nel percorso transgenerazionale di vicende familiari traumatiche e violente.

Gli aspetti che portano ai conflitti insanabili all'interno di una coppia vanno ricercati nei contesti relazionali traumatici relativi all'attaccamento, all'interno dei quali, i rispettivi partner hanno appreso cognizioni negative relative al sé e agli altri, o il disagio dell'intimità, nel timore di un possibile rifiuto, o la necessità di mantenere comportamenti di controllo inappropriati per il timore di essere abbandonati o traditi (Liotti, Farina, 2011). Tali contenuti cognitivi negativi, vengono riproposti all'interno della relazione di coppia, per mezzo di schemi rigidi e ripetitivi, come la disconferma, la svalutazione, la ridicolizzazione, ecc.

La relazione di coppia disfunzionale è caratterizzata da una inflessibile rigidità dei ruoli e delle dinamiche che si evidenziano nei fenomeni della *codipendenza* e della *collusione*. La funzione di quest'ultime e quella di gestire strategie di difesa a due in cui, contenuti scissi e identificazioni proiettive si potenziano a vicenda (Cleavelly,

1993; Kernberg, 1995; De Masi, 1999). In queste coppie, il comportamento del partner abusante, rivela, oltre a che una grave compromissione della sua funzione riflessiva, anche la sua stessa dipendenza: senza la sua donna da controllare e dominare, si sentirebbe solo in modo intollerabile (Fonagy, 1998; Dutton, 1998). Anche la più piccola manifestazione di autonomia del partner, rappresenta per costui una minaccia al mantenimento del rapporto. Mantenere il partner in uno stato di completa subordinazione diviene, di conseguenza, una priorità che serve a celare una dipendenza affettiva non riconosciuta e identificata proiettivamente nell'altro (Sonkin, 1987; Murphy, Meyer, O'Leary, 1994; Dutton, Golant, 1997).

## **CAPITOLO III**

### **PRESENTAZIONE DELLO STUDIO E ANALISI DEI DATI**

### 3.1 Introduzione

Napoli, 2010, Emiliana Femiano è una ventenne napoletana che si fida con Luigi Faccetti, suo coetaneo. Luigi è un tipo violento, di sovente la insulta e la picchia: una volta arriva anche a spezzarle un dente con un cazzotto in faccia. Emiliana sopporta pur di mantenere la relazione, convinta che col tempo lui cambierà, ma arriva ad un punto di esasperazione tale, da decidere di lasciarlo. A questo punto lui decide di ucciderla e le sferra ben quattordici coltellate, di cui una quasi le recide la carotide. Emiliana, fortunatamente riesce a sopravvivere a questo attacco e lui viene condannato a 8 anni di reclusione. Ma 10 mesi dopo a Luigi vengono concessi gli arresti domiciliari e tramite la complicità di un suo cugino si mette in contatto con la sua ex fidanzata e le chiede di incontrarla per poterle chiedere scusa di persona. Emiliana accetta e viene portata da questo cugino, in segreto, presso il domicilio dove il suo ex si trova agli arresti. Una volta che è caduta in questa trappola, Luigi pone fine alla vita di Emiliana, nonché alla sua ossessione per lei, con circa 66 coltellate, di cui ben 20 dirette al cuore.

Questa è una delle tante storie che mostra non solo la violenza con la quale un uomo può decidere di distruggere una donna (che lui dichiara di amare), ma anche la scarsa capacità di auto protezione che una donna attiva dinanzi alle minacce e alla violenza manifestate dal partner ; sembrerebbe che alcune donne, dinanzi a determinate situazioni di pericolo, non siano in grado di mettere in atto valide strategie comportamentali volte a mettersi al sicuro.

La predisposizione di alcune donne a divenire oggetto di abuso da parte del proprio partner è una tematica affrontata in ambito psicologico ed evolutivista: in letteratura, tutti i contributi ne riconducono le origini ai modelli mentali disfunzionali acquisiti nelle relazioni infantili con i propri caregivers, ciò nonostante, non vengono specificati i meccanismi tramite i quali il disturbo dell'attaccamento opera nei processi psichici della donna e nelle dinamiche relazionali col suo compagno.

Nella letteratura scientifica in ambito psicologico ed evolutivista, sulla predisposizione di alcune donne a divenire oggetto di violenza da parte del partner, sono concordi nell'attribuirne le origini ai modelli mentali acquisiti nelle relazioni infantili coi propri caregivers.

L'identificazione dei processi che intervengono attivamente nella "costruzione" del rapporto di coppia, potrebbe offrire dei validi contributi nella strutturazione di piani d'intervento terapeutici.

Questa tematica, al contrario, non vanta di particolari approfondimenti nella letteratura di matrice “femminista”, la quale al contrario critica aspramente le iniziative di studio evoluzioniste, probabilmente per il timore di avvalorare tesi e motivazioni che possano giustificare e di conseguenza attenuare, la responsabilità del partner abusante e poter addossare alla vittima una parte della responsabilità. Questo tipo di letteratura attacca duramente la teoria evoluzionista, accusandola di voler giustificare gli atti violenti agiti sulle donne, riconoscendone la scientificità delle origini biologiche; in particolare la cultura femminista è convinta che l’evoluzionismo possa andare ad alimentare convinzioni di tipo sessista, del tipo “gli uomini sono aggressivi per natura, mentre le donne sono materne e deboli”, giustificando in tal modo la violenza di genere. In tale analisi però, non viene preso in dovuta considerazione l’aspetto fondamentale giocato dal “libero arbitrio” sul comportamento umano, che svincola di fatto le scelte personali dell’individuo, dai programmi comportamentali biologicamente predeterminati.

D. M. Buss, in *“Evolution of Desire”* tiene a precisare: *“Come nel caso di altre tendenze distruttive, il fatto che l’impiego della violenza abbia alla base una logica adattiva, non significa che dovremmo accettarla, auspicarla o essere poco solleciti nel reprimerla. Al contrario, una maggiore comprensione della logica che soggiace a tattiche, come quella del maltrattamento e dei contesti in cui esse hanno luogo, potrebbe alla fine condurre ad approntare strumenti più efficaci per ridurla, o eliminarla, a partire dal riconoscimento che il fenomeno non è una caratteristica uniforme e immodificabile della biologia maschile, ma solo una risposta legata a circostanze particolari.”*

Inoltre Murray, noto sociologo americano, che ha dedicato la sua vita allo studio dei fenomeni di violenza nella famiglia e nella coppia, dichiara *“La ricerca scientifica sulla violenza familiare è stata condotta in passato prevalentemente dai sociologi e non dagli psicologi. I sociologi, infatti, sono attratti dal cambiamento nella natura della società, piuttosto che dal cambiamento dei rapporti di coppia o all’aiuto nei confronti dei singoli individui. Così i sociologi tendono a vedere la donna vittima di fattori sociali quali il patriarcato e a non riconoscere che il predominio dell’uomo nella società e nella famiglia è solo uno dei fattori di rischio per la coppia.”*

Il pericolo è che l’enfasi che viene posta unicamente sulla violenza inflitta alla donna rischia di distogliere l’attenzione delle istituzioni e dell’opinione pubblica dalla vera natura del problema, ossia dai “conflitti interni alla coppia”, che come è stato esposto precedentemente, originano da problematiche intra ed interpersonali.

Si riscontra, infatti che gli interventi sociali e gli strumenti legislativi istituiti per la difesa della donna, vengono vanificati dal consenso inconsapevole che la donna stessa offre al proprio carnefice.

Ciò che colpisce nell'analisi di queste storie d'abuso, è l'incapacità della donna di comprendere in tempo la presenza del pericolo e di uscire dal suo stato di vittima. Cosa le impedisce di comprendere dalla comunicazione non verbale del suo carnefice le intenzioni violente contro di lei? Potrebbe dipendere da un limite di tipo empatico, o dalla presenza di qualche elemento della personalità che la spinge a confermare dei modelli di attaccamento disfunzionale acquisito nell'infanzia? Qual è il tipo di legame che continua a mantenere legata una donna al suo carnefice, nonostante il caro prezzo da dover pagare per continuare a mantenere in vita una relazione frustrante e pericolosa? Perché il carnefice dinanzi al dolore e alla paura della propria partner, che lui afferma di amare, non è in grado di fermare la propria violenza? Quali sono le strutture di personalità, in entrambi i partner della coppia, maggiormente implicate nello sviluppo e nel mantenimento della relazione gestita dalla violenza?

### **3.2 OBIETTIVO**

Colpisce constatare che, nonostante la frustrazione e il disagio originati dalla relazione stessa, la coppia patologica non riesca a trovare modelli relazionali alternativi, più funzionali al benessere di entrambi, né tanto meno riesca a trovare una soluzione adattiva nella separazione. Queste coppie, invece, mostrano una notevole rigidità nei modelli relazionali che le regolano e che nel tempo danno vita ad una spirale di crescente paura e sottomissione, nella donna e di violenza e controllo nell'uomo.

Il presente studio vuole essere un'indagine volta a verificare l'esistenza di specifiche caratteristiche di personalità, sia del carnefice che della vittima, che per mezzo di dinamiche di tipo dissociativo, possano dare vita a relazioni simbiotiche, di difficile risoluzione.

Gli aspetti della personalità su cui si è focalizzato lo studio su entrambi i partner della coppia patologica sono stati lo stile d'attaccamento, il livello empatico, il grado di dipendenza "all'amore" (Love Addiction), il quadro psicopatologico e gli Stati Mentali, rilevabili in Schemi e Mode maladattivi.

Lo scopo ultimo dello studio è quello di raccogliere informazioni cliniche, specifiche al fenomeno della violenza di genere all'interno della coppia, sulla base delle quali

poter ottimizzare metodi e programmi d'intervento terapeutico e psico-sociale, rivolti sia alla vittima che agli offenders, per prevenire, curare e ridurre la recidiva del fenomeno.

### **3.3 IPOTESI di STUDIO**

Le variabili oggetto di studio della presente indagine sulla relazione di coppia, in cui viene agita violenza di genere, sono qui di seguito esposte.

#### **1) Stile di ATTACCAMENTO**

La ricerca collega l'abuso coniugale, gli stupri, il femminicidio e il comportamento di stalking, ai sentimenti di gelosia (Davis, Ace, & Andra, 2000; Dutton, van Ginkel, & Landolt, 1996; Tjaden & Thoennes, 1998) e come dimostrato da numerosi studi, la gelosia è una diretta conseguenza della bassa autostima (Mathes, Phillips, Skowron, & Dick, 1982; Pines & Aronson, 1983); il presente studio, quindi, si focalizza sui modelli negativi, o positivi, di sé e dell'altro, in quanto espressione di quei MOI, sviluppati nell'infanzia, in grado di condizionare la strutturazione delle relazioni affettive.

Nei capitoli precedenti abbiamo esposto quanto la relazione col caregiver, determini la strutturazione dei modelli positivi, o negativi del sé e degli altri, che sono alla base degli stili d'attaccamento adulto. Quindi lo studio riguarda sia le differenze nello stile di attaccamento tra i due gruppi, clinico e di controllo che la possibile similarità o complementarietà degli stili di attaccamento all'interno della coppia. Considerando che i soggetti del campione clinico sono single (poiché non sono più uniti al rispettivo partner, offender per le donne e vittima per gli uomini) tale confronto è possibile solo per i soggetti del campione di controllo che invece sono in coppia.

Gli studi di Bartholomew e Horowitz (1991) mostrano la relazione tra stili d'attaccamento e i modelli positivi e negativi di sé e dell'altro seguendo il seguente schema:

		Modello del Sè	
		Positivo	Negativo
Modello dell'altro	Positivo	<b><i>SICURO</i></b>	<b><i>PREOCCUPATO</i></b> <b><i>(AMBIVALENTE)</i></b>
	Negativo	<b><i>DISTANZIANTE</i></b> <b><i>(EVITANTE</i></b> <b><i>SVALUTANTE)</i></b>	<b><i>TIMOROSO</i></b> <b><i>(EVITANTE</i></b> <b><i>PAUROS)</i></b>

I risultati attesi sono a favore di una maggiore rappresentazione dello stile di attaccamento sicuro nei gruppi di controllo maschile e femminile.

## **2) Grado di DIPENDENZA alle relazioni sentimentali (LOVE ADDICTION)**

Tutta la letteratura (Fonagy, 1998; Dutton, 1998; ecc.) in merito alla Dipendenza relativa alle “Relazioni Sentimentali”, concorda nell’attribuirla alle disfunzionalità del legame di attaccamento parentale; nell’attaccamento insicuro si osserva una limitazione dei comportamenti di esplorazione del bambino, il quale non si allontana dal caregiver per il timore di non ritrovarlo più al suo ritorno. Per tanto si ipotizza che i punteggi al Test “Love Addiction” dei gruppi clinici, sia maschile che femminile, risultino significativamente superiori a quelli prodotti dai gruppi di controllo maschile e femminile.

## **3) Livello di EMPATIA**

Tutta la letteratura è in accordo sul constatare che in genere i punteggi delle donne risultino un po’ più alti di quelli degli uomini. Invece, per ciò che riguarda le vittime e gli offenders, la letteratura non è chiara ed è contrastante. Per alcuni la vittima è IPER EMPATICA (Baron-Cohen, S., 2012; Varlet et al., 2014) e l’offender è IPO EMPATICO (Blair, 2013), mentre in altre ricerche si è evidenziato che gli psicopatici ottengono punteggi bassi al Test di Empatia “Reading the mind throught the eyes”, unicamente perché evitano di soffermarsi dinnanzi alle espressioni del viso, ma che se vengono indotti a farlo, raggiungono risultati nella norma (Kosson et al. 2002; Glass e Newman 2006; Richell e colleghi, 2003). Sembrerebbe che gli offenders scelgano deliberatamente di non focalizzare la propria attenzione sull’espressione emozionale degli altri, al fine di desensibilizzarsi progressivamente e non lasciarsi condizionare dalle emozioni altrui nel portare a termine la propria volontà. Inoltre

l'empatia sembrerebbe non essere un tratto stabile e costante nel tempo, quanto piuttosto una risposta di stato (Hoffman, 1982), fortemente condizionata dal contesto, dalle intenzioni più o meno pro sociali del soggetto e dall'oggetto a cui è rivolto.

Fernandez e colleghi (1999) hanno sottoposto un campione di sex offenders a un Test di Empatia costituito da vignette, ottenendo risultati pari a quelli del gruppo di controllo, tranne per la vignetta in cui era raffigurata una violenza sessuale, in cui i punteggi risultavano sensibilmente più bassi. Da qui è stato ipotizzato che l'Empatia possa venire inibita, selettivamente nei confronti delle proprie vittime, nei casi in cui determinati stimoli possano far prevalere la motivazione a subordinare il benessere altrui al prioritario soddisfacimento di piacere personale. In maniera analoga lo studio di Fernandez e Marshall (2003) ha individuato, in un gruppo di sex offenders, selettive soppressioni di empatia vittima-specifiche.

Poiché l'autore, nel corso della somministrazione del test dell'Empatia "Reading the mind through the eyes", ha riscontrato che gli offenders tendevano realmente a dare risposte frettolose e superficiali, per non soffermarsi sulle immagini degli sguardi (oggetto del test), ha dovuto invitarli a farlo, chiedendogli di rispondere sulla base della loro risonanza emotiva a quelle immagini: "Resti un attimo su questo sguardo e si chieda come la fa sentire e poi ipotizzi quale potrebbe essere l'intenzione, o l'emozione di questa persona. Si aiuti con le quattro possibilità che sono riportate sotto l'immagine".

La distribuzione dei risultati relativi al test dell'Empatia "Reading the mind through the eyes" all'interno dei quattro gruppi del campione (Clinico, maschile e Femminile e Controllo Maschile e Femminile), potrà confermare, o meno le teorie più recenti sulla natura (di stato, o di tratto) dell'Empatia. Un'assenza di differenza significativa dei valori registrati tra i gruppi di controllo e quelli clinici maschili, confermerebbe l'ipotesi dell'Empatia in quanto risposta dipendente dal contesto e dalle motivazioni personali del soggetto e quindi l'esistenza, negli offenders, di un modulo di soppressione transitoria della sintonizzazione emotiva in modo vittima-specifico, che gli consenta un distanziamento empatico dalle loro partner, tale da consentirgli di mettere in atto azioni violente nei confronti di queste ultime.

#### **4) Quadro Psicopatologico**

Per ciò che riguarda le vittime, solo gli studi di matrice psicoanalitica indicano la presenza di un tratto masochista (Selingheri Pes , F, 2010), mentre invece gran parte della letteratura concorda su un tratto dipendente, per tanto il confronto tra i punteggi delle scale Pattern di Personalità Dipendente e Pattern di Personalità Masochista, del gruppo delle “vittime” con quelli del gruppo di controllo femminile, potrà rivelarci quanto questi tratti possano essere considerati espressione di un quadro psicopatologico delle donne vittima di violenza.

Per quanto, invece riguarda il quadro psicopatologico maschile, nella letteratura scientifica i soggetti presentano profili psicopatologici abbastanza disomogenei , per tanto al momento non si identifica uno quadro psicopatologico specifico dell’offender, però si riscontrano con una certa costanza pattern di Personalità Narcisista, Antisociale , Negativistica (Passivo-Aggressiva); il confronto ai punteggi ottenuti a tali scale dal gruppo clinico maschile, con quelli ottenuti dal gruppo di controllo maschile, ci rivela se e di quanto tali pattern siano rappresentativi del quadro psicopatologico degli offenders.

#### **5) Ruolo degli Stati Dissociativi studiati per mezzo del paradigma della Schema Therapy: Schemi e Mode maladattivi**

La letteratura scientifica è concorde nell’attribuire alla natura traumatica delle esperienze infantili coi propri caregivers, la radice comune, sia agli offenders che alle vittime, della disfunzionalità del rapporto di coppia in cui viene agita violenza. Nei capitoli precedenti è stato illustrato come la scelta del partner esprima la necessità di mantenere la coerenza coi propri modelli interni (MOI, Modelli Operativi Interni) acquisiti nel rapporto col caregiver , inducendo, in tal modo, a selezionare un partner con aspettative e timori compatibili ai propri (Feeney, Noller, 1991; ; Hazan e Shaver ; Fisher e Crandell). Il Disturbo Posttraumatico da Stress (DPTS) Complesso, sviluppatosi a seguito dei numerosi e costanti traumi relazionali, genera una fenomenologia di tipo dissociativo, sulla cui base si va a strutturare la relazione di coppia co-dipendente (Feeney, Noller, 1991; Cleavely, 1993; Kernberg, 1995; De Masi, 1999). Tale teoria, per quanto pienamente esplicativa del fenomeno, non offre, però la descrizione dei processi che intervengono attivamente nel determinare quelle dinamiche intrapsichiche, per mezzo delle quali nascono e si mantengono, le relazioni patologiche.

Il presente studio intende indagare su ciò che da vita e mantiene nel tempo, una relazione sentimentale dolorosa, che unisce a doppio legame i partner di una coppia, (Vellotti e Zavattini, 2008) tramite la condivisione di pattern disfunzionali relativi a modelli comportamentali, rappresentazioni mentali di sé e dell'altro, regolazione emotiva. Tali pattern disfunzionali, a secondo della teoria di riferimento, hanno acquisito ogni volta una denominazione diversa, conservando, comunque, connotazioni ed accezioni molto simili: Stati dell'Io; Stati Mentali; Parti Dissociative; Schemi mal adattivi, Mode.

Gli strutturalisti, individuano nelle parti dissociative del sé, prodotto di una funzione protettrice del sé, a seguito di un'esperienza traumatica, delle istanze continuamente attive, in grado di condizionare, spesso in maniera non consapevole, la vita di un individuo: grazie al paradigma della "Dissociazione Strutturale", gli strutturalisti sono in grado di descrivere le modalità con cui le "Parti Dissociative del sé" si connettono (o si isolano) le une con le altre, dando vita a un network con funzionamento incrociato.

Le parti dissociate del sé, sono le uniche unità in grado di connettersi tra loro, non solo all'interno del network intrapsichico, ma anche con le corrispettive parti dissociate dell'altro, dando vita a dinamiche relazionali, la cui logica è aderente unicamente alla natura delle parti dissociate stesse e del trauma che le ha originate

J. E. Young con il suo geniale lavoro di codifica degli "Stati dell'Io" (concetto in buona parte sovrapponibile a quello di "parti dissociate"), ha sviluppato un modello teorico articolato che combina assieme più teorie e più tecniche terapeutiche. Questa struttura concettuale codificata consente di individuare ed accedere in maniera agevole a queste "parti", facilitando sia il lavoro diagnostico che l'intervento terapeutico, finalizzato all'integrazione delle parti dissociate.

.Per mezzo dei costrutti di Schema e di Mode, la Schema Therapy descrive i fenomeni intrapsichici che regolano il mondo comportamentale, cognitivo, emozionale dell'individuo, rendendo facilmente identificabili le parti dissociative attivate nei contesti specifici.

Young ha anche prodotto degli strumenti testistici in grado di valutare il livello di attivazione sia degli "schemi" che dei "mode". Per mezzo di questi test è possibile identificare, in entrambi i partner della coppia patologica, quali siano le parti dissociate del sé, , implicate nel mantenimento del copione relazionale violento, in cui vengono condivisi modelli patologici, cognitivi, affettivi e comportamentali. Considerato l'aspetto punitivo che caratterizza la relazione patologica violenta, si

ipotizza una significativa attivazione dei mode “Genitore Punitivo” e “Genitore Esigente”, pertanto i punteggi prodotti dai gruppi clinici, maschile e femminile, alle due corrispettive scale del test SMI, verranno confrontati con i punteggi del campione maschile e femminile di controllo.

Considerate le radici attaccamentali del fenomeno, si presume che debbano essere coinvolti gli schemi delle aree: ”Distacco/Rifiuto; “Mancanza di Autonomia”, “Eccessiva attenzione ai bisogni degli altri”, che nello specifico riguardano gli schemi “Abbandono/Instabilità”; “Sfiducia/Abuso”; “Deprivazione emotiva; Inadeguatezza/Vergogna; Dipendenza”; “Invischiamento/Sé poco sviluppato”, “Sottomissione” e “Punizione”; . L’attivazione di tali schemi elicitano emozioni negative particolarmente intense, quali rabbia, dolore, paura, insicurezza, vergogna, ecc. a cui si può far fronte attivando mode di Evitamento (Mode Protettore Distaccato; Mode Consolatore Distaccato).

## **3.4 METODO**

### **3.4.1 CAMPIONE**

Nel presente studio vengono messi a confronto i dati raccolti su individui, appartenenti a due popolazioni diverse: individui che hanno agito e/o agiscono la violenza (psicologica e/o fisica) sulla propria partner (Campione Clinico) e quelli che non hanno mai praticato alcuna forma di violenza all’interno della coppia (Campione di Controllo).

La nazionalità dell’intero campione è italiana, tranne un individuo, facente parte del campione clinico maschile, che invece è originario del Marocco.

Il campione è costituito da 74 persone che parlano la lingua italiana, divisi in due gruppi, 42 fanno parte del Gruppo di Controllo e 32 del Gruppo Sperimentale.

Un preventivo colloquio di assessment generale ha appurato che nessun individuo dell’intero campione avesse mai presentato in passato, né presentasse al momento, problemi di ordine psichiatrico, o cognitivo, tali da poter compromettere la propria capacità di intendere e di volere, o ai quali poter ricondurre i comportamenti non adattivi all’interno della coppia in cui viene agita violenza.

Il gruppo di controllo è costituito da 21 coppie che hanno aderito spontaneamente al programma di ricerca, unite da almeno quattro anni in un legame sentimentale stabile e che nonostante la presenza di ordinari conflitti di coppia, non hanno mai espresso tra loro violenza psicologica, o fisica. Il limite minimo di quattro anni è stato stabilito in considerazione del fatto che il comportamento violento, mediamente si manifesta dopo il primo anno della relazione (spesso anche prima); nel caso in cui nelle coppie di controllo fossero realmente esistiti elementi di violenza, in un lasso di tempo così ampio, si sarebbero già manifestati.

Il Gruppo di Controllo femminile è costituito da 21 donne con una età media di 37,619 (SD=8,686), da una età minima di 19 ad una massima di 53, accoppiate, in una relazione sentimentale stabile, coi 21 soggetti, facenti parte del Gruppo di Controllo maschile che invece presenta un'età media di anni 40,761 (SD=10,24), con un età minima di 23 anni ed una età massima di 59 anni.

Il livello d'istruzione del gruppo di controllo maschile è medio alto: 8 di loro sono laureati, 12 hanno conseguito la Maturità alle Scuole Medie Superiori e solo 1 possiede la Licenza Media Inferiore.

Il livello d'istruzione del gruppo femminile di Controllo è leggermente superiore a quello del corrispettivo gruppo maschile: 10 sono le donne del gruppo che hanno conseguito la laurea e 11 la Maturità alle Superiori.

L'età media delle donne del gruppo Clinico Femminile (CIF) è di 38,375 anni (SD=10,493). L'età minima di questo sottogruppo è di 19 anni e l'età massima è di 53 anni.

L'età media degli uomini del gruppo di controllo maschile è di 40,761 anni (SD=10,246) . L'età minima di questo sottogruppo è di 32 anni e l'età massima è di 59.

Il Gruppo Sperimentale Femminile (SF) è costituito da 15 donne che hanno subito violenza psichica e/o fisica dai loro partner, di cui 14 sono assistite da un Centro Antiviolenza di Salerno e solo una è in coppia con un uomo che fa parte del gruppo clinico maschile, non detenuto. Tutto il gruppo SF è di origine campana, tranne una di loro che è invece dell'Emilia Romagna. Quattro donne del gruppo SF sono laureate, sei hanno conseguito il Diploma di Maturità e le altre cinque possiedono la Licenza Media Inferiore.

L'età media delle donne del gruppo clinico femminile è di 38,375anni (SD=10,493). L'età minima di questo sottogruppo è di 19 anni e l'età massima è di 53.

