

1. INTRODUZIONE

1.1 La violenza domestica

La violenza contro la donna è considerata oggi un problema di salute pubblica e di diritti umani (Joachim, 2000).

La violenza domestica, definita nei paesi anglosassoni come Intimate Partner Violence (IPV), è un fenomeno sociale presente in tutto il mondo a prescindere dal gruppo sociale, economico, religioso o culturale. Campbell (2009) afferma che *"la violenza domestica è una costante nella vita delle donne di tutto il mondo"*.

La violenza viene classicamente distinta in quattro grandi tipologie: violenza fisica, psicologica, sessuale ed economica.

La **violenza fisica** include qualsiasi forma di intimidazione o azione che mina l'integrità fisica della persona. Non riguarda soltanto aggressioni fisiche, che causano ferite richiedenti cure mediche di emergenza, ma ogni tipo di contatto mirante a rendere la vittima soggetta al

controllo dell'aggressore. Vi sono compresi comportamenti evidenti quali: spintonare, costringere nei movimenti, sovrastare fisicamente, privare del sonno, sputare contro, mordere, picchiare, schiaffeggiare, bruciare con sigarette, privare di cure mediche, strangolare, accoltellare, minacciare o aggredire con un oggetto o con un'arma, abbandonare in condizioni di pericolo, non prestare soccorso in caso di necessità, etc. Altre azioni sono più subdole e si rivolgono a qualcosa a cui la donna tiene (animali, oggetti, vestiti, etc.), ai mobili di casa, o a qualcosa che le è necessario, come i documenti. Si tratta di vere e proprie dimostrazioni di forza per determinare un ruolo di sottomissione. La gravità delle ferite varia da abrasioni e graffi, a fratture fino alle lesioni permanenti ed alla morte.

La violenza fisica può essere preceduta e/o accompagnata da **violenza psicologica**, definita come ogni abuso o mancanza di rispetto che lede la libertà e l'identità personale dell'altro, con conseguente insicurezza, paura e svalutazione di sé. Consiste in: minacce; svalorizzazione; eccessiva attribuzione di responsabilità; deprivazione; distorsione della realtà oggettiva; isolamento fisico e

sociale; estrema gelosia e possessività; intimidazione; insulti; degradazione ed umiliazione. Tale forma di violenza è insidiosa e causa perdita di autostima in chi ne è l'oggetto.

L'IPV può manifestarsi inoltre sotto forma di **violenza sessuale** che comprende ogni forma di coinvolgimento in attività sessuali senza il proprio consenso. Questa forma di violenza è molto difficile da riconoscere in quanto le vessazioni sessuali non sono considerate da molte donne come stupro se ad imporgliele è il proprio partner.

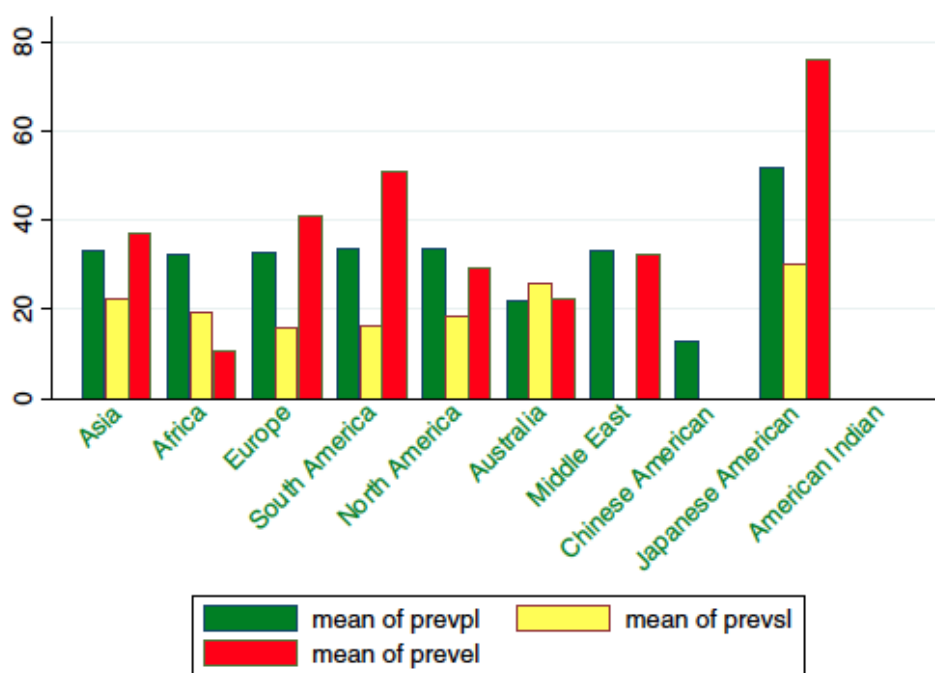
Con **violenza economica** si intende, invece, ogni forma di privazione e controllo diretto o indiretto che limiti l'accesso all'indipendenza economica di una persona, impedendole di disporre di denaro, ricercare o mantenere un lavoro, conoscere le dinamiche economiche del nucleo familiare, etc.