Il Gruppo Clinico maschile (SM), è costituito da 16 uomini, di cui 15 in stato di detenzione per condanna definitiva, relativa a reati di violenza contro le proprie partner (strage familiare, femminicidio, tentato omicidio, stupro, maltrattamento e percosse). I carceri che hanno collaborato, mettendo a disposizione il campione e le strutture, sono il Centro Penitenziario di Secondigliano (NA) e la Casa Circondariale di Santa Maria Capuavetere (CE). Solo un uomo facente parte del gruppo clinico maschile non è detenuto ed è un libero professionista, benestante di cinquant'anni, unito alla sua partner da circa quindici anni. Il livello culturale dei detenuti invece è abbastanza basso: soltanto uno di loro è laureato, altri tre possiedono il diploma delle Scuole Medie Superiori, due analfabeti e dieci hanno conseguito la licenza elementare.

L'età media degli uomini del gruppo SM è di 47,625 anni ( $SD=8,585$ ). L'età minima di questo sottogruppo è di 34 anni e l'età massima è di 67.

Le età medie dei due gruppi di controllo e di quello clinico femminile sono abbastanza omogenee, tranne l'età media del gruppo clinico maschile. Questa differenza di età è però giustificata dal fatto che molti di loro sono detenuti da molti anni (alcuni da due, altri da quattro, altri da otto ed altri anche da 19 anni). Quindi si presume che l'età in cui i soggetti di questo gruppo si sono resi autori di reato, si avvicini all'età media degli altri tre gruppi.

### **3.4.2 PROCEDURA**

Ai partecipanti del presente studio, è stato innanzitutto chiesto il Consenso Informato all'uso dei dati clinici, raccolti per scopi di ricerca.

Al fine di raccogliere le informazioni necessarie all'analisi, descritta in precedenza, sono stati utilizzati alcuni test di tipo clinico come strumenti specifici allo studio dei diversi aspetti del fenomeno.

I test sono statati somministrati a cura dell'autore. Poiché i test erano di tipo verbale scritto e i soggetti del gruppo clinico maschile, presentavano un livello d'istruzione basso e talora insufficiente, è stato necessario "tutorare" personalmente la compilazione dei test. Per la maggioranza dei soggetti detenuti, l'autore ha dovuto leggere ad alta voce ogni singolo item del test, assicurandosi, inoltre, che ogni frase fosse stata compresa correttamente dal soggetto.

Poiché la batteria di test prevedeva ben sei test e poiché alcuni test erano particolarmente lunghi, per la loro somministrazione sono stati necessari due incontri per ogni soggetto, tranne che per i detenuti, per i quali sono stati necessari tre o quattro incontri.

### 3.4.2.1 MISURE

I test utilizzati sono stati i seguenti:

#### ASQ

*L'Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan* è uno strumento self report messo a punto da Feeney, Noller e Hanrahan (1994) tradotto in italiano a cura di Fossati e dei suoi collaboratori. (Fossati et al., 2007) . E' finalizzato alla valutazione delle differenze individuali nell'attaccamento adulto. Una peculiarità di questo strumento è quella di non precludere (a differenza di strumenti come l'Adult Attachment Styles) la valutazione di quelle persone che riconoscono di non aver fatto esperienza di una relazione intima (Fossati, Feeney, Grazioli, Borroni, Acquarini, & Maffei, 2007).

Il questionario si compone di 40 item (che vengono valutati su una scala Likert a 6 punti), ciascuno dei quali è assegnato ad una delle seguenti cinque scale (Fossati et al., 2007):

1. *Fiducia in sè* (10 item), che riflette uno stile di attaccamento **Sicuro**.
2. *Disagio per l'intimità* (10 item), che rappresenta l'elemento centrale della concettualizzazione dell'attaccamento **Evitante** proposta da Hazan e Shaver.
3. *Bisogno di approvazione* (7 item), che riflette il bisogno di accettazione e di conferma da parte degli altri, e corrisponde agli stili di attaccamento **Preoccupato** (per i valori alti) e **Timoroso** (per i valori bassi) di Bartholomew.
4. *Preoccupazione per le relazioni* (7 item), che si riferisce ad una tendenza ansiosa e dipendente nelle relazioni, che costituisce la caratteristica nucleare della concettualizzazione dell'attaccamento **Ansioso/Ambivalente** proposta da Hazan e Shaver (1987).
5. *Secondarietà delle relazioni* (8 item), che è sovrapponibile al concetto di attaccamento **Distanziante/Svalutante** di Bartolomew.

Sebbene Feeney et al. (1994) forniscano indicazioni per una codifica categoriale dell'Adult Style Questionnaire, uno degli aspetti di maggiore interesse di questo strumento è l'utilizzo di un modello dimensionale per la valutazione

dell'attaccamento, ossia in base a caratteristiche di tipo continuo e non in base a stili discreti.

Le cinque scale dell'Adult Style Questionnaire definiscono infatti le due dimensioni latenti dell'attaccamento umano, ossia Ansia ed Evitamento (Fossati et al., 2007).

Secondo Fossati et al. (2007) l'approccio tipo Likert utilizzato da Feeney et al. (1994) ha in qualche modo superato la contrapposizione tra modelli impliciti e modelli espliciti dell'attaccamento adulto, dal momento che i soggetti devono riconoscere come propri, particolari comportamenti descritti dai diversi item del questionario, senza dover tuttavia riconoscersi esplicitamente in uno specifico stile di attaccamento.

## **LAST**

**Love Addiction Screening Test (L.A.S.T.) Aaron Alan**, (2010) è un test costituito da 25 domande tratte da un altro Test sulla Dipendenza Affettiva, il "40 Questions for Self Diagnosis", ideato da Pia Mellody, Patrick Carnes, and SLAA (Sex and Love Addiction Anonymus - Dipendenti dal Sesso e dall'Amore Anonimi). E' un utile strumento clinico in grado di indicare la presenza di un problema relativo alla dipendenza affettiva di tipo sentimentale.

Ogni risposta "SI", rappresenta un punto. L'interpretazione del punteggio si esprime in fasce e prevede un cut off, superato il quale viene riconosciuta una problematica di dipendenza alle "relazioni sentimentali" (o all'"Amore") in grado di creare un disagio significativo nella vita relazionale dell'individuo.

## **Test "READING THE MIND IN THE EYES"**

Il test 'Reading the Mind in the Eyes' ("Leggendo la mente negli occhi") (Eyes Test) (Eyes Test, Baron-Cohen et al. 1997, 2001) è un questionario sull'empatia cognitiva. Ai partecipanti vengono mostrate delle fotografie, in bianco e nero solo della zona del volto, di alcuni attori, relativa agli occhi ed essi devono scegliere lo stato emotivo, o l'intenzione, rappresentato dalle quattro opzioni fornite. The Eyes Test ha una buona affidabilità test-retest (affidabilità di 0,833 nella versione italiana). Per ogni risposta corretta al test degli occhi, i partecipanti totalizzano 1 punto, quindi nella versione completa dell'Eyes Test i punteggi vanno da 0 a 36.

Lo strumento è finalizzato alla valutazione della capacità di attribuire stati mentali complessi negli adulti e negli adolescenti. Si è rivelato utile altresì nelle ricerche sperimentali, nelle indagini cliniche e negli studi di neuroimaging sull'integrità della teoria della mente in pazienti cerebrolesi o con disturbi psicopatologici quali l'autismo, la sindrome di Asperger e la schizofrenia (Baron Cohen et al. 1997, 2001). Lo strumento è stato quindi selezionato in questo studio poiché la capacità di "leggere" la mente altrui e attribuire stati mentali è un elemento centrale delle capacità meta cognitive che possono incidere notevolmente sulla qualità della relazione di coppia, promuovendo la comprensione reciproca e la condivisione profonda degli eventi della vita tra i partner. Inoltre, questo strumento può indicarci una probabile presenza di disturbi di personalità antisociale, riscontrata negli uomini che non provano rimorso nell'agire violenza sulle partner.

### **MILLON III**

Il **MCMIII** Millon, (T., Grossman, S., & Millon, C., 2015) è uno strumento clinicamente orientato per la valutazione dei disturbi di personalità.

La struttura del MCMIII corrisponde a quella del **DSM-IV**. Le **scale cliniche** sono raggruppate in categorie di personalità e in psicopatologie specifiche per riflettere la distinzione fatta dal DSM-IV tra Asse I e Asse II. Oltre alla distinzione tra sindromi cliniche e disposizioni stabili della personalità, le scale sono suddivise in base al livello di gravità della psicopatologia.

Il test è composto da 175 item, a risposta dicotomica vero/falso, suddivisi in 24 scale e 4 indici di modifica.

<p><b>PATTERN DI PERSONALITÀ CLINICA</b></p> <p>1 Schizoide  2A Evitante  2B Depressiva  3 Dipendente  4 Istrionica  5 Narcisistica  6A Antisociale  6B Sadica (Aggressiva)  7 Ossessivo-Compulsiva  8A Negativistica (Passivo-Aggressiva)  8B Masochistica (Autofrustrante)</p> <p><b>GRAVE PATOLOGIA DELLA PERSONALITÀ</b></p> <p>S Schizotipica  C Borderline  P Paranoide</p>	<p><b>SINDROMI CLINICHE</b></p> <p>A Ansia  H Somatizzazione  N Bipolare: Mania  D Distimia  B Dipendenza da Alcol  T Dipendenza da Droghe  R Disturbo Post-traumatico da Stress</p> <p><b>SINDROMI CLINICHE GRAVI</b></p> <p>SS Disturbo del Pensiero  CC Depressione Maggiore  PP Disturbo Delirante</p> <p><b>INDICI DI MODIFICA</b></p> <p>X Apertura  Y Desiderabilità  Z Autosvalutazione  V Validità</p>
---	---

## YSQ

Lo Young Schema Therapy (YSQ; Young e Brown, 1990, 2001) è uno strumento di self-report per la valutazione degli schemi, codificati secondo il paradigma della Schema Therapy.

Consiste in un inventario di 232 domande che hanno lo scopo di misurare i 18 schemi. Utilizzando una scala Likert a 6 punti, il paziente definisce quanto ogni item descrive fedelmente il suo modo di essere. Gli item sono suddivisi in gruppi, in base allo schema a cui si riferiscono.

Le domande sono state ideate per cogliere completamente i 18 schemi.

Sono stati definiti dei valori di cut off per valutare ciascuno degli schemi come basso, medio, alto e molto alto (Dobson, 2009).

Lo studio condotto da Schmidt, Joiner, Young e Telch nel 1995 ha rilevato che le sottoscale avevano un'elevata affinità ai test- retest e coerenza interna (Dobson, 2009). Gli studi di Cecero, Nelson e Gilles, hanno riscontrato una forte correlazione per quanto riguarda le sottoscale e i gruppi di soggetti che soffrono per alcune specifiche condizioni, quali i traumi della prima infanzia. Lo studio di Wellburn, Corsitine, Dagg, Pontefract e Jordan del 2002, ha attestato una forte coerenza interna, affidabilità e validità del test YSQ.

## **SMI**

Schema Mode Inventory (SMI) (Lobbestael J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten E, Arntz A., 2010) è uno strumento di self-report per la valutazione dei Mode, stati mentali codificati secondo il paradigma della Schema Therapy. La validazione italiana è stata curata da Panzeri e al. (2016).

La versione abbreviata è composta da 118 item. Utilizza una scala Likert a sei punti, tramite la quale il paziente indica la frequenza con cui ogni item lo definisce all'interno dei 14 mode, suddivisi in 4 domini.

Diversi studi hanno dimostrato la forte correlazione che lo SMI ha con diversi disturbi psichiatrici e di personalità e altri studi, condotti su diverse popolazioni cliniche, hanno dimostrato l'affidabilità e la validità dello SMI, sia a lungo che a breve termine. Gli studi di Bamelis, Renner, Heidkamp e Arntz hanno attestato l'utilità dello SMI, in quanto strumento clinico, quando associato alla Schema Therapy: gli autori hanno studiato i disturbi di personalità del cluster C (paranoico, narcisistico, istrionico) in relazione ai mode ed il test ha dimostrato di discriminare in maniera abbastanza precisa i soggetti sani da quelli portatori dei vari disturbi. Allo stesso modo. Le sottoscale dello SMI hanno mostrato una forte correlazione con i vari disturbi psichiatrici.

Viene utilizzata l'analisi della varianza (ANOVA) con il Test post-hoc di Bonferroni per confrontare la media dei punteggi ottenuti alle varie scale, dei diversi test psicologici (ASQ; Love Addiction; Reading the mind in the Eyes; YSQ; SMI) ", sia in relazione all'appartenenza al gruppo, che all'appartenenza al sesso.

Il Test chi-quadrato viene utilizzato per confrontare la frequenza delle diagnosi di “patologia”; “possibile sintomatologia”; “tratti di personalità”, presenti nei quattro gruppi: offender, vittima, controllo maschile, controllo femminile.

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando SPSS versione 13.

Sigle:

n.d.s.: nulla da segnalare

Patologia: diagnosi riscontrata

Possib. Sint. : possibile sintomatologia

Tratti pers. : solo tratti di personalità

## 3.5. RISULTATI

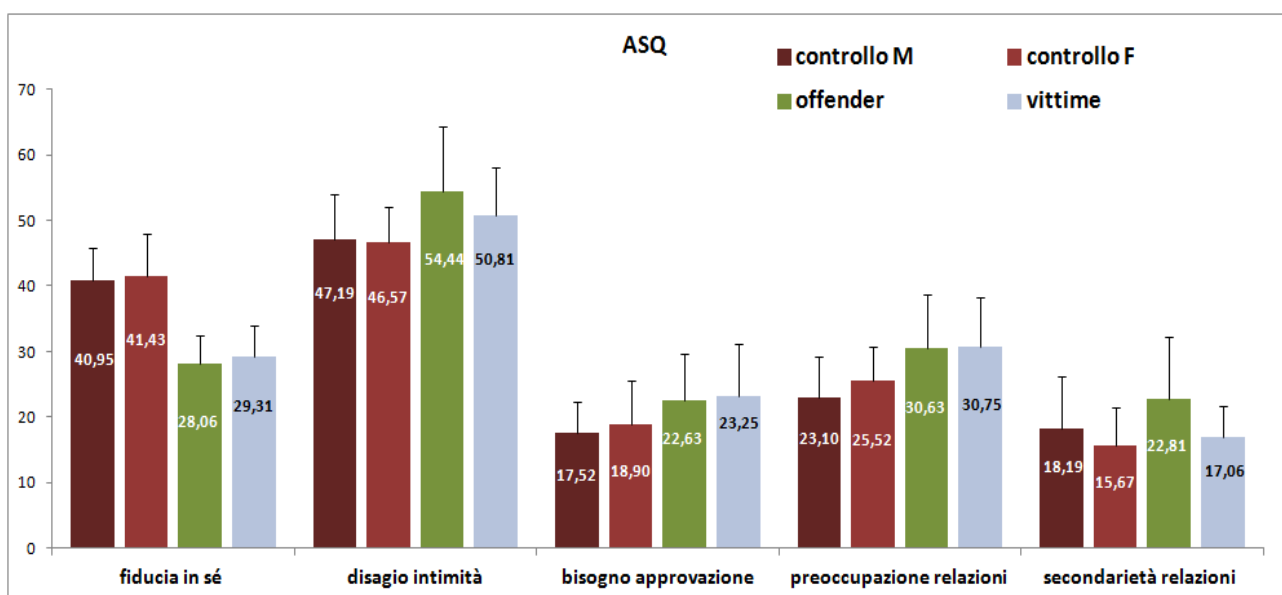
### 3.5.1 1) Stile di Attaccamento

Nella tabella 1 sono presentati i punteggi medi, con le relative deviazioni standard, dei punteggi ottenuti dai quattro gruppi nelle quattro categorie del Test ASQ: Fiducia in sé; Disagio nell'intimità; Bisogno di approvazione; Preoccupazione per le relazioni; secondarietà delle relazioni.

Tabella 1. ASQ

		ASQ				
gruppo		Fiducia in sé	Disagio intimità	Bisogno approvazione	Preoccupazione relazioni	Secondarietà relazioni
controllo_M	Media	40,95	47,19	17,52	23,10	18,19
	ds	4,79	6,86	4,93	6,23	8,13
controllo_F	Media	41,43	46,57	18,90	25,52	15,67
	ds	6,62	5,43	6,70	5,15	5,89
offender	Media	28,06	54,44	22,63	30,63	22,81
	ds.	4,46	9,97	7,09	8,16	9,34
vittime	Media	29,31	50,81	23,25	30,75	17,06
	ds	4,56	7,22	7,82	7,44	4,54

Grafico 1. ASQ



Per la categoria “**Fiducia in sé**” (che misura lo stile di attaccamento Sicuro-Insicuro:  $F_{[3;70]}=34,213$ ,  $p ,000$ ,  $\eta^2= ,595$ ), si registra che i punteggi degli offenders e delle vittime sono significativamente inferiori rispetto a quelli dei gruppi di controllo maschili e femminili. Il genere di appartenenza non ha alcuna incidenza sui punteggi, sia nei gruppi clinici, che in quelli di controllo. (Tabella 2)

Nel gruppo degli offender e delle vittime prevale in maniera significativa lo stile Insicuro ( $\chi^2= 43,760$   $p. 000$ ) rispetto ai gruppi dei controlli Maschi e Femmine, anche per quanto riguarda la frequenza delle diagnosi di patologia. (Tabella 3)

**Tabella 2. Fiducia in sé**

			Differenza fra medie	Sig.
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	-,47619	1,000
		offender	12,88988(*)	,000
		vittime	11,63988(*)	,000
	controllo_F versus	offender	13,36607(*)	,000
		vittime	12,11607(*)	,000
	offender versus	vittime	-1,25000	1,000

**Tabella 3. Sicuro-Insicuro**

		Insicuro	n.d.s.	Sicuro
gruppo	controllo_M	0	3 (14,3%)	18 (85,7%)
	controllo_F	0	8 (38,1%)	$\chi^2 13$ (61,9%)
	offender	8 (50,0%)	7 (43,8%)	1 (6,3%)
	vittime	7 (43,8%)	8 (50,0%)	1 (6,3%)

$\chi^2= 43,760$   $p. 000$

Per la categoria “**Disagio dell’Intimità**” (che misura gli stili d’attaccamento Evitante– Ambivalente:  $F_{[3;70]}= 4,344$   $p ,007$   $\eta^2= ,157$ ). Solo il gruppo degli offender presenta punteggi significativamente più alti rispetto ai gruppi di controllo Maschile e Femminile. (Tabella 4)

L’analisi delle diagnosi registra una prevalenza significativa dello stile d’attaccamento Evitante ( $\chi^2=16,465$   $p. 011$ ) sia negli offender, che nelle vittime rispetto ai gruppi di controllo (tabella 5).

**Tabella 4. Disagio dell’Intimità**

			Differenza fra medie	Sig.
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	,61905	1,000
		Offender	-7,24702	,025
		Vittime	-3,62202	,859
	controllo_F versus	Offender	-7,86607	,012
		Vittime	-4,24107	,524
	offender versus	Vittime	3,62500	1,000

<b>Tavola 5. Evitante– Ambivalente</b>				
	<b>Ambivalente</b>	<b>Evitante</b>	<b>n.d.s.</b>	
<b>gruppo</b>	<b>controllo M</b>	0	11 (52,4%)	10 (47,6%)
	<b>controllo F</b>	0	13 (61,9%)	8 (38,1%)
	<b>offender</b>	1 (6,3%)	15 (93,8%)	0
	<b>vittime</b>	0	14 (87,5%)	2 (12,5%)
$\chi^2 = 16,465$ p. 011				

Per la categoria “**Bisogno di approvazione**” (Preoccupato-Timoroso) si registra una debole differenza significativa, a soglia, ( $F_{[3;70]} = 3,273$  p,026  $\eta^2 = ,123$ ) per il gruppo delle vittime che presentano punteggi più alti rispetto al gruppo di controllo maschile (Tabella 6.), e gli stili d’attaccamento Preoccupato e Timoroso si distribuiscono nei gruppi in maniera omogenea (Tabella 7).

Tabella 6. Bisogno di approvazione

		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	<i>controllo_M versus</i>	<i>controllo_F</i>	-1,38095	1,000
		<i>offender</i>	-5,10119	,137
		<i>vittime</i>	-5,72619	,066
	<i>controllo_F versus</i>	<i>offender</i>	-3,72024	,564
		<i>vittime</i>	-4,34524	,308
	<i>offender versus</i>	<i>vittime</i>	-,62500	1,000

Tabella 7. Bisogno approvazione (Diagnosi)

	<b>n.d.s.</b>	<b>Preoccupato</b>	<b>Timoroso</b>	
<b>gruppo</b>	<b>controllo M</b>	13 (61,9%)	1 (4,8%)	7 (33,3%)
	<b>controllo F</b>	12 (57,1%)	4 (19,0%)	5 (23,8%)
	<b>offender</b>	10 (62,5%)	4 (25,0%)	2 (12,5%)
	<b>vittime</b>	7 (43,8%)	6 (37,5%)	3 (18,8%)
$\chi^2 = 7,571$ p ,271				

Nella categoria “**Preoccupazione per le relazioni**” (Preoccupato/Ambivalente-Timoroso:  $F_{[3;70]} = 5,959$  p,001  $\eta^2 = ,203$ ), solo il gruppo di controllo Maschile presenta punteggi inferiori ai gruppi clinici, Maschile e Femminile, con una differenza significativa e di discreta intensità (Tabella 8), invece, dall’analisi delle diagnosi, si registra una significativa prevalenza dello stile d’attaccamento Preoccupato ( $\chi^2 = 17,887$  p , 007) sia nel gruppo degli offender che in quello delle vittime, rispetto ai gruppi di controllo, Maschio e Femmina (tabella 9).

**Tabella 8. Preoccupazione per le relazioni**

		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-2,42857	1,000
		offender	-7,52976(*)	,007
		vittime	-7,65476(*)	,006
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-5,10119	,148
		vittime	-5,22619	,129
	offender <i>versus</i>	vittime	-,12500	1,000

**Tavola 9. Ambivalente-Evitante**

	n.d.s.	Ambivalente	Evitante
<b>gruppo</b>			
controllo_M	16 (76,2%)	0	5 (23,8%)
controllo_F	19 (90,5%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)
offender	10 (62,5%)	5 (31,3%)	1 (6,3%)
vittime	8 (50,0%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)
$\chi^2 = 17,887$ p, 007			

Nella categoria “**Secondarietà delle relazioni**” (Distanziante/Svalutante  $F_{[3;70]} = 3,184$  p,029,  $\eta^2 = ,120$ ) si rivela una maggiore propensione degli offender ad essere “Distanzianti” nelle relazioni, rispetto alle vittime (Tabella 10), anche se la differenza è debole, seppure significativa, confermata dalla prevalenza dello stile Distanziante ( $\chi^2 = 11,524$  p,073), rispetto a tutti gli altri gruppi. (Tabella 11).

**Tabella 10. Secondarietà delle relazioni**

		Differenza fra medie	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	2,52381
		offender	-4,62202
		vittime	1,12798
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-7,14583(*)
		vittime	-1,39583
	offender <i>versus</i>	vittime	5,75000

**Tabella 11. Distanziante/ Svalutante**

	Distanziante Sv	n.d.s.
<b>gruppo</b>		
controllo_M	3 (14,3%)	16 (76,2%)
controllo_F	2 (9,5%)	14 (66,7%)
offender	7 (43,8%)	8 (50,0%)
vittime	2 (12,5%)	13 (81,3%)
$\chi^2 = 11,524$ p,073		

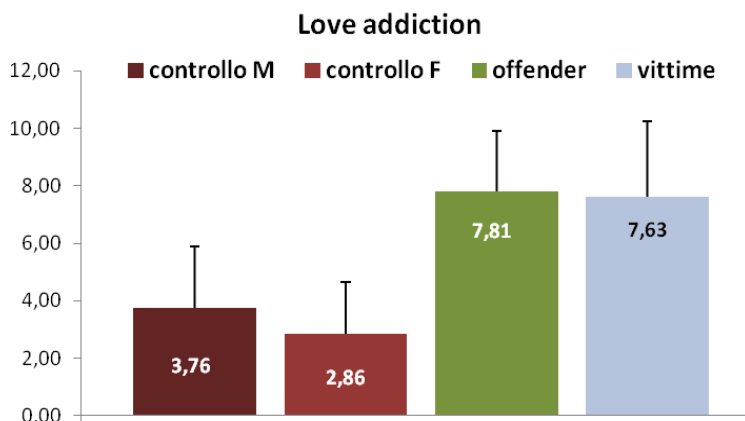
### 3.5.2 2) LOVE ADDICTION

Al fine di verificare la presenza di una dipendenza affettiva alle “relazioni sentimentali” nei soggetti che hanno fatto parte di relazioni patologiche di tipo violento (offenders e vittime), sono stati confrontati i risultati al Test Love Addiction dei gruppi clinici, maschile e femminile, con quelli dei gruppi di controlli maschile e femminile. I risultati mostrano valori al **Love Addiction Screening Test (L.A.S.T.)** risultano essere significativamente superiori ( $F_{[3;70]}=26,184$ ,  $p ,000$ ,  $\eta^2= ,529$ ) nelle vittime e negli offenders, rispetto a quelli del gruppo di controllo maschile e femminile (Tabella 12). Viene esclusa alcuna incidenza della variabile “sesso”, in quanto non si registrano differenze nei risultati tra gruppi maschili e femminili, sia all’interno del gruppo clinico che all’interno del gruppo di controllo.

**Tabella 12. L.A.S.T.**

Gruppo quattro livelli	Media	Deviazione std.
controllo_M	3,76	2,12
controllo_F	2,86	1,80
Offender	7,81	2,10

**Grafico 2. Love Addiction**



**Tabella 13. L.A.S.T.**

Test post hoc Bonferroni	Differenza fra medie	Sig.
controllo_M versus	controllo_F	,90476
	offender	-4,05060(*)
	vittime	-3,86310(*)
controllo_F versus	offender	-4,95536(*)
	vittime	-4,76786(*)
offender versus	vittime	,18750

Nella Tabella 14 si mostra come il confronto della frequenza delle diagnosi di “Love Addiction”, conferma una presenza significativamente superiore ( $\chi^2 = 40,048$ , p. 000) della patologia nei gruppi clinici maschile (75%) e femminile (62%), rispetto a quella dei gruppi di controllo, maschile (9,5%) e femminile (4,8%).

**Tabella 14. Dipendenza da amore**

gruppo	n.d.s.		Dipendenza da amore
	controllo_M	11 (52,4%)	2 (9,5%)
controllo_F	15 (71,4%)	1 (4,8%)	
offender	0 (0%)	<b>12 (75,0%)</b>	
vittime	1 (6,3%)	<b>10 (62,5%)</b>	
$\chi^2 = 40,048$ , p. 000			

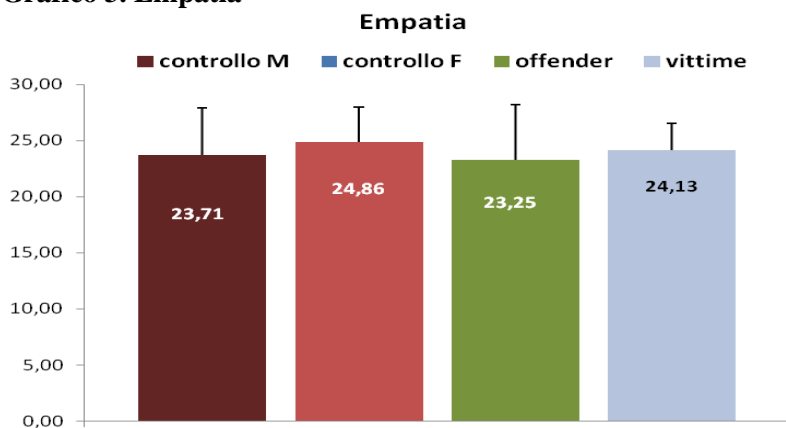
### 3.5.3 3) EMPATIA Test ‘Reading the Mind in the Eyes’

Con l’obiettivo di verificare la differenza del livello di empatia del gruppo offender rispetto a quello delle vittime e tra i gruppi clini rispetto a quelli di controllo, sono stati confrontati i punteggi medi al Test ‘Reading the Mind in the Eyes’ dei singoli gruppi tra loro.

**Tabella 15. Medie e Deviazioni Standard Empatia**

gruppo_quattrolivelli	Media	Deviazione std.
controllo_M	23,71	4,21
controllo_F	24,86	3,10
offender	23,25	4,97
vittime	24,13	2,45

**Grafico 3. Empatia**



L'analisi della varianza non riscontra alcuna differenza tra i gruppi ( $F_{[3;70]}=,610$ ,  $p$ , **611**,  $\eta^2= ,025$ ), né alcuna associazione tra gruppo di appartenenza e classi di empatia ( $\chi^2= 14,002$   $p$ , **301**) (Tabella 16).

**Tabella 16. Classi di Empatia**

		altissimo	alto	basso	norma	Patologia
<b>gruppo</b>	<b>controllo M</b>	1 (4,8%)	3 (14,3%)	5 (23,8%)	9 (42,9%)	3 (14,3%)
	<b>controllo F</b>	1 (4,8%)	4 (19,0%)	4 (19,0%)	11 (52,4%)	1 (4,8%)
	<b>offender</b>	1 (6,3%)	4 (25,0%)	5 (31,3%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)
	<b>vittime</b>	0	0	5 (31,3%)	11 (68,8%)	0 (0%)
$\chi^2= 14,002$ $p$ , <b>301</b>						

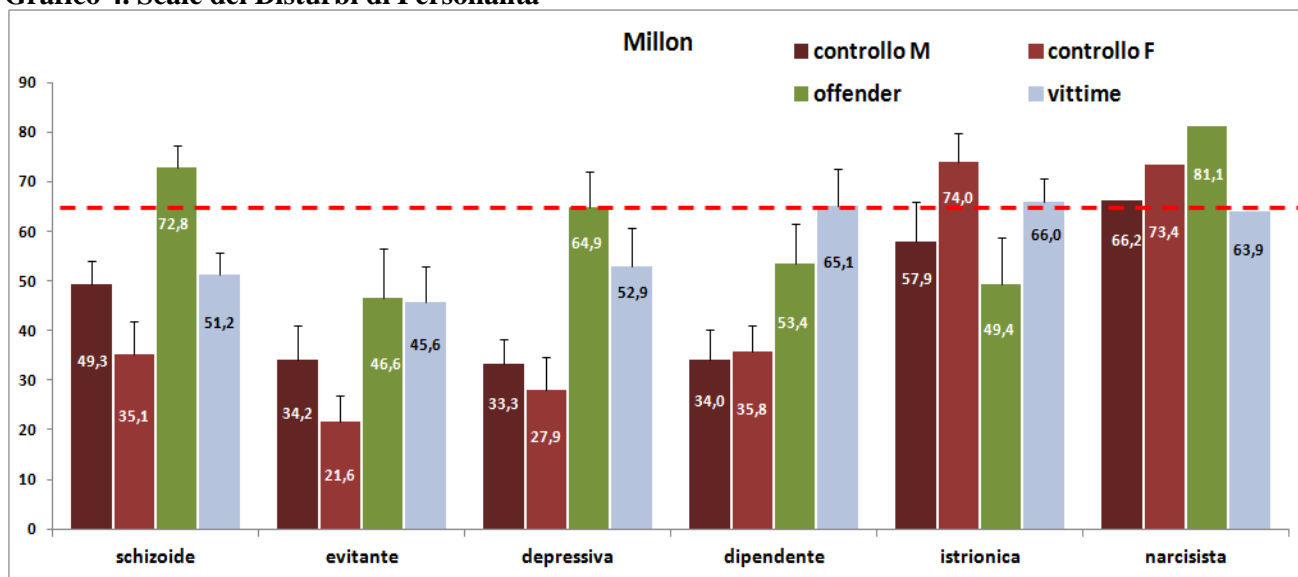
### 3.5.4 4)QUADRO PSICOPATOLOGICO

Per quanto riguarda il quadro psicopatologico dei quattro gruppi, nella Tabella 17 vengono mostrate le medie e le deviazioni standard dei punteggi ottenuti da ogni gruppo in tutte le scale dei Disturbi di Personalità. (Grafici 4 e 5)

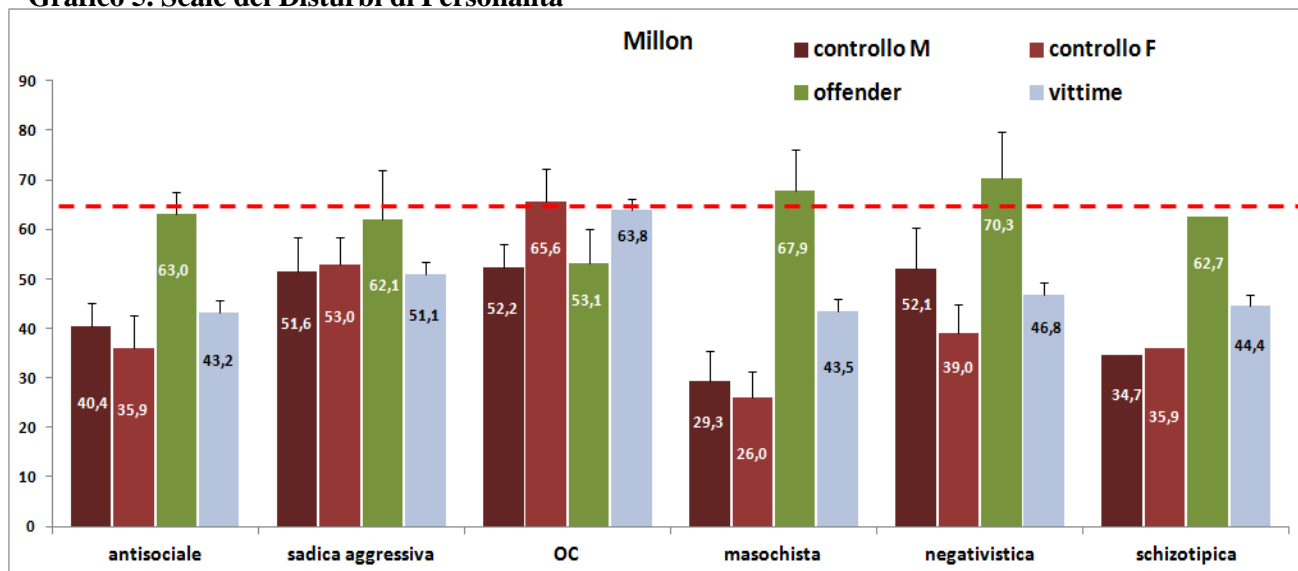
**Tabella 17. Medie e Deviazioni Standard MILLON III Disturbi di personalità**

<b>gruppo</b>		schizoide	evitante	depressiva	dipendente	istrionica	narcisista
controllo_M	Media	49,29	34,19	33,29	34,05	57,90	66,24
	ds	28,03	29,18	28,13	19,29	16,08	19,16
controllo_F	Media	35,14	21,55	27,90	35,76	73,95	73,43
	ds	19,54	16,89	25,43	23,95	18,10	24,74
offender	Media	72,81	46,56	64,94	53,44	49,38	81,13
	ds.	15,37	25,53	16,90	19,36	18,01	22,59
vittime	Media	51,19	45,63	52,94	65,13	66,00	63,94
	ds	23,08	28,51	27,76	29,14	23,55	18,40
<b>gruppo</b>		Anti-sociale	sadica_aggressiva	OC	masochista	negativistica	schizotipica
controllo_M	Media	40,38	51,62	52,19	29,29	52,14	34,71
	ds	30,92	23,56	13,98	27,89	28,36	25,06
controllo_F	Media	35,90	53,00	65,57	26,05	39,05	35,90
	ds	23,39	22,84	15,89	27,44	28,16	24,77
offender	Media	63,00	62,06	53,06	67,94	70,31	62,69
	ds.	14,20	11,72	14,58	12,22	21,00	17,49
vittime	Media	43,19	51,06	63,81	43,50	46,75	44,44
	ds	19,12	19,13	11,89	28,97	26,38	19,70

**Grafico 4. Scale dei Disturbi di Personalità**



**Grafico 5. Scale dei Disturbi di Personalità**



I punteggi relativi ai Pattern di Personalità Schizoide del gruppo degli offenders sono significativamente ( $F_{[3;70]} = 8,666$ ,  $p,000$ ,  $\eta^2 = ,271$ ) più alti degli altri gruppi (Tabella 18), ed è anche significativa l'associazione tra appartenenza al gruppo degli offenders e la diagnosi di personalità **schizoide** ( $\chi^2 = 15,342$   $p,018$ ) (Tabella 19).

**Tabella 18. Pattern Personalità Schizoide**

		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	14,14286	,263
		offender	-23,52679(*)	,013
		vittime	-1,90179	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-37,66964(*)	,000
		vittime	-16,04464	,202
	offender <i>versus</i>	vittime	21,62500(*)	,047

**Tabella 19. Diagnosi Pattern Personalità Schizoide**

	n.d.s.	Patologia	tratti pers.
<b>gruppo</b>	controllo_M	16 (76,2%)	1 (4,8%)
	controllo_F	20 (95,2%)	0
	offender	8 (50,0%)	3 (18,8%)
	vittime	15 (93,8%)	1 (6,3%)
$\chi^2 = 15,342$ p ,018			

Per quanto riguarda il pattern di personalità **Evitante** solo i punteggi del gruppo degli offender presenta una differenza significativa ( $F_{[3;70]} = 3,890$  p ,013,  $\eta^2 = ,145$ ), se pur debole (tabella 20.), con gli altri gruppi, mentre nell'analisi delle diagnosi la distribuzione dei gruppi sono equivalenti ( $\chi^2 = 8,799$  p ,456) (Tabella 21).

**Tabella 20. Pattern di Personalità Evitante**

		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	12,64048	,692
		offender	-12,37202	,878
		vittime	-11,43452	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-25,01250(*)	,027
		vittime	-24,07500(*)	,037
	Offender <i>versus</i>	vittime	,93750	1,000

**Tabella 21. Diagnosi di Personalità Evitante**

	n.d.s.	Patologia	tratti pers.
<b>gruppo</b>	controllo_M	16 (76,2%)	0
	controllo_F	20 (95,2%)	0
	offender	14 (87,5%)	0
	vittime	12 (75,0%)	1 (6,3%)
$\chi^2 = 8,799$ p ,456			

I punteggi relativi ai pattern di personalità **Depressiva** si mostrano significativamente superiori ( $F_{[3;70]} = 8,394$  p ,000,  $\eta^2 = ,265$ ) nei gruppi clini maschile e femminile, rispetto a quelli dei controlli femminili, anche se solo gli offender sono significativamente superiori ai punteggi del gruppo di controllo maschile e non le vittime (Tabella 22).

La diagnosi di Personalità Depressiva ( $\chi^2= 16,707$  p ,010) è significativamente più frequente nei gruppi degli offender e delle vittime che nei gruppi di controllo, maschile e femminile (Tabella 23).

**Tabella 22. Pattern di Personalità Depressiva**

			Differenza fra medie	Sig.
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	5,38095	1,000
		offender	-31,65179(*)	,002
		vittime	-19,65179	,131
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-37,03274(*)	,000
		vittime	-25,03274(*)	,023
	offender <i>versus</i>	vittime	12,00000	1,000

**Tabella 23. Diagnosi di Personalità Depressiva**

	n.d.s.	Patologia	tratti pers.
<b>gruppo</b>			
controllo_M	20 (95,2%)	0	1 (4,8%)
controllo_F	21	0	0
offender	9 (56,3%)	1 (6,3%)	6 (37,5%)
vittime	11 (68,8%)	1 6,3% ()	4 (25,0%)
$\chi^2= 16,707$ p ,010			

Per i pattern di Personalità **Dipendente**, solo il gruppo delle vittime presenta punteggi significativamente più alti ( $F_{[3;70]}= 7,459$  p ,000,  $\eta^2= ,242$ ) di quelli dei gruppi di controllo maschile e femminile, non il gruppo offender (Tabella 24). Invece, per le vittime, sono significativamente più frequenti le diagnosi di patologia e tratti di personalità dipendente ( $\chi^2= 25,008$  p ,000) non solo rispetto ai gruppi di controllo maschile e femminile, ma anche rispetto offender Tabella 25).

**Tabella 24. Pattern di Personalità Dipendente**

			Differenza fra medie	Sig.
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-1,71429	1,000
		offender	-19,38988	,082
		vittime	-31,07738(*)	,001
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-17,67560	,144
		vittime	-29,36310(*)	,002
	offender <i>versus</i>	vittime	-11,68750	,939

**Tabella 25. Diagnosi di Personalità Dipendente**

	n.d.s.	Patologia	tratti pers.
<b>gruppo</b>			
controllo_M	19 (90,5%)	0	2 (9,5%)
controllo_F	18 (85,7%)	0	3 (14,3%)
offender	15 (93,8%)	0	1 (6,3%)
vittime	6 (37,5%)	4 (25,0%)	6 (37,5%)
$\chi^2= 25,008$ p ,000			

I punteggi relativi al pattern di Personalità **Istrionica** del gruppo di controllo femminile sono significativamente più alti ( $F_{[3;70]}= 85,760$  p ,001,  $\eta^2= ,198$ ) di quelli dei gruppi offenders e controllo maschile, ma non del gruppo delle vittime (Tabella 26), infatti nei gruppi di genere femminile, sia clinico che di controllo si rilevano, con

una frequenza significativamente superiore, diagnosi di personalità e tratti di personalità Istrionica ( $\chi^2 = 14,259$  p ,027), rispetto ai gruppi clinico e di controllo di genere maschile.

**Tabella 26. Pattern di Personalità Istrionica**

			<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-16,04762(*)	,045
		offender	8,52976	1,000
		vittime	-8,09524	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	24,57738(*)	,001
		vittime	7,95238	1,000
	offender <i>versus</i>	vittime	-16,62500	,090

**Tabella 27. Diagnosi di Personalità Istrionica**

	<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>	<b>tratti pers.</b>
<b>gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	17 (81,0%)	1 (4,8%)
	<b>controllo_F</b>	9 (42,9%)	4 (19,0%)
	<b>offender</b>	15 (93,8%)	1 (6,3%)
	<b>vittime</b>	9 (56,3%)	3 (18,8%)
$\chi^2 = 14,259$ p ,027			

Nessun gruppo si distingue significativamente dagli altri nei punteggi di Personalità **Narcisistica** ( $F_{[3;70]} = 2,194$  p ,096,  $\eta^2 = ,086$ ) (Tabella 28), anche se si rileva una maggiore frequenza degli offenders, di debole significatività, nelle diagnosi di personalità narcisistica ( $\chi^2 = 12,455$  p ,053), rispetto al gruppo delle vittime e ai gruppi dei controlli. Le vittime risultano avere meno tratti di personalità narcisistica e meno punteggi patologici rispetto agli altri tre gruppi (Tabella 29).

**Tabella 28. Pattern di Personalità Narcisistica**

			<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-7,19048	1,000
		Offender	-14,88690	,243
		Vittime	2,30060	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	Offender	-7,69643	1,000
		Vittime	9,49107	1,000
	offender <i>versus</i>	Vittime	17,18750	,161

Differenza tra gruppi **non** significativa. nessun gruppo si distingue significativamente dagli altri.

**Tabella 29. Diagnosi di Personalità Narcisista**

	<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>	<b>tratti pers.</b>
<b>gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	13 (61,9%)	2 (9,5%)
	<b>controllo_F</b>	10 (47,6%)	7 (33,3%)
	<b>offender</b>	5 (31,3%)	7 (43,8%)
	<b>vittime</b>	13 (81,3%)	2 (12,5%)
$\chi^2 = 12,455$ p ,053			

Per la Personalità di tipo **Sadico-Aggressiva** ( $F_{[3;70]} = 1,056$  p ,373  $\eta^2 = ,043$ ) nessun gruppo si distingue significativamente dagli altri (Tabella 30) e la distribuzione delle diagnosi ( $\chi^2 = 6,700$  p ,349) nei quattro gruppi è equivalente (Tabella 31).

**Tabella 30. Pattern di Personalità Sadico-Aggressiva**

		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-1,38095	1,000
		offender	-10,44345	,763
		vittime	,55655	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-9,06250	1,000
		vittime	1,93750	1,000
	offender <i>versus</i>	vittime	11,00000	,788

**Tabella 31. Diagnosi di Personalità Sadico-Aggressiva**

	n.d.s.	Patologia	tratti pers.
<b>gruppo</b>	controllo_M	19 (90,5%)	1 (4,8%)
	controllo_F	20 (95,2%)	1 (4,8%)
	offender	13 (81,3%)	0
	vittime	15 (93,8%)	0
$\chi^2 = 6,700$ p ,349			

Per i pattern di Personalità **Antisociale** ( $F_{[3;70]} = 4,483$  p ,006,  $\eta^2 = ,161$ ), si rileva una debole differenza significativa per gli offender che presentano punteggi più alti rispetto ai gruppi di controllo, maschile e femminile, e comunque non rispetto al gruppo delle vittime (Tabella 32). Le diagnosi di Personalità Antisociale si distribuiscono in maniera equivalente nei quattro gruppi (Tabella 33).

**Tabella 32. Pattern di Personalità Antisociale**

		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	4,47619	1,000
		offender	-22,61905(*)	,030
		vittime	-2,80655	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-27,09524(*)	,005
		vittime	-7,28274	1,000
	offender <i>versus</i>	vittime	19,81250	,118

**Tabella 33. Pattern di Personalità Antisociale**

	n.d.s.	Patologia	tratti pers.
<b>gruppo</b>	controllo_M	16 (76,2%)	1 (4,8%)
	controllo_F	21	0
	offender	14 (87,5%)	1 (6,3%)
	vittime	16	0
$\chi^2 = 10,135$ p ,119			

I punteggi relativi alla Personalità **Ossessivo-Compulsiva** ( $F_{[3;70]} = 4,593$  p ,005,  $\eta^2 = ,164$ ) del gruppo di controllo femminile, risultano essere più alti di quelli del gruppo degli offender (a soglia) e del gruppo di controllo maschile, ma non superiore al punteggio delle vittime (Tabella 34). L'associazione tra gruppo di appartenenza e diagnosi di personalità Ossessivo-Compulsiva non è significativa (Tabella 35).

**Tabella 34. Pattern di Personalità Ossessivo-Compulsiva**

		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-13,38095(*)	,020
		offender	-,87202	1,000
		vittime	-11,62202	,100
	controllo_F <i>versus</i>	offender	12,50893	,061
		vittime	1,75893	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	-10,75000

**Tabella 35. Diagnosi di Personalità Ossessivo-Compulsiva**

	n.d.s.	Patologia	tratti pers.
<b>gruppo</b>	controllo_M	19 (90,5%)	1 (4,8%)
	controllo_F	14 (66,7%)	2 (9,5%)
	offender	14 (87,5%)	0
	vittime	12 (75,0%)	0
$\chi^2 = 7,136$ p ,308			

I punteggi ai pattern di Personalità **Masochistica** ( $F_{[3;70]} = 9,848$  p ,000,  $\eta^2 = ,297$ ) degli offender sono significativamente più alti di quelli delle vittime e di quelli dei gruppi di controllo , maschile e femminile (Tabella 36). Dall'analisi delle diagnosi ( $\chi^2 = 16,952$  p ,009) risulta che i tratti di personalità Masochista prevalgono significativamente soprattutto tra gli offender e meno tra le vittime; nessun tratto o diagnosi di Personalità Masochistica è presente nei gruppi di controllo maschili e femminili (Tabella 37).

**Tabella 36. Pattern di Personalità Masochistica**

<b>masochista: punteggi, ANOVA tra gruppi</b>		$F_{[3;70]} = 9,848$ p ,000, $\eta^2 = ,297$		
		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	3,23810	1,000
		offender	-38,65179(*)	,000
		vittime	-14,21429	,583
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-41,88988(*)	,000
		vittime	-17,45238	,256
		offender <i>versus</i>	vittime	24,43750

**Tabella 37. Diagnosi di Personalità Masochistica**

	n.d.s.	Patologia	tratti pers.
<b>gruppo</b>	controllo_M	21	0
	controllo_F	21	0
	offender	11 (68,8%)	0
	vittime	12 (75,0%)	1 (6,3%)
$\chi^2 = 16,952$ p ,009			

Unica e debole differenza significativa, si rileva per gli offender i cui punteggi di Personalità **Negativistica** ( $F_{[3;70]} = 4,419$  p ,007,  $\eta^2 = ,159$ ), sono più alti di quelli dei gruppi di controllo Femminile, ma non dei controlli Maschili (Tabella 38).

L'associazione tra gruppo di appartenenza e categoria di personalità istrionica è significativa; nel gruppo degli offender sono più frequenti punteggi patologici e soprattutto tratti di personalità negativistica, rispetto altri gruppi (Tabella 39).

**Tabella 38. Pattern di Personalità Negativistica**

negativistica: punteggi, ANOVA tra gruppi		F <sub>[3;70]</sub> = 4,419 p ,007, η <sup>2</sup> = ,159		
		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	13,09524	,680
		offender	-18,16964	,253
		vittime	5,39286	1,000
	controllo_F versus	offender	-31,26488(*)	,004
		vittime	-7,70238	1,000
	offender versus	vittime	23,56250	,084

**Tabella 39. Pattern di Personalità Negativistica**

	n.d.s.	Patologia	tratti pers.
controllo_M	14 (66,7%)	1 (4,8%)	6 (28,6%)
controllo_F	19 (90,5%)	2 (9,5%)	0
offender	5 (31,3%)	3 (18,8%)	8 (50,0%)
vittime	13 (81,3%)	0	3 (18,8%)

$\chi^2 = 19,275$  p ,004

**Tabella 40. Medie e Deviazioni Standard MILLON III Scale Cliniche e Cliniche Gravi**

MILLON III Sindromi Cliniche e Ciniche Gravi							
gruppo		borderline	paranoide	ansia	somatizzazione	Bipolare mania	distimia
controllo_M	Media	20,95	40,90	44,10	36,33	40,90	30,00
	ds	23,57	27,76	32,05	27,40	24,16	29,02
controllo_F	Media	16,05	42,38	37,67	28,00	40,90	23,24
	ds	18,72	29,58	31,75	23,79	23,83	25,48
offender	Media	45,19	72,81	73,50	54,38	60,13	64,88
	ds.	24,52	17,20	24,35	21,53	13,87	13,81
vittime	Media	20,88	43,94	54,06	36,69	44,63	46,44
	ds	21,30	23,66	33,21	22,61	20,26	32,93
gruppo		dipendenza alcool	dipendenza droghe	PTSD	Disturbo pensiero	depressione maggiore	delirante
controllo_M	Media	31,57	38,38	12,05	38,86	28,52	30,48
	ds	28,96	27,74	22,60	28,21	26,08	28,70
controllo_F	Media	30,48	35,48	18,90	31,86	29,19	33,90
	ds	25,76	26,79	24,95	26,14	24,39	31,12
offender	Media	54,94	59,75	36,44	58,38	52,50	68,31
	ds.	17,70	13,95	27,65	18,67	23,26	22,68
vittime	Media	40,00	44,13	28,69	42,75	42,63	40,63
	ds	27,61	24,93	26,32	22,67	29,13	31,08

Grafico 6. MILLON III Scale Cliniche e Cninche Gravi

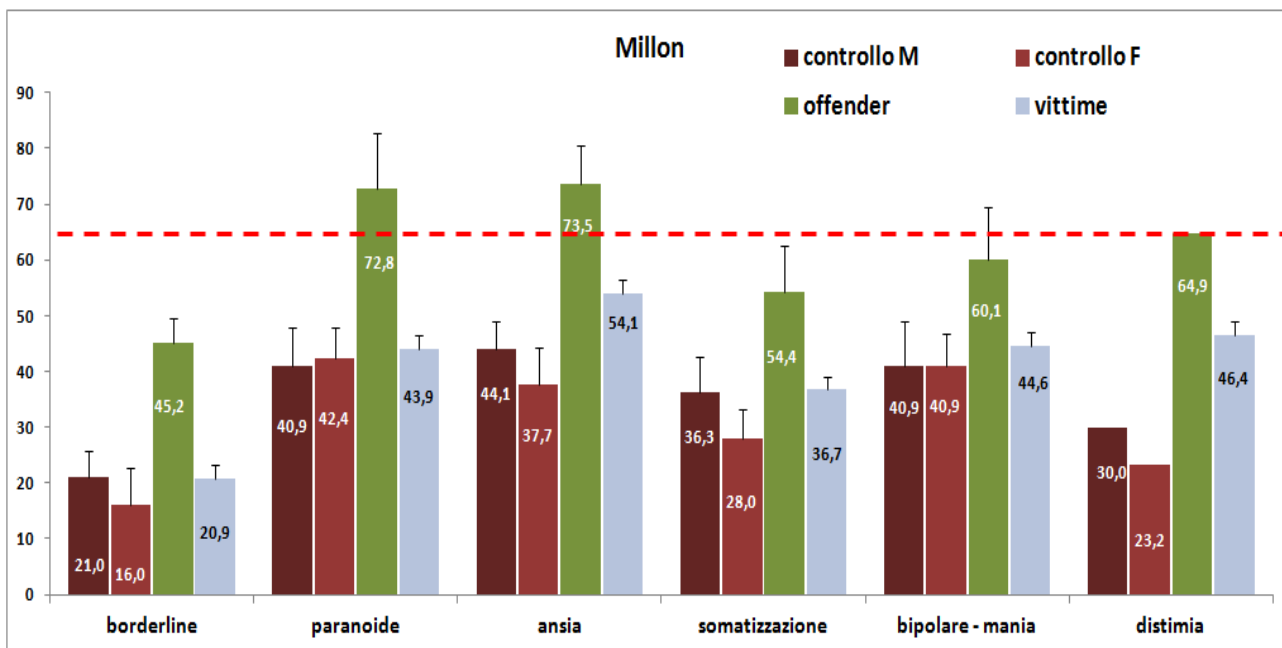
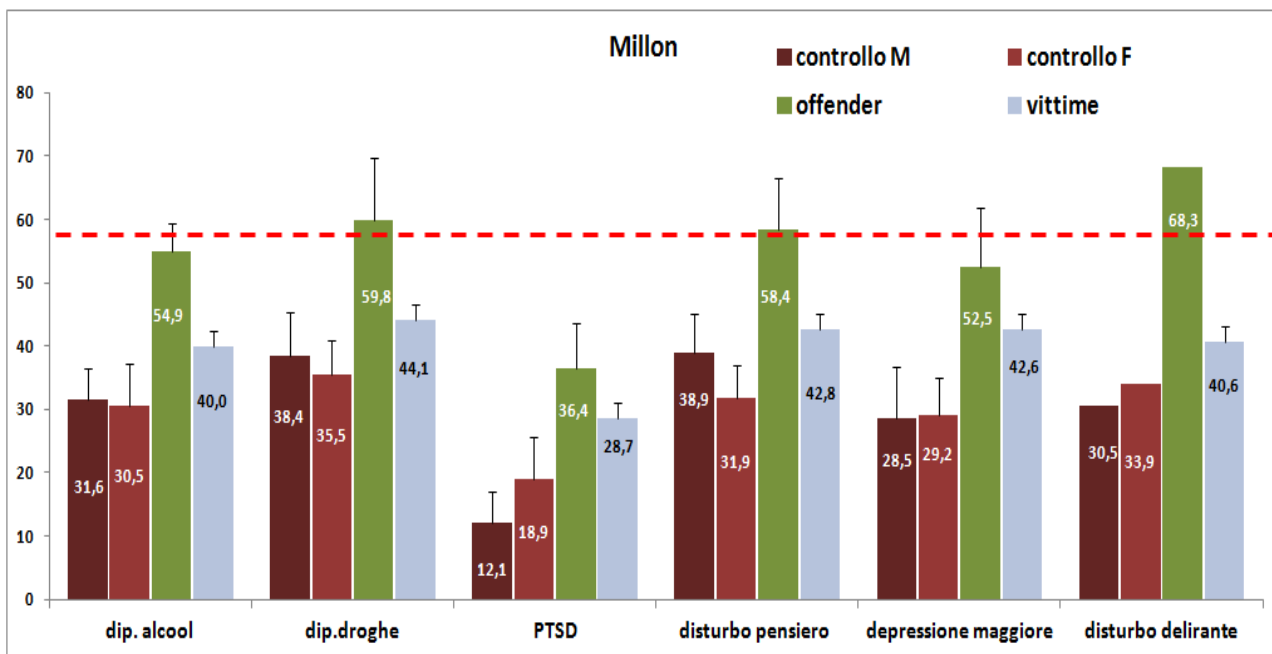


Grafico 7. MILLON III Scale Cliniche e Cninche Gravi



I punteggi degli offender ai Disturbi **Borderline** ( $F_{[3;70]} = 6,060$  p ,001,  $\eta^2 = ,206$ ) sono significativamente più alti sia dei gruppi di controllo maschile e femminile che delle vittime ( Tabella 41).

**Tabella 41. Disturbo Borderline**

			Differenza fra medie	Sig.
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	4,90476	1,000
		offender	-24,23512(*)	,009
		vittime	,07738	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-29,13988(*)	,001
		vittime	-4,82738	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	24,31250(*)

**Tabella 42. Diagnosi Disturbo Borderline**

		n.d.s.
<b>gruppo</b>	controllo_M	21
	controllo_F	21
	offender	16
	vittime	16
$\chi^2 = \text{---}$		

I punteggi degli offender al Disturbo **Paranoide** ( $F_{[3;70]} = 6,007$  p ,001,  $\eta^2 = ,205$ ) sono significativamente più alti sia dei gruppi di controllo maschile e femminile che delle vittime (Tabella 43). Per il Disturbo Paranoide sono significativamente più frequenti punteggi patologici e soprattutto possibili sintomi paranoidei ( $\chi^2 = 16,702$  p ,054) nel gruppo degli offender che negli altri gruppi (Tabella 44). **Tabella 43. Disturbo Paranoide**

			Differenza fra medie	Sig.
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-1,47619	1,000
		offender	-31,90774(*)	,002
		vittime	-3,03274	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-30,43155(*)	,004
		vittime	-1,55655	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	28,87500(*)

**Tabella 44. Diagnosi Paranoide**

		n.d.s.	Patologia	Possib. Sint..
<b>gruppo</b>	controllo_M	19 (90,5%)	0	2 (9,5%)
	controllo_F	19 (90,5%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)
	offender	10 (62,5%)	4 (25,0%)	2 (12,5%)
	vittime	16	0	0
$\chi^2 = 16,702$ p ,054				

Per gli offender si registra un punteggio per la sindrome d'ansia ( $F_{[3;70]} = 4,580$  p ,006,  $\eta^2 = ,164$ ) significativamente più alto di quello dei gruppi di controllo M e F (Tabella 45), ma uguale alle vittime. Si riscontra una frequenza delle diagnosi d'Ansia ( $\chi^2 = 13,645$  p ,034) significativamente superiore rispetto a quella dei gruppi di controllo, per gli offender e per le vittime (Tabella 46).

**Tabella 45. Sindrome d'Ansia**

			Differenza fra medie	Sig.
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	6,42857	1,000
		offender	-29,40476(*)	,031
		vittime	-9,96726	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-35,83333(*)	,005
		vittime	-16,39583	,675
		offender <i>versus</i>	vittime	19,43750

<b>Tabella 46. Diagnosi Sindrome d'Ansia</b>				
		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>	<b>Possib. Sint.</b>
<b>gruppo</b>	<b>controllo M</b>	13 (61,9%)	7 (33,3%)	1 (4,8%)
	<b>controllo F</b>	15 (71,4%)	5 (23,8%)	1 (4,8%)
	<b>offender</b>	3 (18,8%)	11 (68,8%)	2 (12,5%)
	<b>vittime</b>	6 (37,5%)	7 (43,8%)	3 (18,8%)
$\chi^2 = 13,645$ p ,034				

Differenza tra gruppi significativa ma debole. I punteggi di somatizzazione ( $F_{[3;70]} = 3,689$  p ,016  $\eta^2 = ,137$ ) per gli offender sono significativamente più alti solo dei controlli F, non dei controlli M né delle vittime. Nessuna differenza tra controlli M e F, né tra vittime e controlli M e F (Tabella 47).

Associazione tra gruppo di appartenenza e disturbo di somatizzazione significativa ( $\chi^2 = 38,025$  p ,000). Unicum: solo tra i controlli, soprattutto M, esistono punteggi patologici, anche se tra gli offender sono molti i soggetti con possibili sintomi (tabella 48).

**Tabella 47. Punteggio Sindrome Somatizzazione**

		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	<i>controllo_M versus</i>	<i>controllo_F</i>	8,33333	1,000
		<i>offender</i>	-18,04167	,167
		<i>vittime</i>	-,35417	1,000
	<i>controllo_F versus</i>	<i>offender</i>	-26,37500(*)	,010
		<i>vittime</i>	-8,68750	1,000
	<i>offender versus</i>	<i>vittime</i>	17,68750	,254

**Tabella 48. Diagnosi Somatizzazione**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>	<b>Possib. Sint.</b>
<b>gruppo</b>	<b>controllo M</b>	11 (52,4%)	8 (38,1%)	2 (9,5%)
	<b>controllo F</b>	17 (81,0%)	2 (9,5%)	2 (9,5%)
	<b>offender</b>	4 (25,0%)	0	12 (75,0%)
	<b>vittime</b>	12 (75,0%)	0	4 25,0% ()
$\chi^2 = 38,025$ p ,000				

Differenza tra gruppi significativa ma debole. I punteggi di disturbo bipolare ( $F_{[3;70]} = 3,137$  p ,031,  $\eta^2 = ,119$ ) negli offender sono significativamente più alti che nei gruppi di controllo M e F, ma uguali alle vittime. Nessuna differenza tra controlli M e F, né tra vittime e controlli M e F (Tabella 49).

Associazione tra gruppo di appartenenza e disturbo bipolare - mania significativa, ma debole. Negli offender prevalgono i soggetti con possibili sintomi di sindrome bipolare ( $\chi^2 = 8,858$  p ,031) rispetto agli altri gruppi, soprattutto alle vittime (Tabella 50).

**Tabella 49. Punteggio Sindrome Bipolare : Mania**

<b>bipolare_mania: punteggi, ANOVA tra gruppi</b>				
			<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	<i>controllo_M versus</i>	<i>controllo_F</i>	,00000	1,000
		<i>offender</i>	-19,22024	,051
		<i>vittime</i>	-3,72024	1,000
	<i>controllo_F versus</i>	<i>offender</i>	-19,22024	,051
		<i>vittime</i>	-3,72024	1,000
		<i>offender versus</i>	<i>vittime</i>	15,50000

**Tabella 50. Diagnosi Sindrome bipolare\_mania, etichetta**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>	<b>Possib. Sint.</b>
<b>gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	12 (57,2%)	0	9 (42,8%)
	<b>controllo_F</b>	13 (61,9%)	0	8 (38,1%)
	<b>offender</b>	4 (25,0%)	0	12 (75,0%)
	<b>vittime</b>	12 (75,0%)	0	4 (25,0%)
$\chi^2 = 8,858$ p ,031				

Differenza tra gruppi significativa. I punteggi relativi alla scala della Sindrome distimica ( $F_{[3;70]} = 8,823$  p ,000,  $\eta^2 = ,274$ ) degli offender sono significativamente più alti di controlli M e F, ma non delle vittime. Nessuna differenza tra controlli M e F, né tra vittime e controlli M; solo a soglia la differenza tra vittime (più alte) e controlli F

(Tabella 51). Associazione tra gruppo di appartenenza e distimia significativa, ma debole. In offender e vittime prevalgono i soggetti con punteggi patologici di distimia ( $\chi^2 = 28,736$  p ,000), e negli offender anche con possibili sintomi, rispetto ai gruppi di controllo maschile e femminile.

**Tabella 51. Punteggio Sindrome Distimica**

<b>distimia: punteggi, ANOVA tra gruppi</b>				
			<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	<i>controllo_M versus</i>	<i>controllo_F</i>	6,76190	1,000
		<i>offender</i>	-34,87500(*)	,001
		<i>vittime</i>	-16,43750	,392
	<i>controllo_F versus</i>	<i>offender</i>	-41,63690(*)	,000
		<i>vittime</i>	-23,19940	,061
		<i>Offender versus</i>	<i>vittime</i>	18,43750

**Tabella 52. Diagnosi Sindrome Distimica**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>	<b>Possib. Sint.</b>
<b>gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	15 (71,4%)	2 (9,5%)	4 (19,0%)
	<b>controllo_F</b>	17 (81,0%)	1 (4,8%)	3 (14,3%)
	<b>offender</b>	2 (12,5%)	3 (18,8%)	11 (68,8%)
	<b>vittime</b>	8 (50,0%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)
$\chi^2 = 28,736$ p ,000				

Per ciò che riguarda la Dipendenza da Alcool, la differenza tra gruppi è significativa, ma debole. Offender sono significativamente ( $F_{[3;70]}= 3,390$   $p$  ,023,  $\eta^2= ,127$ ) più alti di controlli M e F, ma non delle vittime. Nessuna differenza tra controlli M e F, né tra vittime e controlli (Tabella 53). Associazione tra gruppo di appartenenza e disturbo da dipendenza da alcool non significativa (tabella 54)

**Tabella 53. Punteggio Dipendenza da Alcool**

		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	1,09524	1,000
		offender	-23,36607(*)	,047
		vittime	-8,42857	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-24,46131(*)	,033
		vittime	-9,52381	1,000
	offender <i>versus</i>	vittime	14,93750	,627

**Tabella 54. Diagnosi Dipendenza da Alcool**

	n.d.s.	Patologia	Possib. Sint.	
<b>gruppo</b>	controllo_M	13 (61,9%)	0	8 (38,1%)
	controllo_F	14 (66,7%)	0	7 (33,3)
	offender	7 (43,7%)	1 (6,3%)	8 (50,0%)
	vittime	8 (50,0%)	1 (6,3%)	7 (43,7%)
$\chi^2= 7,388$ $p$ ,597				

Differenza tra gruppi significativa ( $F_{[3;70]}= 3,409$  ,022 ,127,  $\eta^2= ,159$ ) ma debole. I punteggi relativi alla dipendenza da droghe, nel gruppo degli Offender sono significativamente più alti di quelli dei gruppi di controllo M (solo a soglia) e F, ma non di quelli del gruppo delle vittime (Tabella 55). Nessuna differenza tra controlli M e F, né tra vittime e controlli. Associazione tra gruppo di appartenenza e disturbo da dipendenza da droghe non significativa (tabella 56)

**Tabella 55. Punteggio Dipendenza da Droghe**

<b>dipendenza_droghe: punteggi, ANOVA tra gruppi</b>		$F_{[3;70]}= 3,409$ ,022 ,127, $\eta^2= ,159$		
		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	2,90476	1,000
		offender	-21,36905	,063
		vittime	-5,74405	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-24,27381(*)	,023
		vittime	-8,64881	1,000
	offender <i>versus</i>	vittime	15,62500	,453

**Tabella 56. Diagnosi Dipendenza da Droghe**

	n.d.s.	Patologia	Possib. Sint.	
<b>gruppo</b>	controllo_M	11 (52,4%)	0	10 (47,6%)
	controllo_F	11 (52,4%)	0	10 (47,6%)
	offender	8 (50,0%)	2 (12,5%)	6 (37,5%)
	vittime	7 (43,8%)	0	9 (56,3%)
$\chi^2= 8,019$ $p$ ,237				

**Tabella 57. Punteggio PTSD**

PTSD: punteggi, ANOVA tra gruppi		F <sub>[3;70]</sub> = 3,218 p ,028, η <sup>2</sup> = , 123		
		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-6,85476	1,000
		offender	-24,38750(*)	,032
		vittime	-16,63750	,321
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-17,53274	,241
		vittime	-9,78274	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	7,75000

Differenza tra gruppi significativa ma molto debole. Offender sono significativamente più alti solo dei controlli M. nessun'altra differenza significativa tra i gruppi.

**Tabella 58. Diagnosi PTSD**

	n.d.s.	Patologia	Possib. Sint.
<b>gruppo</b>	controllo_M	17 (81,0%)	4 (19,0%)
	controllo_F	17 (81,0%)	4 (19,0%)
	offender	11 (68,8%)	5 (31,2%)
	vittime	13 (81,3%)	3 (18,2%)

$\chi^2 = 1,117$  p ,773

Associazione tra gruppo di appartenenza e PTSD **non significativa**: i punteggi si distribuiscono in maniera equivalente tra i gruppi.

**Tabella 59. Punteggio Disturbo del Pensiero**

disturbo_pensiero: punteggi, ANOVA tra gruppi		F <sub>[3;70]</sub> =3, 659 p ,016, η <sup>2</sup> = ,136		
		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	7,00000	1,000
		offender	-19,51786	,118
		vittime	-3,89286	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-26,51786(*)	,011
		vittime	-10,89286	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	15,62500

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Offender sono significativamente più alti solo dei controlli F. nessun'altra differenza significativa tra i gruppi.

**Tabella 60. Diagnosi di Disturbo del Pensiero**

	n.d.s.	Patologia	Possib. Sint.
<b>gruppo</b>	controllo_M	11 (52,4%)	9 (42,9%)
	controllo_F	13 (61,9%)	8 (38,1%)
	offender	3 (18,8%)	12 (75,0%)
	vittime	9 (56,3%)	7 (43,8%)

$\chi^2 = 9,011$  p ,173

Associazione tra gruppo di appartenenza e disturbo del pensiero **non significativa**: i punteggi si distribuiscono in maniera equivalente tra i gruppi.

**Tabella 61. Punteggio Depressione Maggiore**

depressione_maggiore: punteggi, ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]} = 3,595$ p ,018, $\eta^2 = ,134$		
		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	-,66667	1,000
		offender	-23,97619(*)	,039
		vittime	-14,10119	,619
	controllo_F versus	offender	-23,30952(*)	,048
		vittime	-13,43452	,721
	offender versus	vittime	9,87500	1,000

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Offender sono significativamente più alti dei controlli M e F, ma sono uguali alle vittime. Nessuna differenza tra controlli M e F, né tra vittime e controlli M e F.

**Tabella 62. Diagnosi Depressione Maggiore**

	n.d.s.	Patologia	Possib. Sint.	
gruppo	controllo_M	15 (71,4%)	0	6 (28,6%)
	controllo_F	16 (76,2%)	1 (4,8%)	4 (19,0%)
	offender	6 (37,5%)	1 (6,3%)	9 (56,3%)
	vittime	11 (68,8%)	3 (18,8%)	2 (12,5%)

$\chi^2 = 13,840$  p ,031

Associazione tra gruppo di appartenenza e distimia significativa, ma debole. In vittime prevalgono i soggetti con punteggi patologici, e in offender i soggetti con possibili sintomi, rispetto ai controlli M e F.

**Tabella 63. Punteggio Disturbo Delirante**

delirante: punteggi, ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]} = 6,138$ p ,001, $\eta^2 = ,208$		
		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	-3,42857	1,000
		offender	-37,83631(*)	,001
		vittime	-10,14881	1,000
	controllo_F versus	Offender	-34,40774(*)	,004
		Vittime	-6,72024	1,000
	offender versus	Vittime	27,68750(*)	,049

Differenza tra gruppi significativa. Offender sono significativamente più alti dei controlli M e F così come anche delle vittime. Nessuna differenza tra controlli M e F, né tra vittime e controlli M e F.

**Tabella 64. Diagnosi Disturbo Delirante**

	n.d.s.	Patologia	Possib. Sint.	
gruppo	controllo_M	14 (66,7%)	1 (4,8%)	6 (28,6%)
	controllo_F	13 (61,9%)	2 (9,5%)	6 (28,6%)
	offender	0	3 (18,8%)	13 (81,3%)
	vittime	10 (62,5%)	1 (6,3%)	5 (31,3%)

$\chi^2 = 20,752$  p ,002

Associazione tra gruppo di appartenenza e distimia significativa. In offender prevalgono di gran lunga i soggetti con possibili sintomi, rispetto ai controlli M e F così come alle vittime.

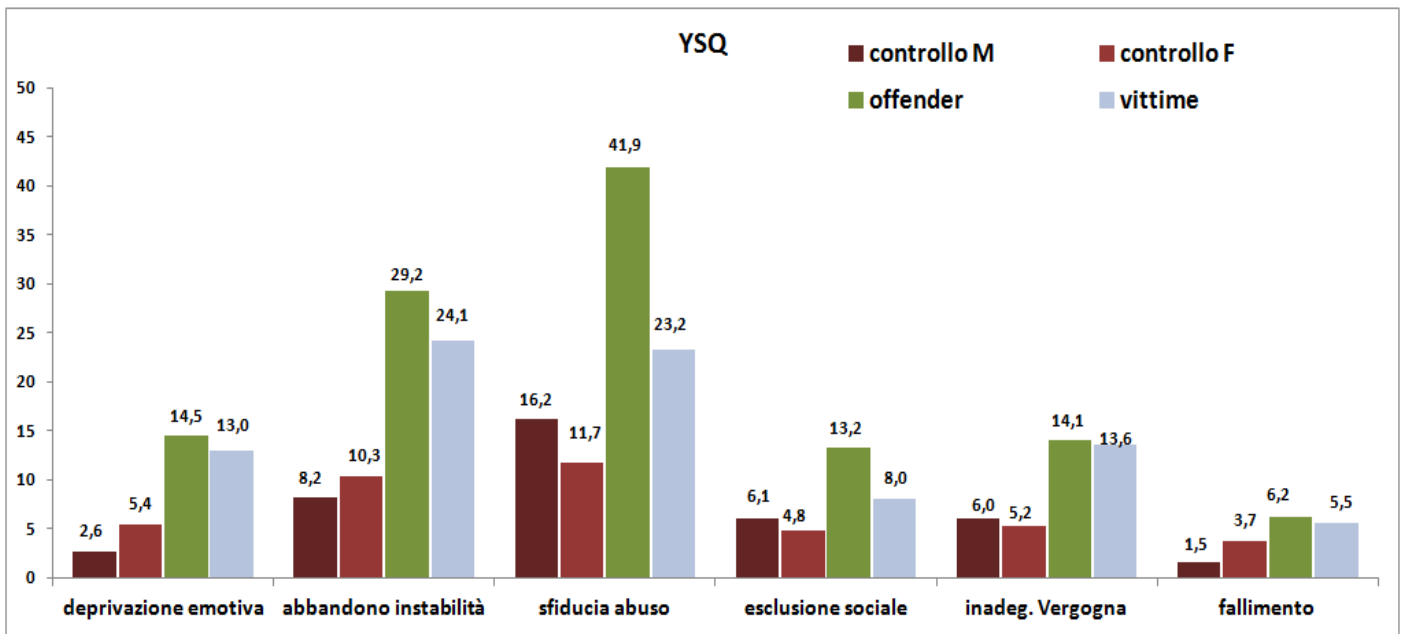
### 3.5.5 5)Schemi Maladattivi e Mode

## YSQ

Tabella 65. Medie e deviazioni standard Scale YSQ

gruppo		deprivazione _emotiva	abbandono_ins tabilita	sfiducia_abuso	esclusione_sociale	inadeguatezza _vergogna	fallimento
controllo_M	Media	2,62	8,24	16,19	6,10	6,00	1,52
	ds	7,19	10,51	16,11	5,68	5,71	2,75
controllo_F	Media	5,35	10,29	11,71	4,81	5,19	3,67
	ds	10,05	11,97	11,89	5,69	3,76	5,19
offender	Media	14,50	29,19	41,88	13,19	14,06	6,19
	ds.	13,18	16,41	19,66	10,57	10,47	7,09
vittime	Media	13,00	24,13	23,19	8,00	13,56	5,50
	ds	11,97	18,67	18,39	9,42	13,20	7,44
gruppo		dipendenza_ incompetenz a	vulnerabilita	Invischia mento	sottomissione	autosacrificio	ricerca_ approvazione
controllo_M	Media	5,33	5,00	5,52	4,81	27,81	9,33
	ds	6,18	5,67	6,86	5,56	15,64	8,53
controllo_F	Media	4,95	7,33	7,86	5,52	36,43	11,29
	ds	4,63	10,46	10,21	5,43	24,47	13,91
offender	Media	16,94	15,69	18,25	10,81	38,13	22,13
	ds.	19,61	11,63	15,41	6,12	28,03	12,83
vittime	Media	16,38	13,75	9,69	11,94	42,00	19,63
	ds	18,38	13,51	8,96	11,77	16,68	16,48
gruppo		pretese_ grandiosita	autocontrollo	inibizione_ emotiva	negativita_ pessimismo	punizione	standard_ elevati
controllo_M	Media	12,90	11,33	5,81	9,14	9,14	23,24
	ls	9,59	14,14	8,23	8,63	11,40	12,55
controllo_F	Media	10,67	7,76	3,81	11,19	11,38	22,24
	ds	11,15	9,67	5,70	11,55	10,71	14,54
offender	Media	17,13	19,56	15,88	17,13	30,56	33,94
	ds.	10,77	13,81	13,96	9,87	10,27	16,16
vittime	Media	11,19	13,63	9,06	15,56	13,69	25,00
	ds	9,93	19,93	9,52	14,59	10,54	14,59

**Grafico 8a. Schemi mal adattivi precoci**



**Grafico 8b. Schemi mal adattivi precoci**

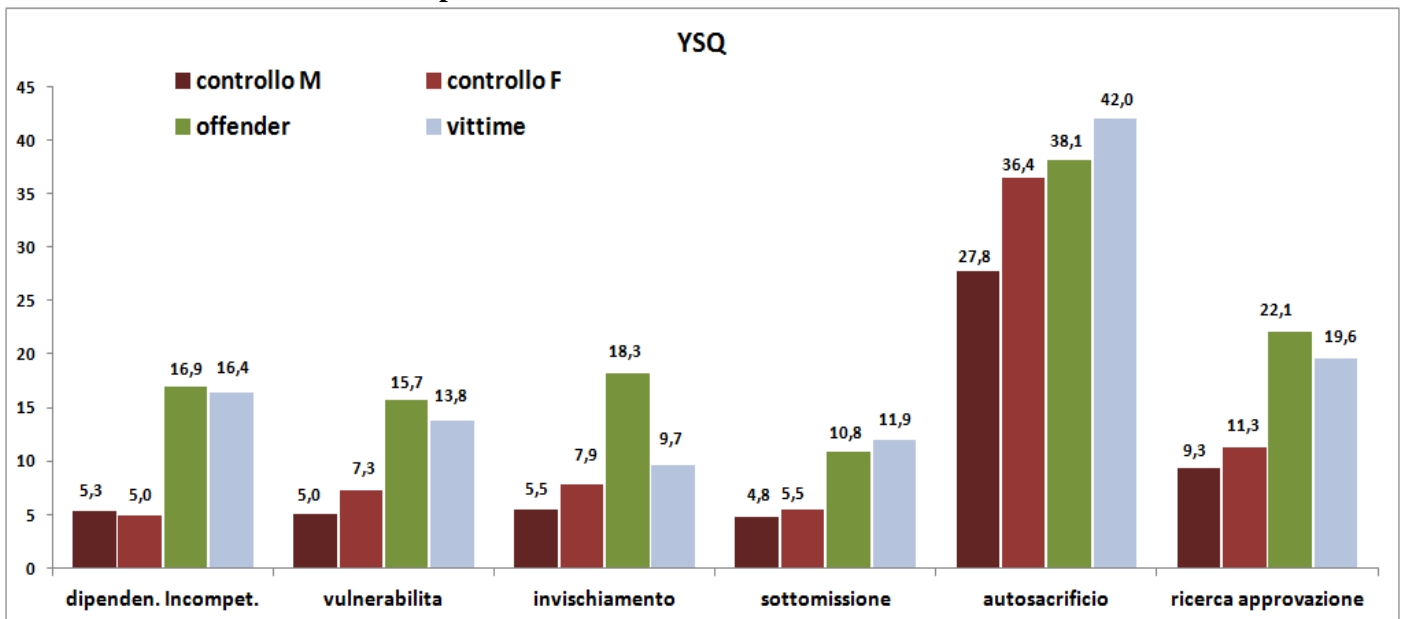
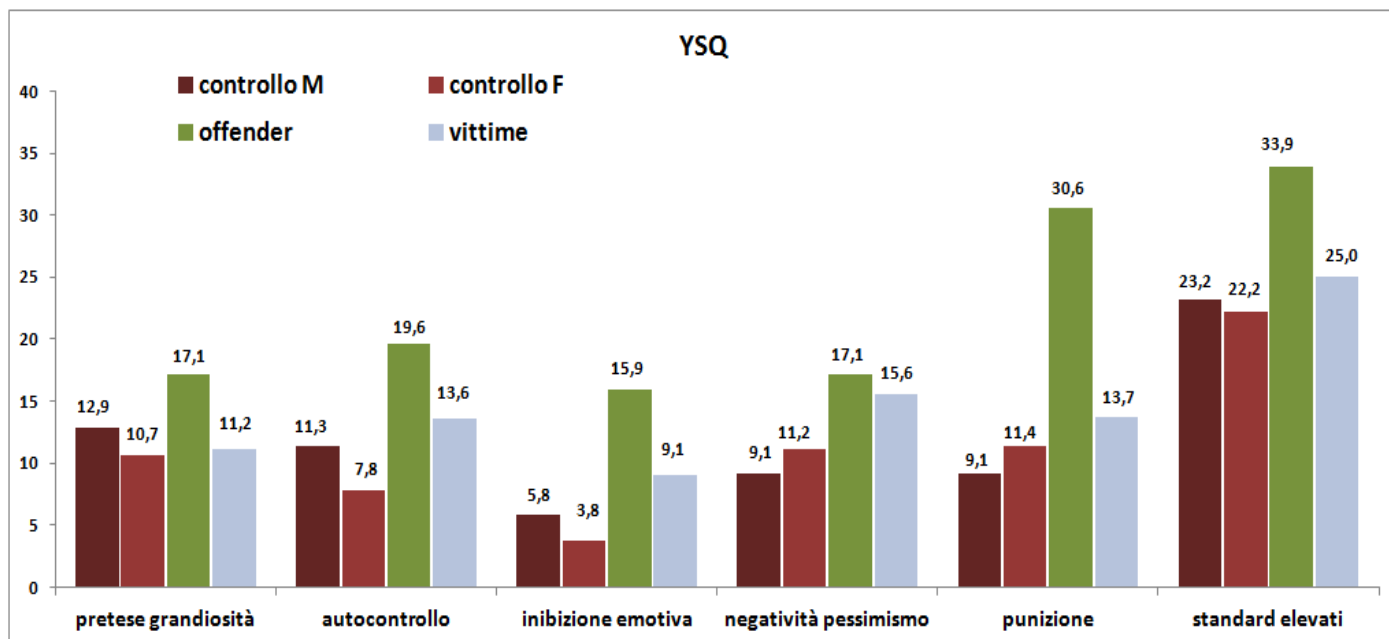


Grafico 8c. Schemi mal adattivi precoci



degli offender ( $F_{[3;70]}= 5,43$   $p$  ,002 ,191,  $\eta^2= ,134$ ) sono significativamente più alti dei controlli M e (solo a soglia) dei controlli F, ma sono uguali alle vittime. Vittime significativamente più alte dei controlli M, ma non dei controlli F. nessuna differenza tra i controlli M e F. In vittime e offender tendono a prevalere i ( $\chi^2= 7,453$   $p$  ,059) soggetti con punteggi patologici, in ugual misura, rispetto ai controlli M e F.

Tabella 66. Punteggi Deprivazione Emotiva

deprivazione_emotiva: punteggi, ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]}= 5,43$ $p$ ,002 ,191, $\eta^2= ,134$		
		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	-2,73095	1,000
		offender	-11,88095(*)	,007
		vittime	-10,38095(*)	,025
	controllo_F versus	offender	-9,15000	,072
		vittime	-7,65000	,206
	offender versus	vittime	1,50000	1,000

Tabella 67. Diagnosi deprivazione emotiva

	n.d.s.	Patologia
controllo M	20 (95,2%)	1 (4,8%)
controllo F	19 (90,5%)	2 (9,5%)
offender	11 (68,8%)	5 (31,3%)
vittime	11 (68,8%)	5 (31,3%)
$\chi^2= 7,453$ $p$ ,059		
Associazione tra gruppo di appartenenza e deprivazione emotiva non pienamente significativa.		

Per lo schema **abbandono – instabilità**, gli offender e le vittime presentano entrambi punteggi significativamente più alti dei controlli, sia M sia F, e uguali tra loro. Nessuna differenza tra i controlli M e F. In offender e vittime tendono a

prevalere ( $\chi^2= 26,118$  p ,000) i soggetti con punteggi patologici rispetto ai controlli M e F, in ugual misura.

**Tabella 68. Abbandono instabilita**

<b>: punteggi, ANOVA tra gruppi</b>		$F_{[3;70]}= 39,345$ p ,000 , $\eta^2= , 286$		
		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-2,04762	1,000
		offender	-20,94940(*)	,000
		vittime	-15,88690(*)	,008
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-18,90179(*)	,001
		vittime	-13,83929(*)	,029
	offender <i>versus</i>	vittime	5,06250	1,000

Differenza tra gruppi significativa e piuttosto intensa. Nessuna differenza tra i controlli M e F.

**Tabella 69. abbandono\_instabilita, etichetta**

	<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>		
controllo_M	20 (95,2%)	1 (4,8%)
controllo_F	18 (85,7%)	3 (14,3%)
offender	5 (31,3%)	11 (68,8%)
vittime	6 (37,5%)	10 (62,5%)

$\chi^2= 26,118$  p ,000

Associazione tra gruppo di appartenenza e abbandono - instabilità significativa. In offender e vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici rispetto ai controlli M e F, in ugual misura.

**Tabella 70. sfiducia\_abuso**

<b>: punteggi, ANOVA tra gruppi</b>		$F_{[3;70]}= 11,456$ p ,000 , $\eta^2= ,329$		
		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	4,47619	1,000
		offender	-25,68452(*)	,000
		vittime	-6,99702	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-30,16071(*)	,000
		vittime	-11,47321	,233
	offender <i>versus</i>	vittime	18,68750(*)	,012

Differenza tra gruppi significativa e intensa. Offender sono significativamente più alti dei controlli M e F, così come anche delle vittime. Nessuna differenza tra vittime e controlli M e F, né tra controlli M e F.

**Tabella 71. sfiducia\_abuso**

	<b>Alto</b>	<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>			
controllo_M	0	17 (81,0%)	4 (19,0%)
controllo_F	1 (4,8%)	18 (85,7%)	2 (9,5%)
offender	0	2 (12,5%)	14 (87,5%)
vittime	0	9 (56,3%)	7 (43,8%)

$\chi^2= 29,606$  p ,000

Associazione tra gruppo di appartenenza e sfiducia-abuso significativa. In offender (soprattutto) e vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F.

**Tabella 72. esclusione\_sociale**

<b>: punteggi, ANOVA tra gruppi</b>		$F_{[3;70]} = 3,870$ p ,013 , $\eta^2 = ,142$		
		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	1,28571	1,000
		offender	-7,09226(*)	,048
		vittime	-1,90476	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-8,37798(*)	,012
		vittime	-3,19048	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	5,18750

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Offender sono significativamente più alti dei controlli M e F, ma sono uguali alle vittime. Nessuna differenza tra vittime e controlli Me F, né tra i controlli M e F.

**Tabella 73. esclusione\_sociale**

<b>Gruppo</b>		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
	controllo_M	20 (95,2%)	1 (4,8%)
	controllo_F	20 (95,2%)	1 (4,8%)
	offender	12 (75,0%)	4 (25,0%)
	vittime	14 (87,5%)	2 (12,5%)

$\chi^2 = 4,982$  p ,173

Associazione tra gruppo di appartenenza ed esclusione sociale **non significativa**: i punteggi si distribuiscono in maniera equivalente tra i gruppi.

**Tabella 74. inadeguatezza\_vergogna**

<b>: punteggi, ANOVA tra gruppi</b>		$F_{[3;70]} = 5,551$ p ,002 , $\eta^2 = ,192$		
		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	,80952	1,000
		offender	-8,06250(*)	,037
		vittime	-7,56250	,060
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-8,87202(*)	,017
		vittime	-8,37202(*)	,027
		offender <i>versus</i>	vittime	,50000

Differenza tra gruppi significativa. Offender e vittime sono entrambi significativamente più alti dei controlli M (per le vittime la differenza è a soglia) e dei controlli F, e sono uguali tra loro. Nessuna differenza tra controlli M e F.

**Tabella 75. inadeguatezza\_vergogna**

<b>Gruppo</b>		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
	controllo_M	21	0
	controllo_F	21	0
	offender	13 (81,3%)	3 (18,8%)
	vittime	12 (75,0%)	4 (25,0%)

$\chi^2 = 10,512$  p ,015

Associazione tra gruppo di appartenenza e inadeguatezza - vergogna significativa. In offender e vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F.

**Tabella 76. fallimento: punteggi**

, ANOVA tra gruppi			$F_{[3;70]} = 2,500$ p ,067 , $\eta^2 = ,097$	
			<u>Differenza fra medie</u>	<u>Sig.</u>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-2,14286	1,000
		offender	-4,66369	,097
		vittime	-3,97619	,235
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-2,52083	1,000
		vittime	-1,83333	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	,68750

Nessuna differenza significativa a seconda dell'appartenenza al gruppo. I gruppi non sono significativamente differenti tra loro.

**Tabella 77. Fallimento**

Gruppo	n.d.s.		Patologia
	controllo_M	21	0
controllo_F	20 (95,2%)	1 (4,8%)	
offender	15 (93,8%)	1 (6,3%)	
vittime	13 (81,3%)	3 (18,8%)	

$\chi^2 = 5,314$  p ,150

Associazione tra gruppo di appartenenza e fallimento **non significativa**: i punteggi si distribuiscono in maniera equivalente tra i gruppi.

**Tabella 78. Dipendenza incompetenza: punteggi**

, ANOVA tra gruppi			$F_{[3;70]} = 4,679$ p ,005 , $\eta^2 = ,167$	
			<u>Differenza fra medie</u>	<u>Sig.</u>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	,38095	1,000
		offender	-11,60417	,057
		vittime	-11,04167	,080
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-11,98512(*)	,045
		vittime	-11,42262	,064
		offender <i>versus</i>	vittime	,56250

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Offender sono significativamente più alti dei controlli M (a soglia) e F, ma sono uguali alle vittime. Vittime significativamente (a soglia) dei soli controlli F. Nessuna differenza tra offender e vittime, né tra i controlli M e F.

**Tabella 79. dipendenza\_incompetenza**

Gruppo	n.d.s.		Patologia
	controllo_M	21	0
controllo_F	21	0	
offender	12 (75,0%)	4 (25,0%)	
vittime	10 (62,5%)	6 (37,5%)	

$\chi^2 = 16,245$  p ,001

Associazione tra gruppo di appartenenza e dipendenza-incompetenza significativa. In offender e vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F.

**Tabella 80. vulnerabilità: punteggi**

<b>ANOVA tra gruppi</b>		$F_{[3,70]} = 4,346$ p ,007 , $\eta^2 = ,157$		
		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-2,33333	1,000
		offender	-10,68750(*)	,017
		vittime	-8,75000	,082
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-8,35417	,110
		vittime	-6,41667	,406
		offender <i>versus</i>	vittime	1,93750

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Sola differenza significativa tra offender (più alti) e controlli M. Nessuna differenza tra offender e vittime, né tra i controlli M e F, né tra vittime e controlli M e F.

**Tabella 81. Vulnerabilità**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>	controllo_M	21	0
	controllo_F	18 (85,7%)	3 (14,3%)
	offender	12 (75,0%)	4 (25,0%)
	vittime	10 (62,5%)	6 (37,5%)
$\chi^2 = 9,632$ p ,022			

Associazione tra gruppo di appartenenza e vulnerabilità significativa. In offender e vittime (soprattutto) tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F.

**Tabella 82. punteggi, invischiamento**

<b>ANOVA tra gruppi</b>		$F_{[3,70]} = 4,810$ p ,004 , $\eta^2 = ,171$		
		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-2,33333	1,000
		offender	-12,72619(*)	,003
		vittime	-4,16369	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-10,39286(*)	,025
		vittime	-1,83036	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	8,56250

Differenza tra gruppi significativa. Offender sono significativamente più alti dei controlli M e F, ma sono uguali alle vittime. Nessuna differenza né tra i controlli M e F, né tra vittime e controlli M e F.

**Tabella 83. Invischiamento**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>	controllo_M	19 (90,5%)	2 (9,5%)
	controllo_F	18 (85,7%)	3 (14,3%)
	Offender	9 (56,3%)	7 (43,8%)
	vittime	13 (81,3%)	3 (18,8%)
$\chi^2 = 7,447$ p ,059			

Associazione tra gruppo di appartenenza ed invischiamento solo a soglia significativa e debole. In offender tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F così come rispetto alle vittime.

**Tabella 84. sottomissione: punteggi**

ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]} = 4,339$ p ,007 , $\eta^2 = ,157$		
		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-,71429	1,000
		offender	-6,00298	,103
		vittime	-7,12798(*)	,030
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-5,28869	,210
		vittime	-6,41369	,067
		offender <i>versus</i>	vittime	-1,12500

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Le vittime sono significativamente più alti dei controlli M e F (a soglia), ma sono uguali agli offender. Nessuna differenza tra i controlli M e F, né tra offender e controlli M e F.

**Tabella 85. Diagnosi Sottomissione**

Gruppo	n.d.s.		Patologia
	controllo_M	20 (95,2%)	1 (4,8%)
controllo_F	20 (95,2%)	1 (4,8%)	
offender	14 (87,5%)	2 (12,5%)	
vittime	10 (62,5%)	6 (37,5%)	

$\chi^2 = 10,643$  p ,014

Associazione tra gruppo di appartenenza e sottomissione significativa. In vittime ci sono più soggetti con punteggi patologici rispetto a quanti riscontrati tra controlli M, controlli F e offender (nonostante siano comunque una minoranza nel gruppo).

**Tabella 86. autosacrificio: punteggi**

ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]} = 1,454$ p ,234 , $\eta^2 = ,059$		
		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-8,61905	1,000
		offender	-10,31548	,934
		vittime	-14,19048	,035
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-1,69643	1,000
		vittime	-5,57143	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	-3,87500

Differenza tra gruppi complessivamente non significativa. Unica differenza tra livelli: vittime sono significativamente più alte dei controlli M. Nessuna differenza tra offender e vittime, né tra i controlli M e F, né tra vittime e controlli F.

**Tabella 87. Diagnosi Autosacrificio**

Gruppo	n.d.s.		Patologia
	controllo_M	9 (42,9%)	12 (57,1%)
controllo_F	6 (28,6%)	15 (71,4%)	
offender	9 (56,3%)	7 (43,8%)	
vittime	2 (12,5%)	14 (87,5%)	

$\chi^2 = 7,673$  p ,053

Associazione tra gruppo di appartenenza e sfiducia-abuso significativa anche se debole. In controlli M, controlli F (più che nei controlli M) e vittime (più che in tutti gli altri gruppi) prevalgono i punteggi patologici, mentre in offender tendono a prevalere i soggetti con punteggi non patologici.

**Tabella 88. Ricerca d'approvazione: punteggi**

ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]} = 4,162$ p ,009 , $\eta^2 = ,151$		
		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	-1,95238	1,000
		offender	-12,79167(*)	,025
		vittime	-10,29167	,120
	controllo_F versus	offender	-10,83929	,087
		vittime	-8,33929	,346
		offender versus	vittime	2,50000

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Offender sono significativamente più alti dei soli controlli M. Nessuna differenza tra offender e vittime, né tra i controlli M e F, né tra vittime e controlli M e F

**Tabella 89. Ricerca d'approvazione**

Gruppo	n.d.s.		Patologia	
	controllo_M	19 (90,5%)	2 (9,5%)	
controllo_F	19 (90,5%)	2 (9,5%)		
offender	8 (50,0%)	8 (50,0%)		
vittime	10 (62,5%)	6 (37,5%)		

$\chi^2 = 12,237$  p ,007

Associazione tra gruppo di appartenenza e ricerca di approvazione significativa. In offender (soprattutto) e vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F.

**Tabella 90. punteggi, pretese grandiosità**

ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]} = 1,350$ p ,265 , $\eta^2 = ,055$		
		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	2,23810	1,000
		offender	-4,22024	1,000
		vittime	1,71726	1,000
	controllo_F versus	offender	-6,45833	,391
		vittime	-,52083	1,000
		offender versus	vittime	5,93750

Differenza tra gruppi non significativa. Nessuna differenza a coppie tra i gruppi.

**Tabella 91. Pretese grandiosità**

Gruppo	Alto	Molto alto	n.d.s.	Patologia
	controllo_M	1 (4,8%)	1 (4,8%)	14 (66,7%)
controllo_F	0	0	16 (76,2%)	5 (23,8%)
offender	0	0	8 (50,0%)	8 (50,0%)
vittime	0	0	11 (68,8%)	5 (31,3%)

$\chi^2 = 8,572$  p ,478

Associazione tra gruppo di appartenenza e pretese di grandiosità **non significativa**: i punteggi si distribuiscono in maniera equivalente tra i gruppi, nonostante un'apparente prevalenza di punteggi patologici tra gli offender.

I punteggi allo schema "Autocontrollo" non registra una differenza significativa tra gruppi ( $F_{[3;70]} = 2,093$  p ,109 ,  $\eta^2 = ,082$ ) (Tabella 92). Nessuna differenza a coppie tra i gruppi. Anche nell'analisi delle Diagnosi i punteggi si distribuiscono in maniera equivalente tra i gruppi ( $\chi^2 = 6,939$  p ,074) (Tabella 93)

**Tabella 92. punteggi, autocontrollo**

			<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	3,57143	1,000
		offender	-8,22917	,548
		vittime	-2,29167	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-11,80060	,100
		vittime	-5,86310	1,000
	offender <i>versus</i>	vittime	5,93750	1,000

**Tabella. 93. Autocontrollo**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>	controllo_M	18 (85,7%)	3 (14,3%)
	controllo_F	20 (95,2%)	1 (4,8%)
	Offender	10 (62,5%)	6 (37,5%)
	vittime	13 (81,3%)	3 (18,8%)
$\chi^2 = 6,939$ p ,074			

**Tabella 94. punteggi, inibizione emotiva**

<b>ANOVA tra gruppi</b>		<b>F<sub>[3;70]</sub> = 5,491 p ,002 , <math>\eta^2 = ,191</math></b>		
			<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	2,00000	1,000
		offender	-10,06548(*)	,012
		vittime	-3,25298	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-12,06548(*)	,002
		vittime	-5,25298	,595
	offender <i>versus</i>	vittime	6,81250	,275

Differenza tra gruppi significativa. Offender sono significativamente più alti dei controlli M e F, ma sono uguali alle vittime. Nessuna differenza né tra i controlli M e F, né tra vittime e controlli M e F.

**Tavola 95. Inibizione emotiva**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>	controllo_M	18 (85,7%)	3 (14,3%)
	controllo_F	20 (95,2%)	1 (4,8%)
	Offender	9 (56,3%)	7 (43,8%)
	vittime	13 (81,3%)	3 (18,8%)

$$\chi^2 = 9,469 \text{ p ,024}$$

Associazione tra gruppo di appartenenza e inibizione emotiva significativa. In offender (soprattutto) e vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F.

**Tabella 96. Negatività pessimismo: punteggi**

ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]}= 2,003 p ,121 , \eta^2=,079$		
		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	-2,04762	1,000
		offender	-7,98214	,213
		vittime	-6,41964	,534
	controllo_F versus	offender	-5,93452	,693
		vittime	-4,37202	1,000
		offender versus	vittime	1,56250

Differenza tra gruppi **non significativa**. Nessuna differenza a coppie tra i gruppi.

**Tabella 97. Negatività pessimismo**

Gruppo	Negatività pessimismo		
	Alto	n.d.s.	Patologia
controllo_M	1 (4,8%)	16 (76,2%)	4 (19,0%)
controllo_F	0	18 (85,7%)	3 (14,3%)
offender	0	8 (50,0%)	8 (50,0%)
vittime	0	9 (56,3%)	7 (43,8%)

$\chi^2= 10,508 p ,105$

Associazione tra gruppo di appartenenza e negatività-pessimismo **non significativa**: i punteggi si distribuiscono in maniera equivalente tra i gruppi, nonostante un'apparente prevalenza di punteggi patologici in offender (soprattutto) e vittime.

L'analisi dei punteggi medi allo schema **Punizione** ( $F_{[3;70]}= 14,003 p ,000 , \eta^2=,375$ ) (Tabella 98) dei gruppi rileva una differenza significativa, di forte intensità, tra il gruppo degli offender che presenta valori più dei gruppi di controllo maschile e femminile, così come anche del gruppo delle vittime. Nessuna differenza né tra i controlli M e F, né tra vittime e controlli M e F. Allo stesso modo dall'analisi delle diagnosi, si rileva che nel gruppo degli offender ( $\chi^2= 26,542 p ,000$ ) tendono a prevalere di gran lunga i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F così come alle vittime (Tabella 99).

**Tabella 98 . Punteggi "Punizione"**

		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	-2,23810	1,000
		offender	-21,41964(*)	,000
		vittime	-4,54464	1,000
	controllo_F versus	offender	-19,18155(*)	,000
		vittime	-2,30655	1,000
		offender versus	vittime	16,87500(*)

**Tabella 99. Punizione, diagnosi**

Gruppo	Diagnosi	
	n.d.s.	Patologia
controllo_M	19 (90,5%)	2 (9,5%)
controllo_F	19 (90,5%)	2 (9,5%)
Offender	4 (25,0%)	12 (75,0%)
vittime	13 (81,3%)	3 (18,8%)

$\chi^2= 26,542 p ,000$

Per il mode “**Standard Elevati**” la differenza tra gruppi non è significativa. Inoltre la frequenza delle diagnodi si distribuiscono in maniera equivalente tra i gruppi.

**Tabella 100. standard\_elevati: punteggi**

ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]} = 2,371$ p ,078 , $\eta^2 = ,092$	
		Differenza fra medie	Sig.
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	1,00000
		offender	-10,69940
		vittime	-1,76190
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-11,69940
		vittime	-2,76190
		offender <i>versus</i>	vittime
Differenza tra gruppi non significativa. Nessuna differenza a coppie tra i gruppi.			
<b>Tabella 101. Standard elevati</b>			
Gruppo	n.d.s.		Patologia
	controllo_M	9 (42,9%)	12 (57,1%)
	controllo_F	12 (57,1%)	9 (42,9%)
	Offender	5 (31,3%)	11 (68,8%)
	vittime	7 (43,8%)	9 (56,3%)
$\chi^2 = 2,522$ p ,471			

### 3.5.6 6)SMI

**Tabella 102. Medie e deviazioni standard dei punteggi alle Scale del Test SMI**

gruppo		Bambino vulnerabile	Bambino arrabbiato	Bambino furioso	Bambino impulsivo	Bambino indisciplinato	Bambino felice	Adulto sano
controllo_M	Media	1.45	2.01	1.37	1.92	2.13	3.11	3.07
	ds	.59	1.18	.48	.77	.86	.74	1.06
controllo_F	Media	1.71	2.11	1.48	2.27	2.02	3.21	3.09
	ds	.66	.59	.61	.81	.69	.91	.77
offender	Media	2.76	3.16	2.09	2.83	2.75	2.66	2.14
	ds.	1.29	1.05	1.08	1.14	.89	.94	.45
vittime	Media	2.93	2.70	1.84	2.46	2.95	3.57	3.13
	ds	.99	.76	.73	.77	.95	.74	.71
gruppo		sottomesso compiac.	protettore distaccato	consolat. distaccato	autoesaltatore	prepotente e violento	genitore punitivo	genitore esigente
controllo_M	Media	1.97	1.71	2.15	2.47	1.95	1.42	2.47
	ds	.64	.71	.91	.93	.66	.47	.90335
controllo_F	Media	2.09	1.52	2.14	2.29	1.88	1.49	2.95
	ds	.69	.59	.63	.86	.61	.45	.95014
offender	Media	2.75	2.59	4.22	2.83	2.45	2.26	3.92
	ds.	.82	1.29	.98	.96	.87	.86	.74
vittime	Media	2.72	2.38	3.06	2.57	2.19	2.03	3.36
	ds	.87	.91	.73	.53	.62	.59	.79

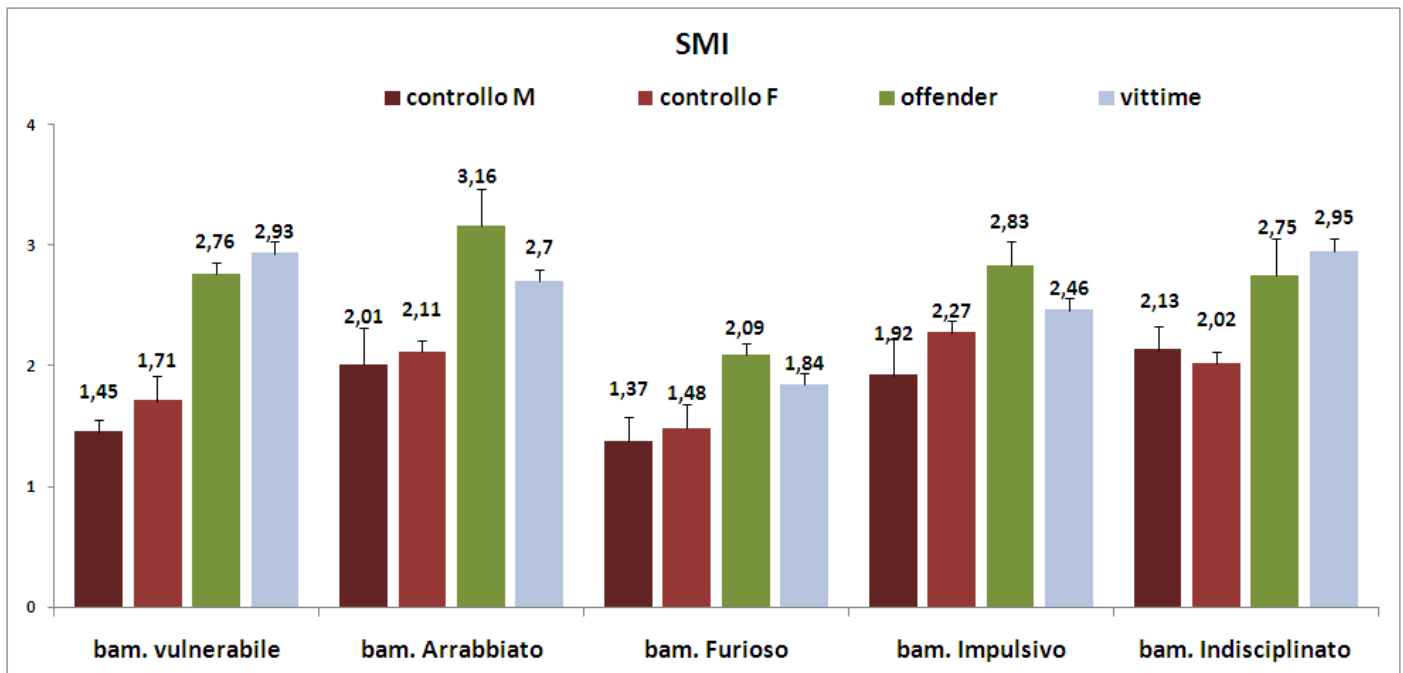


Grafico 10. Scale Mode “Bambino

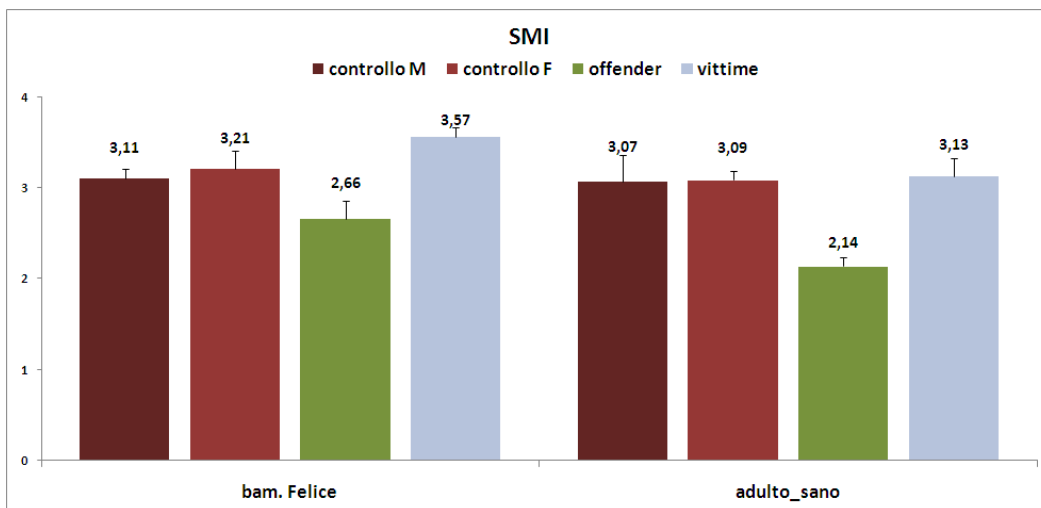


Grafico 11. Mode sani

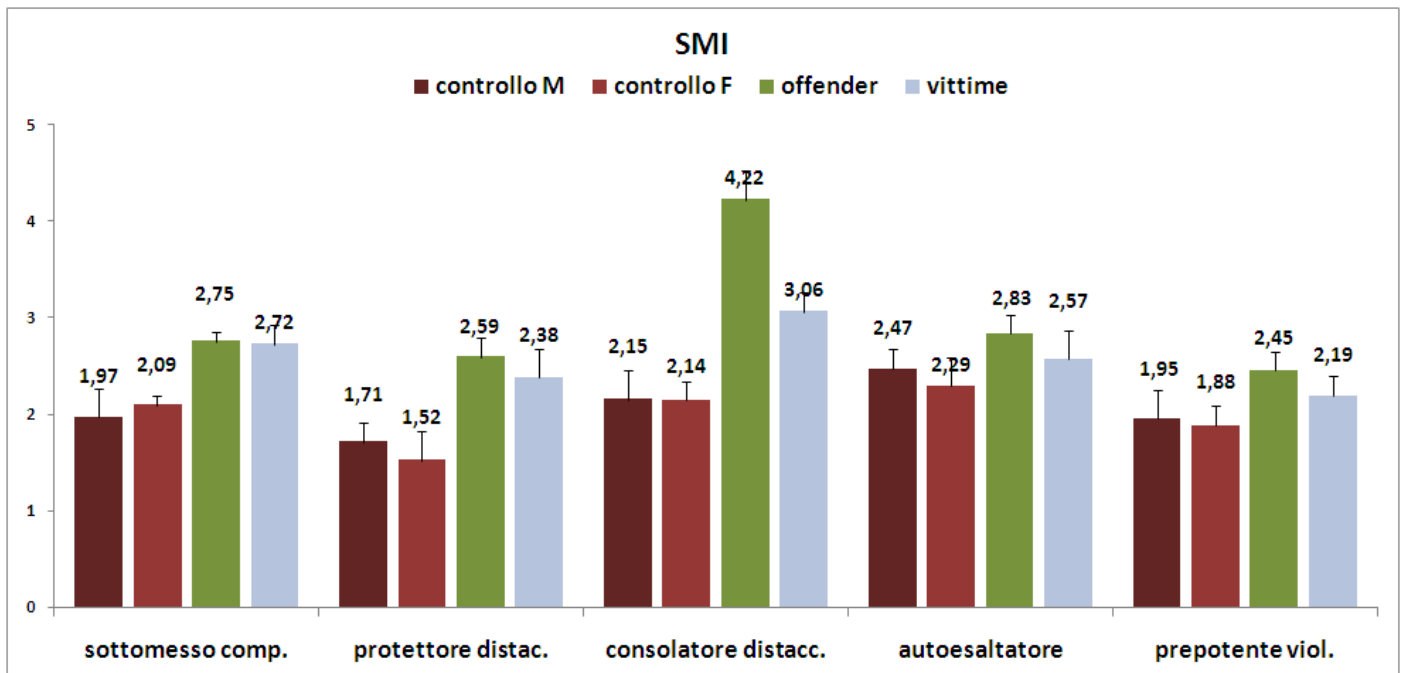
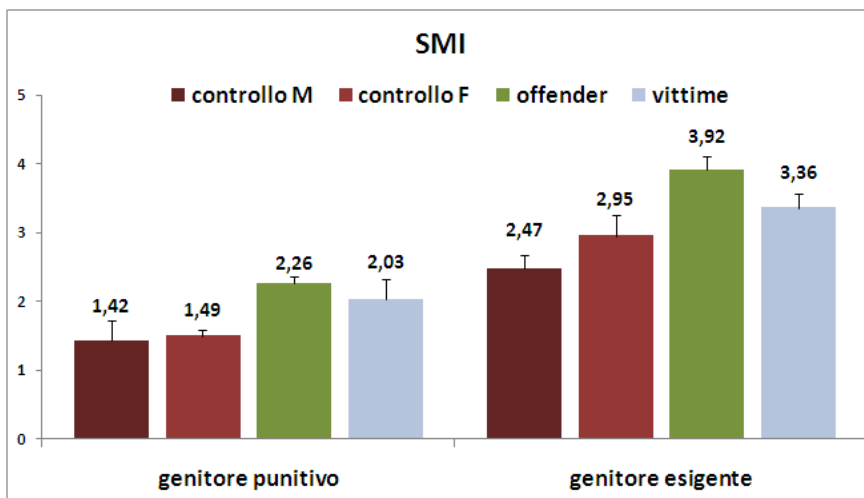


Grafico 12. Mode di Coping Maladattivi



Grafica 13. Mode Genitore

Differenza tra gruppi significativa e intensa. Le vittime e gli offender presentano entrambi punteggi del mode **bambino vulnerabile** ( $F_{(3;70)} = 12,538$   $p < ,000$ ,  $\eta^2 = ,350$ ) significativamente più alti sia dei controlli M sia dei controlli F (Tabella ). Associazione tra gruppo di appartenenza e bambino vulnerabile ( $\chi^2 = 23,006$   $p < ,000$ ) significativa. In offender e vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F (Tabella ).

**Tabella 103. Punteggi Mode Bambino Vulnerabile**

		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-,26143	1,000
		offender	-1,30815(*)	,000
		vittime	-1,47690(*)	,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-1,04673(*)	,004
		vittime	-1,21548(*)	,001
		offender <i>versus</i>	vittime	-,16875

**Tabella 104. Patologia Mode Bambino Vulnerabile**

		n.d.s.	Patologia
<b>Gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	17 (81,0%)	4 (19,0%)
	<b>controllo_F</b>	15 (71,4%)	6 (28,6%)
	<b>Offender</b>	5 (31,3%)	11 (68,8%)
	<b>vittime</b>	2 (12,5%)	14 (87,5%)
		$\chi^2 = 23,006$ p ,000	

Differenza tra gruppi significativa e di discreta entità.. Gli offender presentano punteggi al mode **bambino arrabbiato** ( $F_{[3;70]} = 6,076$  p ,001,  $\eta^2 = ,207$ ) significativamente più alti dei controlli M e F, ma sono uguali alle vittime (Tabella ). Nei gruppi offender e vittime tendono a prevalere ( $\chi^2 = 15,843$  p ,001) i soggetti con punteggi patologici al mode bambino arrabbiato, rispetto ai controlli M e F (Tabella106).

**Tabella 105. Punteggi Bambino arrabbiato**

		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-,08571	1,000
		offender	-1,14673(*)	,002
		vittime	-,69048	,168
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-1,06101(*)	,006
		vittime	-,60476	,320
		offender <i>versus</i>	vittime	,45625

**Tabella 106. Patologia Bambino arrabbiato**

		n.d.s.	Patologia
<b>Gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	15 (71,4%)	6 (28,6%)
	<b>controllo_F</b>	11 (52,4%)	10 (47,6%)
	<b>Offender</b>	2 (12,5%)	14 (87,5%)
	<b>Vittime</b>	4 (25,0%)	12 (75,0%)
		$\chi^2 = 15,843$ p ,001	

Gli offender ( $F_{[3;70]} = 3,690$  p ,016,  $\eta^2 = ,137$ ) presentano punteggi al **mode bambino furioso** significativamente più alti dei soli controlli M. In offender e vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F.

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Gli offender sono significativamente più alti dei soli controlli M. Nessuna differenza tra i controlli M e F, né tra vittime e offender, né tra vittime e controlli M e F.

**Tabella 107. Mode Bambino Furioso**

bambino_furioso: punteggi, ANOVA tra gruppi				
		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-,11286	1,000
		offender	-,72348(*)	,024
		vittime	-,47223	,339
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-,61063	,087
		vittime	-,35938	,867
		offender <i>versus</i>	vittime	,25125

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Gli offender sono significativamente più alti dei soli controlli M. Nessuna differenza tra i controlli M e F, né tra vittime e offender, né tra vittime e controlli M e F.

**Tabella 108. bambino\_furioso**

Gruppo	n.d.s.		Patologia
	controllo_M	15 (71,4%)	6 (28,6%)
controllo_F	17 (81,0%)	4 (19,0%)	
Offender	4 (25,0%)	12 (75,0%)	
Vittime	7 (43,8%)	9 (56,3%)	

$\chi^2 = 14,593$  p ,002

Associazione tra gruppo di appartenenza e bambino furioso significativa. In offender e vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F.

**Tabella 109. bambino\_impulsivo: punteggi**

ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]} = 3,424$ p ,022, $\eta^2 = ,128$		
		Differenza fra medie	Sig.	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-,34048	1,000
		offender	-,90524(*)	,015
		vittime	-,53774	,405
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-,56476	,330
		vittime	-,19726	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	,36750

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Gli offender sono significativamente più alti dei soli controlli M. Nessuna differenza tra i controlli M e F, né tra vittime e offender, né tra vittime e controlli M e F.

**Tabella 110. bambino\_impulsivo**

Gruppo	n.d.s.		Patologia
	controllo_M	15 (71,4%)	6 (28,6%)
controllo_F	15 (71,4%)	6 (28,6%)	
Offender	9 (56,3%)	7 (43,8%)	
Vittime	11 (68,8%)	5 (31,3%)	

$\chi^2 = 1,231$  p ,746

Associazione tra gruppo di appartenenza e bambino impulsivo **non significativa**: i punteggi si distribuiscono in maniera equivalente tra i gruppi-

Differenza tra gruppi significativa ma debole. Le vittime sono significativamente più alte dei controlli M e dei controlli F per ciò che riguarda il mode Bambino indisciplinato ( $F_{[3;70]}= 5,303$  p ,002,  $\eta^2=,185$ ); gli offender sono (solamente a soglia) più alti dei soli controlli femminili (Tabella 111 ). Nessuna differenza tra i controlli M e F, né tra vittime e offender. Nel gruppo delle vittime ( $\chi^2= 19,557$  p ,000) tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F, e in minor misura anche rispetto agli offender (Tabella 112 ).

**Tabella 111. bambino\_indisciplinato: punteggi**

ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]}= 5,303$ p ,002, $\eta^2=,185$		
		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	,11429	1,000
		offender	-,61667	,186
		vittime	-,81667(*)	,029
	controllo_F versus	offender	-,73095	,066
		vittime	-,93095(*)	,008
		offender versus	vittime	-,20000
Differenza tra gruppi significativa ma debole. Le vittime sono significativamente più alte dei controlli M e dei controlli F; gli offender sono (solamente a soglia) più alti dei soli controlli F. Nessuna differenza tra i controlli M e F, né tra vittime e offender.				
Tabella 112. Bambino indisciplinato				
Gruppo		n.d.s.	Patologia	
	controllo_M	17 (81,0%)	4 (19,0%)	
	controllo_F	20 (95,2%)	1 (4,8%)	
	Offender	11 (68,8%)	5 (31,3%)	
	vittime	5 (31,3%)	11 (68,8%)	
$\chi^2= 19,557$ p ,000				
Associazione tra gruppo di appartenenza e bambino indisciplinato significativa. In vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F, e in minor misura anche rispetto agli offender.				

**Tabella 113. Bambino felice: punteggi**

ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]}= 3,209$ p ,028, $\eta^2=,121$		
		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	-,10476	1,000
		offender	,44226	,691
		vittime	-,46399	,592
	controllo_F versus	offender	,54702	,314
		vittime	-,35923	1,000
		offender versus	vittime	-,90625(*)
Differenza tra gruppi significativa ma molto debole. Le vittime sono significativamente più alte dei soli offender. Nessuna differenza tra i controlli M e F, né tra offender e controlli, sia M sia F.				

<b>Tabella 114. Bambino felice, etichetta</b>			
	<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>	
<b>Gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	7 (33,3%)	14 (66,7%)
	<b>controllo_F</b>	6 (28,6%)	15 (71,4%)
	<b>Offender</b>	3 (18,8%)	13 (81,3%)
	<b>vittime</b>	9 (56,3%)	7 (43,8%)
$\chi^2 = 5,483$ p ,140			
Associazione tra gruppo di appartenenza e bambino felice <b>non significativa</b> : i punteggi si distribuiscono in maniera equivalente tra i gruppi, nonostante tra le vittime i punteggi patologici siano la minoranza, a differenza degli altri gruppi.			

Per ciò che riguarda l'**adulto sano** ( $F_{[3;70]} = 5,978$  p ,001,  $\eta^2 = ,204$ ) la differenza tra gruppi è significativa e di discreta intensità. I gruppi di controllo maschile e femminile sono significativamente più alti degli offender, ma non delle vittime; inoltre, anche le vittime sono significativamente più alte degli offender. (Tabella 115)

Tutti gli offender ( $\chi^2 = 13,917$  p ,003) e la (ristretta) maggioranza del gruppo maschile di controllo vedono punteggi patologici, a differenza dei controlli F e delle vittime. (Tabella 116)

<b>Tabella 115. Adulto sano: punteggi</b>				
		<b>Differenza fra medie</b>		
			<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-,01905	1,000
		offender	,93393(*)	,005
		vittime	-,05982	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	,95298(*)	,004
		vittime	-,04077	1,000
		offender <i>versus</i>	vittime	-,99375(*)
Differenza tra gruppi significativa e di discreta intensità. I controlli M e F sono significativamente più alti degli offender, ma non delle vittime; inoltre, anche le vittime sono significativamente più alte degli offender. Nessuna differenza tra i controlli M e F.				

<b>Tabella 116. adulto_sano</b>			
	<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>	
<b>Gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	9 (42,9%)	12 (57,1%)
	<b>controllo_F</b>	11 (52,4%)	10 (47,6%)
	<b>Offender</b>	0	16
	<b>vittime</b>	9 (56,3%)	7 (43,8%)
$\chi^2 = 13,917$ p ,003			
Associazione tra gruppo di appartenenza e adulto sano significativa. Tutti gli offender e la (ristretta) maggioranza dei controlli M vedono punteggi patologici, a differenza dei controlli F e delle vittime.			

I punteggi degli offender sono significativamente più alti dei controlli M e (solo a soglia) dei controlli F. Le vittime sono significativamente più alte dei controlli M, ma non pienamente dei controlli femminili. Nessuna differenza tra i controlli M e F, né tra vittime e offender. (Tabella 117).

L'associazione tra gruppo di appartenenza e **sottomesso – compiacente** significativa ( $\chi^2 = 10,643$  p ,014.) Nel gruppo offender e nel gruppo vittime tendono a prevalere i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F (Tabella 118)

**Tabella 117. Punteggio mode sottomesso e compiacente**

sottomesso_compiacente: punteggi, ANOVA tra gruppi		$F_{[3;70]} = 5,409$ p ,002, $\eta^2 = ,188$		
		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	-,12190	1,000
		offender	-,77604(*)	,016
		vittime	-,74979(*)	,021
	controllo_F versus	offender	-,65414	,063
		vittime	-,62789	,083
		offender versus	vittime	,02625

**Tabella 118. Patologia mode sottomesso\_compiacente**

		n.d.s.	Patologia
Gruppo	controllo_M	20 (95,2%)	1 (4,8%)
	controllo_F	18 (85,7%)	3 (14,3%)
	Offender	10 (62,5%)	6 (37,5%)
	vittime	9 (56,3%)	7 (43,8%)
		$\chi^2 = 10,643$ p ,014	

I punteggi del mode “**protettore distaccato**” ( $F_{[3;70]} = 6,214$  p ,001,  $\eta^2 = ,210$ ) negli offender e nelle vittime tendono a prevalere quelli dei gruppi di controllo maschile e femminile (Tabella ). Associazione tra gruppo di appartenenza e protettore distaccato è significativa  $\chi^2 = 17,501$  p ,008 ) (Tabella ).

**Tabella 119. Punteggi mode protettore distaccato**

		Differenza fra medie	Sig.	
Test post hoc Bonferroni	controllo_M versus	controllo_F	,18476	1,000
		offender	-,88908(*)	,020
		vittime	-,66658	,155
	controllo_F versus	offender	-1,07384(*)	,003
		vittime	-,85134(*)	,029
		offender versus	vittime	,22250

**Tabella 120. Patologia mode protettore distaccato**

		n.d.s.	Patologia
Gruppo	controllo_M	16 (76,2%)	5 (23,8%)
	controllo_F	18 (85,7%)	3 (14,3%)
	Offender	6 (37,5%)	10 (62,5%)
	vittime	7 (43,8%)	9 (56,3%)
		$\chi^2 = 17,501$ p ,008	

Differenza tra gruppi significativa e di intensità molto forte. I punteggi degli offender sono significativamente ( $F_{[3;70]} = 25,484$  p ,000,  $\eta^2 = ,522$ ) più alti di tutti gli altri gruppi: controlli maschile, controlli femminile e vittime. A loro volta, le vittime sono significativamente più alte tanto dei controlli M quanto dei controlli femminili

(Tabella ). Nessuna differenza tra i controlli Maschile e femminile. Associazione tra gruppo di appartenenza e consolatore distaccato significativa. Tutti gli offender e la maggioranza delle vittime vedono punteggi patologici del consolatore distaccato ( $\chi^2=25,059$  p ,000), a differenza dei controlli maschile e femminile (Tabella )

**Tabella 121. Punteggi Consolatore Distaccato**

<b>consolatore_distaccato: punteggi, ANOVA tra gruppi</b>		<b>F<sub>[3;70]</sub>= 25,484 p ,000, <math>\eta^2=,522</math></b>		
		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	,01190	1,000
		offender	-2,06399(*)	,000
		vittime	-,90774(*)	,008
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-2,07589(*)	,000
		vittime	-,91964(*)	,007
	offender <i>versus</i>	vittime	1,15625(*)	,001

**Tabella 122. consolatore\_distaccato**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	14 (66,7%)	7 (33,3%)
	<b>controllo_F</b>	16 (76,2%)	5 (23,8%)
	<b>Offender</b>	0	16
	<b>vittime</b>	6 (37,5%)	10 (62,5%)
		$\chi^2= 25,059$ p ,000	

Differenza tra gruppi non significativa e associazione tra gruppo di appartenenza al mode autoesaltatore non significativa.

**Tabella 123. Punteggi Mode Autoesaltatore**

		<b>F<sub>[3;70]</sub>= 1,255 p ,297, <math>\eta^2=,051</math></b>		
		<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>	
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	,17619	1,000
		offender	-,35833	1,000
		vittime	-,10208	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-,53452	,365
		vittime	-,27827	1,000
	offender <i>versus</i>	vittime	,25625	1,000

**Tabella 124. Patologia Mode Autoesaltatore**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	16 (76.2%)	5 (23.8%)
	<b>controllo_F</b>	16 (76.2%)	5 (23.8%)
	<b>Offender</b>	8 (50,0%)	8 (50,0%)
	<b>vittime</b>	13 (81,3%)	3 (18,8%)
		$\chi^2= 4,841$ p ,184	

Differenza tra gruppi non pienamente significativa ( $F_{[3;70]}= 2,503$   $p$  ,066,  $\eta^2=,097$ ) l'appartenenza all'uno o all'altro gruppo non determina differenze nei punteggi dei quattro campioni. I punteggi si distribuiscono in maniera equivalente

**Tabella 125. Prepotente Violento.**

			<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	,07381	1,000
		offender	-,49420	,202
		vittime	-,24295	1,000
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-,56801	,091
		vittime	-,31676	1,000
	offender <i>versus</i>	vittime	,25125	1,000

**Tabella 126. Patologia mode prepotente violento**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>	controllo_M	16 (76,2%)	5 (23,8%)
	controllo_F	15 (71,4%)	6 (28,6%)
	Offender	7 (43,8%)	9 (56,3%)
	vittime	12 (75,0%)	4 (25,0%)
$\chi^2= 12,375$ $p$ ,006= 5,401 $p$ ,145			

Differenza tra gruppi significativa e di intensità piuttosto forte. I punteggi del Genitore Punitivo ( $F_{[3;70]}= 8,521$   $p$  ,000,  $\eta^2=,268$ ), tanto per gli offender quanto per le vittime sono significativamente più alti dei controlli M e dei controlli F.

Nessuna differenza tra i controlli M e F, né tra vittime e offender.

Associazione tra gruppo di appartenenza e genitore punitivo significativa. In offender e vittime tendono a prevalere ( $\chi^2= 18,263$   $p$  ,000) i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli M e F.

**Tabella 127. Punteggi Genitore Punitivo**

			<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	controllo_M <i>versus</i>	controllo_F	-,07143	1,000
		offender	-,83720(*)	,000
		vittime	-,61220(*)	,017
	controllo_F <i>versus</i>	offender	-,76577(*)	,001
		vittime	-,54077(*)	,047
	offender <i>versus</i>	vittime	,22500	1,000

**Tabella 128. Patologia genitore\_punitivo**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>	controllo_M	19 (90,5%)	2 (9,5%)
	controllo_F	15 (71,4%)	6 (28,6%)
	Offender	5 (31,3%)	11 (68,8%)
	vittime	6 (37,5%)	10 (62,5%)
$\chi^2= 18,263$ $p$ ,000			

Differenza tra gruppi significativa e di intensità piuttosto forte. Tanto gli offender quanto le vittime presentano punteggi al “**Genitore esigente**” ( $F_{[3;70]} = 9,205$   $p = ,000$ ,  $\eta^2 = ,283$ ) significativamente più alti dei gruppi di controllo maschile, ma i punteggi degli offender sono più alti anche del gruppo di controllo femminile, mentre le vittime sono uguali ai controlli F. Nessuna differenza tra i controlli M e F, né tra vittime e offender.

Associazione tra gruppo di appartenenza e genitore esigente significativa. Nel gruppo offender tendono a prevalere ( $\chi^2 = 12,375$   $p = ,006$ ) i soggetti con punteggi patologici, rispetto a vittime, i controlli M e F (le distribuzioni di punteggi di vittime e controlli F tendono a essere più simili tra loro e diverse da quelle dei controlli M). (Tabella 130)

**Tabella 129. Punteggio Genitore Esigente**

			<b>Differenza fra medie</b>	<b>Sig.</b>
<b>Test post hoc Bonferroni</b>	<i>controllo_M versus</i>	<i>controllo_F</i>	-,48238	,447
		<i>offender</i>	-1,44923(*)	,000
		<i>vittime</i>	-,88735(*)	,017
	<i>controllo_F versus</i>	<i>offender</i>	-,96685(*)	,007
		<i>vittime</i>	-,40497	,971
	<i>offender versus</i>	<i>vittime</i>	,56188	,419

**Tabella 130. Diagnosi Genitore Esigente**

		<b>n.d.s.</b>	<b>Patologia</b>
<b>Gruppo</b>	<b>controllo_M</b>	18 (85,7%)	3 (14,3%)
	<b>controllo_F</b>	15 (71,4%)	6 (28,6%)
	<b>Offender</b>	5 (31,3%)	11 (68,8%)
	<b>vittime</b>	10 (62,5%)	6 (37,5%)
		$\chi^2 = 12,375$ $p = ,006$	

# **CAPITOLO IV**

## **DISCUSSIONE**

## 4.1 DISCUSSIONE dei RISULTATI

L'obiettivo principale del presente studio è quello di mettere in luce eventuali elementi predittivi relativi alla personalità degli offender e delle vittime, al fine di sviluppare protocolli d'intervento terapeutico, maggiormente aderenti alla reale fenomenologia della violenza intima/domestica.

Gli aspetti della personalità su cui si è focalizzato lo studio sono il livello empatico, lo stile d'attaccamento, il grado di dipendenza "all'amore" (Love Addiction), il quadro psicopatologico e gli Stati Mentali, rilevabili in Schemi e Mode maladattivi.

Per quanto attiene alle differenze del livello di **Empatia** tra i gruppi clinici e quelli di controllo e tra gli offender e le vittime, l'analisi della varianza non riscontra alcuna differenza tra i gruppi ( $F_{[3;70]}=,610$ , **p ,611**,  $\eta^2= ,025$ ), né alcuna associazione tra gruppo di appartenenza e classi di empatia ( $\chi^2= 14,002$  p ,301) (Tabella 16).

Sembrerebbe quindi confermata l'ipotesi che considera l'empatia non come tratto stabile, ma come risposta di stato, sottoposta al controllo dell'individuo in considerazione delle necessità del contesto (Hoffman,1982), quindi soggetta ad essere inibita per finalità adattive e per il raggiungimento dei propri scopi. In questa ottica, il deficit di empatia degli offender non sarebbe estesa nei confronti di chiunque, ma relativa a tipi di individui e a situazioni specifiche (Marshall, 1995; Fernandez e colleghi, 1999).

Le osservazioni cliniche dell'autore, raccolte nel corso della somministrazione del Test 'Reading the Mind in the Eyes' ai detenuti, trovano pieno riscontro con le ipotesi di alcuni studiosi (Kosson et al. 2002, Glass e Newman, 2006, Richell et al, 2003) che ritengono che gli offender scelgano deliberatamente di non focalizzare la propria attenzione sull'espressione emozionale degli altri. Il Test 'Reading the Mind in the Eyes', in realtà, fornisce rilevanti informazioni sulle risposte emotive al test che pur non essendo misurabili sul piano statistico, possono contribuire ad una corretta interpretazione dei risultati. A differenza dei soggetti appartenenti agli altri gruppi, i soggetti appartenenti al gruppo degli offender, mostravano dinanzi alle tavole del test un evidente disagio, riscontrabile nella distanza fisica alle tavole e al bisogno di ridurre quanto più possibile i tempi relativi all'osservazione dello stimolo (espressioni degli occhi). Lo sguardo, come è noto, è una forma di comunicazione primaria nella nostra specie e quindi anche tra le più profonde sul piano emotivo. Non esiste niente di più rassicurante per un bambino dello sguardo amorevole della madre

e niente di più destabilizzante dello sguardo assente od emotivamente alterato dei genitori; basta ricordare l'esperimento "still face" per poter considerare l'effetto devastante che ha sul bambino la chiusura della comunicazione oculare della madre. Cosa potrebbe mai accadere ad un bambino che non trova conforto negli occhi dei genitori, o che magari vi legge solo la drammaticità di stati mentali alterati? Probabilmente quel bambino imparerà a non soffermarsi sullo sguardo, in quanto origine di stati di ansia, o paura, o probabilmente imparerà ad evitare di sintonizzarsi sugli stati mentali altrui, in particolare per quanto riguarda quelli relativi alla paura o alla tristezza.

Questo potrebbe offrire una spiegazione alle risposte frettolose e distaccate che i detenuti (offender) tendevano a dare alle tavole del test; invece di concentrarsi sull'espressione rappresentata sulla tavola, per entrare in contatto su quanto risuonasse in loro, al fine di identificarne l'intenzione, o l'emozione, distoglievano quanto prima possibile lo sguardo da quell'immagine (verosimilmente in quanto fonte di disagio) e si affrettavano a dare una risposta, senza rifletterci sufficientemente sopra. E' anche vero, però, che quando invitati a soffermarsi sulla tavola e a notare cosa potesse vivere in quel momento quella persona, i detenuti, riuscivano a rispondere adeguatamente. L'ipotesi personale dell'autore è che questa modalità di evitamento del contatto emozionale con gli altri, rappresenti un meccanismo di difesa biologico di sopravvivenza, acquisito in età precoce (a seguito di interazioni frustranti col caregiver) e finalizzato a preservare uno stato mentale sufficientemente integro al proseguimento delle proprie funzioni quotidiane. Questo meccanismo "dissociativo" di difesa, di origine adattiva, viene deliberatamente esteso, dall'offender, anche ad altri contesti, al fine di trarne un vantaggio. Ciò comporterebbe che rispetto a chi non ha subito condizionamenti negativi dal contatto emotivo con gli altri, l'offender, dispone di una maggiore capacità di "dissociarsi" dalle proprie emozioni, ogni volta che queste ultime potrebbero rappresentare un ostacolo al raggiungimento dei propri scopi. In linea con tale ipotesi potrebbe essere interpretato il risultato al Test sullo stile di attaccamento; gli stili Evitante e Distanziante sono quelli maggiormente rappresentati nel gruppo degli offender. Per la categoria "**Disagio dell'Intimità**" (che misura gli stili d'attaccamento **Evitante-Ambivalente**) ( $F_{[3;70]} = 4,344$  p ,007  $\eta^2 = ,157$ ) solo il gruppo degli offender presenta punteggi significativamente più alti rispetto ai gruppi di controllo maschile e femminile. (Tabella 4), mentre nella categoria "**Secondarietà delle relazioni**" (che misura lo stile **Distanziante/Svalutante**  $F_{[3;70]} = 3,184$  p,029,  $\eta^2 = ,120$ ) si rivela una maggiore propensione degli offender ad essere "Distanzianti", rispetto alle vittime (Tabella 10); la differenza, se pur debole, è comunque significativa ed è confermata

dalla prevalenza della diagnosi “stile Distanziante” ( $\chi^2 = 11,524$  p ,073), rispetto a tutti gli altri gruppi.(Tabella 11).

Inoltre, la presenza di problematiche relative all’attaccamento sono confermate dalla significativa prevalenza della frequenza di diagnosi di “attaccamento **Insicuro**” ( $\chi^2 = 43,760$  p. 000) (assieme alle vittime) rispetto a quelli dei gruppi di controllo (Tabella 3), non ch  una media dei punteggi (assieme alle vittime) significativamente inferiori ( $F_{[3;70]} = 34,213$ , p ,000,  $\eta^2 = ,595$ ) , rispetto a quelle dei gruppi di controllo (Tabella 2), per la categoria “Fiducia di s ” (che misura gli stili di attaccamento (Sicuro-Insicuro).

Lo studio del quadro psicopatologico, offre un ulteriore riscontro con la presenza di un pattern di **personalit  “Evitante”**: solo i punteggi del gruppo degli offender presenta una differenza significativa ( $F_{[3;70]} = 3,890$  p ,013,  $\eta^2 = ,145$ ), se pur debole (tabella 20.), con gli altri gruppi.

Infine, un ulteriore prova delle strategie evitanti dell’offender si riscontra proprio nei mode di coping maggiormente rappresentati nel gruppo degli offender, entrambi di evitamento: mode “Protettore Distaccato” e mode “Consolatore Distaccato”

I punteggi del mode “**Protettore Distaccato**” ( $F_{[3;70]} = 6,214$  p ,001,  $\eta^2 = ,210$ ) negli offender e nelle vittime, sono significativamente superiori a quelli dei gruppi di controllo maschile e femminile (Tabella 119), cos  come la media dei punteggi relativi al mode “**Consolatore Distaccato**” ( $F_{[3;70]} = 25,484$  p ,000,  $\eta^2 = ,522$ ) degli offender e delle vittime, sono significativamente pi  elevate, rispetto a quelle dei gruppi di controllo, maschile e femminile (Tabella 121). Anche per ci  che riguarda le diagnosi, offender e vittime sono i gruppi che vedono una pi  elevata frequenza dei punteggi patologici del consolatore distaccato ( $\chi^2 = 25,059$  p ,000), rispetto ai gruppi di controllo (Tabella 122)

L’autore considera che una chiave di lettura del fenomeno potrebbe essere offerta dal paradigma della Dissociazione Strutturale, declinata da J.Young con le dinamiche osservabili con l’attivazione e disattivazione di Schemi e Mode.

Secondo la teoria strutturalista, le ANP (Parti Apparentemente Normali), sviluppatasi a seguito dei sistemi d’azione tesi a realizzare scopi relativi a funzioni quotidiane, rappresentano quelle parti del se, deputate a preservare l’individuo dai tentativi di invasione del materiale traumatico disturbante(emozioni, ricordi, sensazioni psicofisiche, convinzioni negative e distorte) spinto dall’EP (parte emotiva).

Il bambino che vive continuamente un profondo senso d’impotenza, dinnanzi all’assenza (fisica o mentale), o alla prepotenza e aggressivit  abusiva del caregiver, che invece dovrebbe assicurargli protezione e conforto, non solo apprende a

disconnettersi coi propri vissuti di impotenza paura e solitudine, ma anche a sviluppare delle strategie di compenso che gli consentano di identificarsi con il più forte che purtroppo nel suo caso, coincide col caregiver abusante. Inoltre, da codesto contesto familiare, il bambino apprende dei modelli e dei “codici”, sulle cui basi interpreterà il mondo, gestirà le relazioni, definirà le priorità ed i principi fondamentali della propria morale e della scala dei valori. Tra i fondamenti che potrebbe facilmente acquisire è quello secondo il quale “è normale abusare del prossimo ... e poi, se è stato fatto a me, perché non poterlo fare agli altri?”; potrebbe anche essere spinto a dimostrare a se stesso di essere talmente “forte” da riuscire a disconnettersi da qualsiasi emozione, anche da quella più intensa, o sconvolgente. Potrebbe inoltre apprendere che nella vita se si vuole mantenere il potere, bisogna essere prepotente ed abusante, altrimenti ci si esporrà al rischio di assumere il ruolo del “debole” e perdere l’accesso alle risorse di cui invece può disporre il più “forte”.

Se utilizzato all’interno di una relazione sentimentale, il controllo sulle proprie risposte emozionali, potrebbe, inoltre, consentirgli anche il controllo sul partner, con il doppio vantaggio di assicurarsi la gestione e il mantenimento del rapporto e l’uso del partner come strumento per il raggiungimento dei propri scopi. Questo è il processo che l’autore chiama “processo di disumanizzazione delle persone e di umanizzazione delle cose”. Un processo in cui, agli occhi del carnefice, l’altro perde progressivamente la sua connotazione umana, che viene invece impropriamente attribuita agli oggetti. Le priorità si adattano alla visione deformata del mondo, e si finisce così per amare la propria macchina, o il proprio ruolo sociale, più della propria compagna. Un’immagine fedele di questa trasposizione del rapporto affettivo oggettuale dall’uomo agli oggetti ci viene offerta in letteratura dal Verga, in un passo indimenticabile de “La roba”, quando Mastro Don Gesualdo in punto di morte, per non perdere il proprio potere sui suoi beni, tenta di distruggere ogni cosa di sua proprietà: *“Allora, disperato di dover morire, si mise a bastonare anatre e tacchini, a strappar gemme e sementi. Avrebbe voluto distruggere d’un colpo tutto quel ben di Dio che aveva accumulato a poco a poco. Voleva che la sua roba se ne andasse con lui, disperata come lui.”*

In linea con tale logica si collocano gli omicidi familiari d’identità, in cui il suicida-omicida, come ultimo atto determinato a confermare il suo potere, non si limita ad uccidere la propria partner, ma decide di portare con sé, tutto ciò che lui ritiene di “sua proprietà”, ossia il resto della sua famiglia.

E’ quindi la rabbia per aver perso il controllo e quindi il potere, su ciò che si riteneva appartenere a sé di diritto che fa diventare l’uomo un brutale assassino. In particolar

modo, nell'individuo che non presenta una struttura psichica sufficientemente stabilizzata, la frustrazione per la perdita del controllo sulla sfera familiare, non riesce ad essere contenuta, e scatena un passaggio all'atto di tipo violento.

Il potere sembrerebbe rappresentare per l'uomo la motivazione primaria, in quanto unico mezzo in grado di assicurargli l'accesso alle risorse, il successo riproduttivo ed il controllo sulla paternità della propria prole.

Gli adattamenti della donna invece, secondo il paradigma evoluzionista, sono finalizzati alla sopravvivenza e al benessere proprio e della propria prole ; sulla base della valutazione del WTRs (Welfare Trade-off Ratios), la donna potrebbe essere indotta ad accettare la sottomissione al proprio partner, nei casi in cui possa trarne vantaggio per se e per i propri figli. Minore è l'autostima della donna e minore sarà la valutazione del valore WTRs di sé in rapporto al valore del proprio partner.

Di conseguenza una donna con una storia infantile, costellata da esperienze di abbandono, deprivazione ed abuso, disponendo di un basso livello di autostima, nel rapporto WTRs , il suo valore tenderà ad essere inferiore rispetto a quello del proprio partner e quindi maggiormente a rischio di vittimizzazione.

Dalla letteratura esposta nei capitoli precedenti, abbiamo cognizione del fatto che i modelli negativi di sé e dell'altro (Bartholomew, 1990, 1993), sono correlati con gli stili di attaccamento di tipo insicuro e con modelli relazionali di dipendenza.

Troviamo infatti nell'analisi delle medie dei punteggi per la categoria “**Fiducia di sé**” (attaccamento **Sicuro- Insicuro**) ( $F_{[3;70]}=34,213$ ,  $p ,000$ ,  $\eta^2= ,595$ ) (Tabella 2) che i punteggi delle vittime, assieme a quello degli offender, sono significativamente inferiori, rispetto a quelli dei gruppi di controllo maschile e femminile.

Anche le vittime, come gli offender, presentano valori significativamente superiori a quelli dei gruppi di controllo per lo stile di **attaccamento evitante** ( $F_{[3;70]}= 4,344$   $p ,007$   $\eta^2= ,157$ ), ma a differenza degli offender, il gruppo delle vittime è quello maggiormente rappresentato dallo stile di **attaccamento preoccupato** ( $F_{[3;70]}= 3,273$   $p,026$   $\eta^2= ,123$ ) (Tabella 7), all'interno della categoria “Bisogno di approvazione”, in cui il modello de sé è negativo e quello dell'altro è positivo.

Anche dai risultati del Test Millon III viene riscontrata la presenza di un pattern di personalità “**Dipendente**”: solo il gruppo delle vittime presenta punteggi significativamente più alti ( $F_{[3;70]}= 7,459$   $p ,000$ ,  $\eta^2= ,242$ ) di quelli dei gruppi di controllo maschile e femminile, ma non del gruppo offender (Tabella 24). Invece, per le vittime, sono significativamente più frequenti le diagnosi di patologia e tratti di personalità dipendente ( $\chi^2= 25,008$   $p ,000$ ) non solo rispetto ai gruppi di controllo maschile e femminile, ma anche rispetto a quello degli offender (Tabella 25).

La descrizione di Millon rispetto al Pattern di personalità Dipendente è quella di una “personalità caratterizzata da un bisogno di relazioni forti con persone protettive e rassicuranti (passività-altro). Il temperamento di queste persone è pacifico e docile e tendono a evitare i conflitti e le tensioni. Nelle relazioni significative sono sottomesse e cercano qualcuno che le sostenga e, senza tale sostegno, si sentono ansiose; spesso sono accomodanti e disposte a sacrificarsi. Si percepiscono inadeguate, deboli fragili e inefficaci e tendono a sminuire le proprie abilità e competenze. Non sono persone assertive e fanno molta fatica a esprimere emozioni che potrebbero incrinare il proprio equilibrio interno, o i rapporti con le persone da cui sono dipendenti, come per esempio la rabbia, o la delusione.” (tratto da Caporale, Roberti, 2013, pag. 162). Infine, va preso in considerazione il punteggio al test YSQ, per ciò che riguarda lo schema “**Sottomissione**”, in cui si riscontra che i punteggi medi del gruppo vittime ( $F_{[3;70]}= 4,339$  p ,007 ,  $\eta^2=,157$ ) sono significativamente superiori a quelli di controllo , maschili e femminili (Tabella 84) e che nel gruppo vittime vi sono più soggetti con punteggi patologici a tale schema, rispetto a quanti riscontrati tra gli offender e tra i soggetti dei gruppi di controllo, con una differenza significativa ( $\chi^2= 10,643$  p ,014) (tabella 85).

L’interpretazione evolucionistica dell’atteggiamento femminile nella gestione del rapporto di coppia, sembrerebbe offrire maggiori riscontri, rispetto alla teoria psicoanalitica che ipotizza una innata tendenza masochistica insita nella natura della donna, infatti l’analisi dei punteggi medi, al test Millon, rileva pattern di Personalità **Masochistica** ( $F_{[3;70]}= 9,848$  p ,000,  $\eta^2= ,297$ ) significativamente più alti nel gruppo degli offender rispetto a quelli delle vittime e a quelli dei gruppi di controllo , maschile e femminile (Tabella 36). Anche dall’analisi delle diagnosi ( $\chi^2= 16,952$  p ,009) risulta che la categoria dei “tratti di personalità Masochista” prevalgono significativamente soprattutto tra gli offender e non tra le vittime (Tabella 37).

L’autore ritiene che oltre ai fattori di rischio che predispongono alla strutturazione di un rapporto patologico di tipo violento, esistano dinamiche relazionali che ne impediscono la rottura, nonostante l’alto livello di sofferenza che ne comporta: il mantenimento di un tale rapporto è possibile solo se le parti dissociative di entrambi condividono gli stessi codici, che forniscono gli assunti, sulle cui basi viene dato significato all’esperienza. E’ ormai accertato che i bambini che subiscono, o assistono a violenza sistematica da parte di un genitore verso un familiare, o verso l’altro genitore, acquisiscono modelli di gestione violenta dei conflitti, per tanto da adulto, con una maggiore probabilità sarà portato a reagire con atti violenti in risposta a conflitti, o in situazioni di stress (Straus, 1998). Il bambino apprenderà che è normale reagire ad un conflitto alzando le mani, che è normale malmenare e maltrattare la propria donna, che è normale costringere qualcuno a fare qualcosa che

non desidera, utilizzando la forza, le minacce ed i ricatti. Allo stesso modo le figlie femmine apprenderanno che è normale venire picchiate dal proprio compagno, apprenderanno di non avere il diritto di ribellarsi quando il proprio partner le costringe a subire qualcosa che non desiderano, apprenderanno che in realtà non valgono tanto da poter far valere i propri diritti e che se un uomo “forte” le degna di attenzioni, allora devono considerarsi fortunate, per aver trovato qualcuno che le offre protezione. Questi saranno gli assunti di base su cui le coppie patologiche opereranno la scelta del partner e costruiranno la loro relazione. Se poi, a questo quadro si vanno ad aggiungere anche esperienze infantili traumatiche di abuso e neglect, che vanno a sviluppare cognizioni negative di sé, si avrà un buon terreno fertile su cui poter continuare a dar vita a parti dissociate maladattive. L’interiorizzazione di parti dissociative difensive, rigide e persecutorie dei due partner potranno incontrarsi e dialogare tra loro, utilizzando gli stessi codici e mantenendo in vita gli stessi modelli disfunzionali. Ritroviamo riscontro di ciò anche nei risultati della ricerca: i punteggi del mode “**Genitore Punitivo**” ( $F_{[3;70]}= 8,521$  p ,000,  $\eta^2=,268$ ), tanto per gli offender quanto per le vittime sono significativamente più elevati dei controlli maschili e dei controlli femminili, inoltre dall’analisi delle diagnosi tra i gruppi, si riscontra che negli offender e nelle vittime tendono a prevalere ( $\chi^2= 18,263$  p ,000) i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai gruppi di controllo maschili e femminili. Kathy Steel (2011) nomina queste parti dissociative, protettrici, “Imitatore/Aggressore”, spiegando la loro origine traumatica e l’effetto devastante delle cognizioni negative ad esse associate. Young, descrive il mode “Genitore Punitivo” come una voce interiorizzata del caregiver che critica e fa sentire il soggetto meritevole di essere punito in quanto indegno; anche se ci si concede solo la libertà di esprimere un bisogno, la voce ipercritica del genitore punitivo, può innescare un vissuto di colpa e di inadeguatezza. Se poi all’interiorizzazione di questo mode genitore si aggiunge anche quello del mode “**Genitore Esigente**”, la rigidità annichilente del primo andrà ad unirsi a una angosciante richiesta di perfezionismo del secondo, rivolta non solo a sé, ma anche alle parti dissociate del partner, con le quali è in un continuo rapporto dinamico. Lo studio, infatti, conferma l’attivazione del “Genitore Esigente” tanto negli offender, quanto nelle vittime, presentano punteggi ( $F_{[3;70]}= 9,205$  p ,000,  $\eta^2=,283$ ) significativamente più alti del gruppo di controllo maschile, mentre quello di controllo femminile non si differenzia significativamente da quello delle vittime. Lo schema “**Punizione**”, nell’YSQ viene attribuito a persone che, avendo acquisito modelli rigidi, intolleranti ed iper-punitivi nella propria infanzia, sono convinte di dover subire punizioni, o di poterle infliggere agli altri, nel caso vengano commessi errori. L’analisi dei punteggi medi allo schema Punizione ( $F_{[3;70]}= 14,003$  p ,000,  $\eta^2=,375$ ) ( Tabella 98) dei gruppi rileva una

differenza significativa, di forte intensità; il gruppo degli offender presenta valori più alti dei gruppi di controllo maschile e femminile, così come anche del gruppo delle vittime. Allo stesso modo dall'analisi delle diagnosi, si rileva che nel gruppo degli offender ( $\chi^2= 26,542$  p ,000) tendono a prevalere di gran lunga i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai gruppi di controllo (maschile e femminile) e alle vittime (Tabella 99).

Le altre parti dissociative che nel presente studio sono state considerate comuni e in continua dinamica tra i partner della coppia patologica sono quelli relativi agli schemi appartenenti ai domini “Distacco e Rifiuto” (“Abbandono/Instabilità”; “Sfiducia/abuso”; “Deprivazione emotiva”; “Inadeguatezza/vergogna”), “Mancanza di Autonomia e Abilità” (“Dipendenza/Incompetenza; Invischiamento/Sé poco sviluppato”).

Per ciò che riguarda lo schema “**Deprivazione Emotiva**” i punteggi degli offender ( $F_{[3;70]}= 5,43$  p ,002 ,191,  $\eta^2= ,134$ ) sono significativamente più alti dei gruppi di controllo maschili e (solo a soglia) femminili (Tabella 66), inoltre nel gruppo delle vittime e in quello degli offender tendono a prevalere i ( $\chi^2= 7,453$  p ,059) soggetti con punteggi patologici (in ugual misura) rispetto ai controlli maschili e femminili (Tabella 67).

Nello schema “**Abbandono – Instabilità**”, gli offender e le vittime presentano entrambi punteggi significativamente più alti dei gruppi di controllo, maschili e femminili, e uguali tra loro (Tabella 68). Nei gruppi degli offender e delle vittime tendono a prevalere ( $\chi^2= 26,118$  p ,000) i soggetti con punteggi patologici rispetto ai controlli maschili e femminili, in ugual misura (Tabella 69).

L'analisi delle medie dei punteggi allo schema “**Sfiducia e abuso**”, presentano una differenza tra gruppi significativa e intensa ( $F_{[3;70]}= 11,456$  p ,000 ,  $\eta^2= ,329$ ). Gli offender sono significativamente più alti dei controlli M e F, così come anche delle vittime (Tabella 70). Inoltre, nei gruppi offender (soprattutto) e vittime tendono a prevalere in maniera significativa ( $\chi^2= 29,606$  p ,000) i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai controlli maschili e femminili (Tabella 71).

Anche per lo schema “**Inadeguatezza/Vergogna**” ( $F_{[3;70]}= 5,551$  p ,002 ,  $\eta^2= ,192$ ) si riscontrano punteggi significativamente superiori nei gruppi degli offender e delle vittime rispetto ai gruppi di controllo (Tabella 74), così come i soggetti con punteggi patologici appartengono prevalentemente ( $\chi^2= 10,512$  p ,015) ai gruppi degli offender e delle vittime, rispetto ai gruppi di controllo (tabella 75).

Per lo schema “**Invischiamento /Sé poco sviluppato**” ( $F_{[3;70]}= 4,810$  p ,004 ,  $\eta^2= ,171$ ), il gruppo degli offender presenta punteggi significativamente più alti dei gruppi di controlli, ma sono uguali a quelli delle vittime (Tabella 82), e tendono a

presentare punteggi patologici con una frequenza significativamente ( $\chi^2 = 7,447$  p ,059) superiore rispetto a tutti gli altri gruppi (Tabella 83).

L'analisi dei punteggi dello schema "**Dipendenza**" ( $F_{[3;70]} = 4,679$  p ,005 ,  $\eta^2 = ,167$ ) presenta una differenza tra gruppi significativa ma debole. I punteggi degli offender sono significativamente più alti dei controlli M (a soglia) e F, ma sono uguali alle vittime. I punteggi del gruppo vittime sono significativamente (a soglia) superiori solo a quelli del gruppo di controllo femminile (Tabella 78). Nei gruppi offender e vittime tendono a prevalere in maniera significativa ( $\chi^2 = 16,245$  p ,001) i soggetti con punteggi patologici, rispetto ai gruppi di controllo, maschile e femminile (Tabella 79).

Infine, per dare conferma finale di uno stato di co-dipendenza che unisce a doppio legame i partner della coppia patologica di tipo violento, vi sono i risultati al Test sulla Love Addiction.

I valori al **Love Addiction Screening Test** (L.A.S.T.) risultano essere significativamente superiori ( $F_{[3;70]} = 26,184$ , p ,000,  $\eta^2 = ,529$ ) nelle vittime e negli offender, rispetto a quelli del gruppo di controllo maschile e femminile (Tabella 13). Viene esclusa alcuna incidenza della variabile "sesso", in quanto non si registrano differenze nei risultati tra gruppi maschili e femminili, sia all'interno del gruppo clinico che all'interno del gruppo di controllo.

Nella Tabella 14 si mostra come la frequenza delle diagnosi di "Love Addiction", conferma una presenza significativamente superiore ( $\chi^2 = 40,048$ , p .000) della patologia nei gruppi clinici maschile (75%) e femminile (62%), rispetto a quelli di controllo, maschile (9,5%) e femminile (4,8%).

## 4.2 DISCUSSIONE GENERALE

Le persone traumatizzate hanno un intenso bisogno di relazioni stabili e supportanti ma, allo stesso tempo, sono portatori di un disturbo fobico nei confronti del legame affettivo, che inconsapevolmente li induce ad allontanarsi dalla persona amata. Gli stati mentali che muovono l'individuo traumatizzato ad evitare e contemporaneamente a mantenere, le relazioni affettive, determinano l'invio di messaggi confusi e contraddittori, a cui la controparte risponde con l'attivazione dei propri stati mentali disfunzionali e complementari a quelli del partner. Quindi alla percezione del rischio di un allontanamento da parte del partner, si attivano angosce di abbandono e si innesca il programma attaccamentale di riavvicinamento, e alla percezione del pericolo di una perdita di controllo, ( per esempio, a seguito di un intenso coinvolgimento emotivo) si attiva un comportamento di fuga e di evitamento dalle emozioni. I messaggi confusi e contraddittori, trasmessi dal partner, non solo generano conflitti e frustrazione, ma attivano anche parti dissociative che confermano i modelli distorti sviluppati nelle esperienze affettive traumatiche dell'infanzia. La fobia del legame affettivo e il timore dell'abbandono sono due parti della stessa medaglia che danno vita e mantengono nel tempo rapporti perversi e indissolubili.

Dall'analisi statistica dei risultati ai test, le ipotesi di studio sembrerebbero aver trovato conferma, in particolare per ciò che riguarda una co-presenza di alcune parti dissociative che consentirebbero la condivisione di codici su cui confermare reciprocamente i modelli disfunzionali l'uno, dell'altra. Vengono confermate anche le ipotesi della co-dipendenza tra le parti e della condivisione di stati mentali rigidi, ipercritici, iperpunitivi ed ipercontrollanti che contribuiscono massicciamente a rendere patologiche e violente le interazioni.

L'approccio evoluzionista ha offerto una valida base biologica su cui poter interpretare i comportamenti complementari di violenza e sottomissione, riscontrati nella coppia, rivelando la logica co-evoluta dei diversi adattamenti nei due sessi, su cui le patologie di tipo psichico, possono andare ad innestarsi

Allo stesso modo, il paradigma della schema therapy si è rivelata estremamente utile nello studio dei fenomeni di tipo dissociativo, rendendo possibile, grazie alle sue codifiche, lo studio quantitativo e qualitativo degli stati mentali.

Gli interventi psicosociali, finalizzati essenzialmente al miglioramento della gestione del rapporto disfunzionale e all'applicazione degli strumenti legali, per la protezione della vittima, non hanno apportato contributi soddisfacenti, né sul piano della prevenzione, né su quello delle recidive.

Diversi sono i programmi anti violenza rivolti agli offender e alle vittime, ma nessuno di essi, considera la realtà dissociativa che regola il rapporto di coppia. Imprescindibile, secondo l'autore, la necessità di intervenire con tecniche psicoterapeutiche idonee, mirate al trattamento individuale e/o di coppia della sfera affettiva, focalizzate sull'elaborazione delle memorie traumatiche e sull'integrazione delle parti dissociate.

L'autore ritiene che il presente studio, pur avendo prodotto risultati soddisfacenti, avrebbe dovuto comprendere un numero più vasto e culturalmente eterogeneo di soggetti. Purtroppo le lungaggini burocratiche e la scarsa disponibilità degli istituti circondariali a dare accesso alle carceri, per fini di ricerca, hanno limitato il campione dello studio al solo territorio campano. Sarebbe per tanto auspicabile la ripetizione dello studio su un territorio del nord Italia, o estero.

.

## BIBLIOGRAFIA

- Aaron Alan, (2010) L.A.S.T. Love addiction screening Test (from Pia Mellody, Patrick Carnes, and SLAA's "40 Questions for Self Diagnosis"), Foundry Clinical Group.
- Ainsworth M.D.S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth M.D.S. (1972). Attachment and dependency: A comparison. In Gewirtz J.L., op.cit.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Ali, T.; Dunmore, E.; Clark, D., & Ehlers, A. (2002). The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: a comparison of assault victims and non victims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 249-257.
- American Psychiatric Association, Ed. it. Massimo Biondi (a cura di), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014.
- ANSA (2015) *Violenza sulle donne: ecco le cifre agghiaccianti*. ANSA.it Speciali
- Aron L. (1996). *Menti che si incontrano*. Milano, Cortina, 2004.
- Attili G. (2001), *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*, Unicopli, Milano.
- Attili G. (2004), *Attaccamento e amore*, Bologna, Il Mulino.
- Attili G. (2007), *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente. Normalità, patologia, terapia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Baldry, A. C. (2006). *Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*, Centro Scientifico Editore: Torino.
- Bamelis, I., Renner, F., Heidkamp, D. e Arntz, A. (2011). Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. *Journal of Personality Disorder*, 25, 41-58.
- Barbagli M. (2013). *Gli omicidi in Italia (1861-2011). Un secolo e mezzo di cambiamenti*, da "Repubblica", 9 dicembre 2013.
- Baron-Cohen, S. (2004). *Questione di Cervello: La Differenza Essenziale Tra donne e uomini*. Milano, Italia: Mondadori.
- Baron-Cohen, S. (2012). *The science of evil: On empathy and the origins of cruelty*. Basic books..
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 813-822.

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, Y., Golan, O., Ashwin, E., Ashwin, E. and Plumb, I. (2001). The “ Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol. 42, No. 2, pp. 241–251, Cambridge University Press.
- Bartels A., Zeki S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11, 3829-34.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178.
- Bartholomew, K. (1993). From childhood to adult relationships: Attachment theory and research. In S. Duck (Ed.), *Understanding relationship processes series*, Vol. 2. *Learning about relationships* (pp. 30-62). Thousand.
- Bartolomeo F. (2017). *Inchiesta su Femminicidio*. Ministero della giustizia
- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E. and Ronningstam, E. (2014) Empathy in Narcissistic Personality Disorder: From Clinical and Empirical Perspectives. *Personal Disord.* 5(3): 323–333.
- Batson, C. D., Ahmad, N., & Lishner, D. A. (2009). Empathy and Altruism. *The Oxford handbook of positive psychology*, 417.
- Benjamin J. (1988). *Legami d’amore. I rapporti di potere nelle relazioni amorose*. Torino,
- Benjamin J. (1995). *Soggetti d’amore*. Milano, Cortina, 1996.
- Birtchnell J. (1991). The measurement of dependence by questionnaire. *Journal of Personality Disorders*, 5(3), 281-295.
- Blair, R. J. R. (2013). The neurobiology of psychopathic traits in youths. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(11), 786-799.
- Bowlby J. (1969), *L’attaccamento alla madre*, in *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino 1972, vol. 1.
- Bowlby J. (1969). *Attaccamento e perdita. L’attaccamento alla madre*. Torino, Boringhieri, 1972.
- Bowlby J. (1973), *La separazione dalla madre*, in *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino 1975, vol. 2.
- Bowlby J. (1979), *Attaccamento e perdita*, Volume I, II, III, Torino, Boringhieri.
- Bowlby J. (1980), *La perdita della madre*, in *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino 1983, vol. 3.
- Bowlby J. (1988), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell’attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano 1989.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*. New York: Basic Books. Tr. It. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989.

- Brennan, K.A., Clark, C.L., e Shaver, P.R. (1998). Self-Report Measurement of Adult Attachment: An Integrative Overview. In J.A. Simpson, e W.S. Rholes (a cura di), *Attachment theory and close relationships*, (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Burlingham D., Freud A. (1944), *Infants without families*, Allen & Unwin, London.
- Buss D. M.,(1994). *The Evolution of Desire. Strategies of human mating*. NY, Basic Books.
- Buss, M. D. (2012) *Psicologia Evoluzionistica* (Ed. Italiana a cura di Tartabini A.). Pearson Ed.
- Campbell, A. (1999) *Staying alive: Evolution, culture and women's intra-sexual aggression*. *Behavioural and Brain Sciences*, 22, 203-252.
- Caporale R., Roberti, L. (2013). *Percorsi di psicodiagnostica clinica integrata*. Franco Angeli Ed. Milano.
- Cassidy J., Shaver P. (2002), *Manuale dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti Editore
- Castellano R., Velotti P., Zavattini G.C. (2013). *What makes us stay together? Attachment and the outcomes of couple relationship*. Karnac Book, London.
- Chapple CL. (2003). Examining intergenerational violence: violent role modeling or weak parental controls? *Violence Vict.* 2003 Apr;18(2):143-62.
- Chu, J. A. (2011). *Rebuilding shattered lives: Treating Complex PTSD and dissociative disorders* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Cohen J., (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, Vol 112(1), 155-159.
- Costanzo, S. (2003). *Famiglie di sangue. Analisi dei reati in famiglia*. Franco Angeli: Milano.
- Crittenden P. (1999). "Attaccamento in età adulta". Raffaello Cortina, Milano.
- Cross, C.P., e Campbell, A. (2011). Women's aggression. *Aggression and violent Behaviour*, 20, 30-30.
- Dadds, M., Perry, Y., Hawes, D., Merz, S., Riddel, A., Haines, D., Solak, E., Abeygunawardane, A. (2006). Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 280-281.
- Danna D. (2007). *Ginocidio. La violenza contro le donne nell'era globale*, Elèuthera.
- Decety, J., & Ickes, W. (2011). *The social neuroscience of empathy*. MIT Press.
- Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa.(2005). *Poster Session, X Congresso SOPSI – Roma, 22 – 26 Febbraio*.
- Dobson, K. (2009). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3rd ed.) USA: The Guilford Press.

- Duntley, J.D. (2005). Adaptations to dangers from other humans. In D. M. Buss (Ed.), *The handbook of evolutionary psychology* (pp. 224-249). Hoboken, NJ: Wiley.
- Dutton, D. G., Painter S. L. (1981). Traumatic Bonding: The Development of Emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse, *Victimology: An International Journal*, 6, 139-155.
- Dye ML, Davis KE.. (2003). Stalking and psychological abuse: common factors and relationship-specific characteristics. *Violence Vict.* 2003 Apr;18(2):163-80.
- Egger, Theres & Schär Moser, Marianne (2008). La violence dans les relations de couple. Ses causes et les mesures prises en Suisse. Rapporto elaborato su mandato del Servizio per la lotta alla violenza SLV (nel frattempo trasformato in «ambito Violenza domestica») dell'Ufficio federale per l'uguaglianza tra donna e uomo UFU, Berna.
- Farr, C., Brown, J. and Beckett, R. (2004) Ability to empathise and masculinity levels: comparing male adolescent sex offenders with a normative sample of non-offending adolescents. *Psychology, Crime and Law*, 10, 68-155.
- Feeney BC, Collins NL. (2003). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: an attachment theoretical perspective. *J Pers Soc Psychol.* 2001 Jun;80(6):972-94
- Feeney, J. A., Noller,P, & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assessment, and treatment* (pp. 128-152). New York: Guilford Press.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W. L. (2003). Victim empathy, social self-esteem and psychopathy in rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 11-26.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W. L., Lightbody, S., O'Sullivan, C. (1999). The Child Molester Empathy Measure: description and an examination of its reliability and validity. *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 17-31.
- Fisher J., Crandell L. (2001). I modelli di relazione nella coppia. In Clulow C. (a cura di), *Attaccamento adulto e psicoterapia di coppia*, Roma, Borla, 2003.
- Fisher, D. (1997). *Assessing Sexual Offenders' Victim Empathy*. Unpublished PH.D. Thesis, University of Birmingham, Birmingham, England.
- Fisher, D., Beech, A. and Browne, K. (1999). Comparison of sex offenders to nonoffenders on selected psychological measures. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 473-91.
- Forgash C. e Copeley, M. (2014) *EMDR e Ego State. Il Trattamento del trauma e della dissociazione*. Ed. Ferrari Sinibaldi.
- Forgash, C., Copely, M. (2014 ). *EMDR e EGO STATE THERAPY. Il trattamento del trauma e della dissociazione*. Edizioni FerrariSinibaldi, Milano.

- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Acquarini, E. and Maffei, C. (2003) On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and non clinical participants. *Journal of Social And Personal Relationships*, 20 1: 55-79.
- Frewen, P., Lanius, R. (2017) *La cura del sé traumatizzato. Coscienza, neuroscienze, trattamento*. G. Fioriti Ed. Roma.
- Gallese V., Guerra M. (2015). *Lo schermo empatico. Cinema e neuroscienze*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gallese, V. (2005). 3 "Being Like Me": Self-Other Identity, Mirror Neurons, and Empathy. In Hurley, L. S., Chater. N., (2004) *Perspectives on imitation: from neuroscience to social science* (p. 101). MIT Press.
- Gallese, V. (2013). "Mirror neurons, embodied simulation and a second-person approach to mindreading". *Cortex*. 49: 2954–2956.
- Gass, Gertrude Zemon and William C. Nichols. (1988). Gaslighting: A marital syndrome. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 10(1), 3-16.
- Glass, S., Newman, J. (2006). Recognition of facial affect in psychopathic offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (4), 815-820.
- Grau I, Doll J. (2003). Effects of attachment styles on the experience of equity in heterosexual couples relationships. *Exp Psychol*. 2003;50(4):298-310
- Gullestad S.E. (1985). The Adult Attachment Interview and psychoanalytic outcome studies *The International Journal of Psychoanalysis* 1 June 2003, vol. 84, no. 3, pp. 651-668(18)
- Hazan, C., e Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28(3) 511-524. Tr. It. L'amore di coppia inteso come processo di attaccamento. In L. Carli (a cura di), *Attaccamento e rapporto di coppia* (pp. 91-126). Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995.
- Hirogoyen, M.F. (2004). *Sottomesse. La violenza sulle donne nella coppia*. Einaudi: Pisa.
- Hoffman, M. L. (1982). Development of prosocial motivation: empathy and guilt. *The Development of Prosocial Behavior*, 281-313.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 549-560.
- Jacobson, Neil S. & John Mordechai Gottman. (1998). *When men batter women: new insights into ending abusive relationships*. NY: Simon & Schuster. pp. 129-132.
- Janet, P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*, Macmillan, London/New York. Second edition with new matter: 1920. Reprint of 1920-edition: Hafner, New York, 1965. Janet, P. (1909a). *Les névroses*, Flammarion, Paris.

- Liotti G., Farina B. (2011), *Sviluppi Traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Milano, Raffaello Cortina.
- Lobbestael J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten E, Arntz A., (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behav. Cogn. Psychother.* 38(4):437-58.
- Lobbestael J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten E, Arntz A., (2010). *Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI)*. *Behav Cogn Psychother.* 38(4):437-58
- MacNish W. (1827). *The Confessions of an Unexecuted Femicide*, R. Matthews: London.
- Mahler M., (1968). *On human simbiosi and vicissitudes of individuation*. International Universities Press, New York.
- Maier M.[1]; Bernier A., Pekrun R., Zimmermann P., Grossmann K. (2004). Attachment working models as unconscious structures: An experimental test. *International Journal of Behavioral Development*; March 2004, vol. 28, no. 2, pp. 180-189(10)
- Manoscritto non pubblicato, Yale University.
- Marcello Vellante , Simon Baron-Cohen , Mariangela Melis , Matteo Marrone , Donatella Rita Petretto , Carmelo Masala & Antonio Preti (2013) The “Reading the Mind in the Eyes” test: Systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy, *Cognitive Neuropsychiatry*, 18:4, 326-354.
- Marshall, W. L., Champagne, E., Brown, C., Miller, S. (1997). Empathy, intimacy, loneliness, and self-esteem in non familial child molesters. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 87-97.
- Marshall, W. L., Hamilton, K., Fernandez, Y. M. (2001). Empathy deficits and cognitive distortions in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 123-130.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M., Jones, R., Fernandez, Y. M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 15, 99-113.
- Masumeci, E. (2014). *Cesare Lombroso e le neuroscienze: un parricidio mancato. Devianza, libero arbitrio, imputabilità tra antiche chimere ed inediti scenari: Devianza, libero arbitrio, imputabilità tra antiche chimere ed inediti scenari*, Franco Angeli: Milano.
- Merzagora Betsos I. (2009). *Uomini violenti, i partner abusanti e il loro trattamento*, Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015). *MCMI-IV: Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual (1st ed.)*. Bloomington, MN: NCS Pearson, Inc.
- Milone, M. (2009). *Donne spezzate. La violenza tra le mura domestiche*. Curcio Ed.
- Monroe, H., Stuart, A. (1994). Typologies of male batterers: three subtypes and difference among them, *Psychological Bulletin*, 16, 476-497.

- Morrison TL, Urquiza AJ, Goodlin-Jones BL. (2003). Attachment and the representation of intimate relationships in adulthood. *J Psychol.* 1997 Jan;131(1):57-71.
- Nivoli, G. C., Loretto, L., Milia, P., Nivoli, A.M.A., Nivoli, L. F. (2010) *Vittimologia e psichiatria*. Ed. Edi-Ermes.Milano.
- Oakley, B., Knafo, A., Madhavan, G., & Wilson, D. S. (Eds.). (2011). *Pathological altruism*. Oxford University Press.
- Overall NC, Fletcher GJ, Friesen MD.. (2003). Mapping the intimate relationship mind: comparisons between three models of attachment representations. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 2003 Dec; 29(12):1479-93
- Panzeri, M., Carmelita, A., De Bernardis, E., Ronconi, L., Dadomo, H. (2016) Factor Structure of the italian Short Schema Mode Inventory. *International Journal of Humanities and Social Science*. Vol. 6, n. 2, 43-55.
- Ponti, G. Merzagora Betsos, I. (2014). *Compendio di Crimonologia*. Raffaello Cortina: Milano.
- Puliatti M. (2009). *Psicosomatica del dolore pelvico cronico femminile*. SEU, Roma.
- Raine, A. (2016). *Anatomia della violenza. Le radici biologiche del crimine*. Ed. Mondadori Education. Milano.
- Reale, E. (2011). *Maltrattamento e violenza sulle donne. Vol.II - Criteri, metodi e strumenti per l'intervento clinico*. Franco Angeli.
- Reale, E. (2011). *Maltrattamento e violenza sulle donne. Vol.II – Criteri, metodi e strumenti per l'intervento clinico*, Franco Angeli: Milano.
- Rhoanda Jackson Joseph, 2018; *Gaslighting, Marginalization and Well-Coiffed*, in *Uncovering Stranger Things*, a cura di Kevin J. W. Jr, McFarland.
- Richell, R. A., Mitchell, D. G., Newman, C., Leonard, A., Baron-Cohen, S., Blair, R. J. (2003). Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the “language of the eyes”?, *Neuropsychology*, 41, 523-526.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., ... & Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187(1), 241-247.
- Robertson J. (1953), Some responses of young children to the loss of maternal care, «*Nursing Times*», 49, pp. 382-386.
- Robertson J. (1970), *Young children in hospital*, Tavistock, London.
- Sbrana, A., Gonnelli, C. Raimondi, F., Doria, M.R., Mungai, F., Ravani, L., Spagnolli, S., Frangione, A., e Marazziti, D. (2004). Sottotipizzazione della gelosia: indagine preliminare. *Italian Journal of Psychopathology*, 10 (suppl. marzo), 91.

Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Young, J.E. e Telch, M.J. (1995) The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.

Selingheri Pes , F, (2010). Riflessioni su narcisismo e masochismo nell'identità femminile, *Rivista di Psicologia Analitica*.

Siegle D.J., (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano, Raffaello Cortina.

Singer, T., Seymour, B., O'doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303(5661), 1157-1162.

Solomon R. M., Shapiro F. (2008), EMDR and the adaptive information processing model: potential mechanisms of change, *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol. 2, p. 315-325.

Sonkin, D. and Dutton, D (2003). *Treating Assaultive Men from an Attachment Perspective* In Dutton, Don and Sonkin, Daniel (eds). *Intimate Violence: Contemporary Treatment Innovations*. New York: Haworth Publishing.

Straus M.A (1998). *The controversy over domestic violence by women: a methodological theoretical and sociology of science analysis*. Family Science Laboratory. University of New Hampshire, Durham.

Toby, J., Cosmides, I., Sell, A., Lieberman, D., e Sznyecer, D. (2008). Internal regulatory variables and the design of human motivation: A computational and evolutionary approach. In Andrew J. Elliot (Ed.), *Handbook of approach and violence motivation* (pp. 251-271). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Van der Hart, O. – E. Nijenhuis – K. Steele. (2011). *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Cortina.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma – related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR practice and research*, 4(2): 76-92.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: W.W. Norton & Co.

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S. (2011). *Coping with trauma-related dissociation. Skills training for patients and their therapists*. New York/London: W.W. Norton & Co.

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and integration. *Dissociation*, 6, 162\_180.

Vandello, J., Cohen, D. (2003). Male honour and Female fidelity: implicit cultural scripts that perpetuate domestic violence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 997-1010.

- Vellotti P., Zavattini G.C. (2008). L'incontro con l'altro nella relazione di coppia: il luogo della reciprocità. *Funzione Gamma Journal*, 21.
- Walker, L. E. (2007). *The Battered Woman Syndrome*, 3rd ed., Springer:New York.
- Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L., Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17, 479-507.
- Webster, S. D., Beech, A. R. (2000). The nature of sexual offenders' affective empathy: a grounded theory analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 249-261.
- Wellburn, Corsitine, Dagg, Pontefract e Jordan del 2002.
- Whittaker, M. K., Brown, J., Beckett, R., Gerhold, C. (2006). Sexual knowledge and empathy: a comparison of adolescent child molesters and non-offending adolescents. *Journal of Sexual Aggression*, 12, 143-154.
- Young J.E., & Brown G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York. Cognitive Therapy Center of New York.
- Young J.E., & Brown G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special Edition*. New York. Schema Therapy Institute.
- Young, J. E. (2005). Schema-Focused Cognitive Therapy and the Case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 115-126.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2007) *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Ecl Psi
- Zink T, Elder N, Jacobson J. (2003). How children affect the mother/victim's process in intimate partner violence. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003 Jun;157(6):587-92.