Gli studi di prevalenza sul fenomeno riportano dati molto variabili, con una prevalenza lifetime che varia dal 15 al 71% tra i paesi studiati nelle indagini condotte dalla WHO (Garcia-Moreno et al. 2006).

Risulta, infatti, piuttosto difficile fare una precisa valutazione dell'incidenza del fenomeno nelle varie realtà sociali e culturali come emerge da una recente review sugli

studi di prevalenza del fenomeno violenza (Alhabib et al., 2010). La maggior parte degli studi sono stati condotti in America (41%), segue poi l'Europa (20%); nel 56% dei casi erano studi di popolazione, mentre nel 17% dei casi erano studi condotti su soggetti afferenti ai servizi sanitari. Esiste una considerevole eterogeneità tra le diverse aree geografiche ed i diversi contesti (Fig.1)

Fig. 1 Prevalenza media della violenza nei vari Continenti



Note: prevpl=prevalence of life time physical violence, prevel=prevalence of life emotional
prevsl=prevalence of lifetime sexual violence

(Tratto da: Alhabib S. , Nur U. , Jones R. Domestic Violence Against Women: Systematic Review of Prevalence Studies. J Fam Viol (2010) 25:369–382)

I dati di prevalenza risentono, inoltre, di importanti implicazioni sociali, politiche ed economiche oltre che

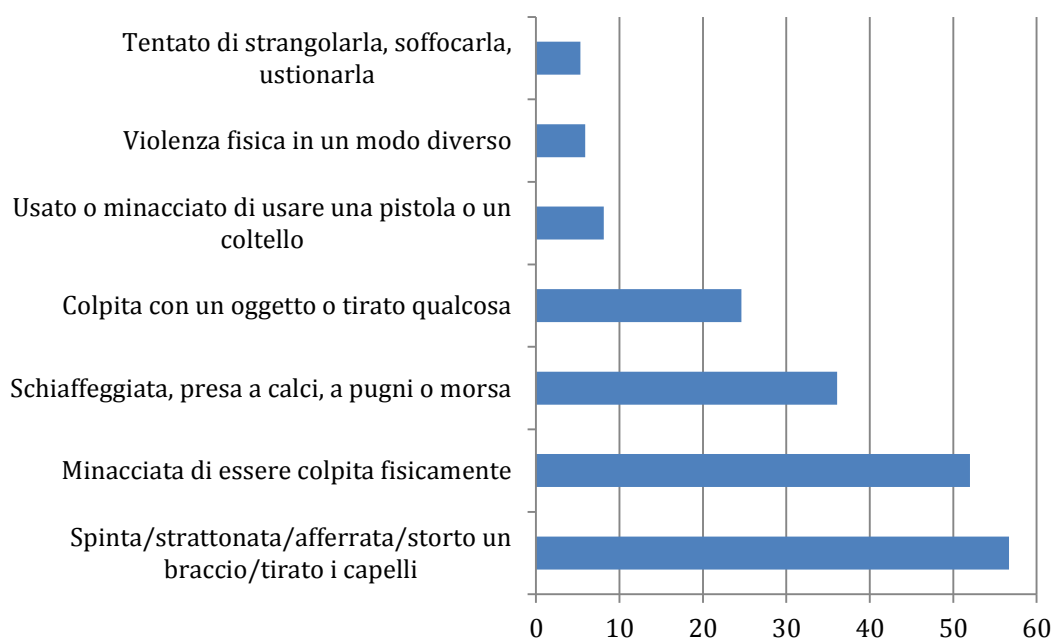
culturali. Infatti, in alcuni paesi arabi la violenza non è ancora considerata un problema centrale a dispetto del crescente numero di episodi e delle conseguenze, ma viene vissuto come fatto privato, una risposta giustificabile ad un "misbehaviour" della moglie.

In Italia, l'ultima indagine riguardante il fenomeno è quella condotta dall'ISTAT nel 2006, che ha indagato un campione di 25 mila donne tra i 16 ed i 70 anni.

Sono 6 milioni 743 mila le donne di età compresa tra i 16 ed i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita (il 31,9% di questa fascia d'età) (Fig.2). Rilevante è il dato riguardante il coesistere di diverse forme di violenza subita nella stessa donna. Un terzo delle vittime, infatti, subisce atti di violenza sia fisica che sessuale. La maggioranza delle vittime ha subito più episodi di violenza. La violenza ripetuta avviene più frequentemente ad opera del partner che del non partner (67,1% vs 52,9%). Tra le diverse forme di violenza sessuale, le più frequenti sono le molestie fisiche (79,5%), l'aver avuto rapporti sessuali indesiderati vissuti come violenza (19%), il tentato stupro

(14%), lo stupro (9,6%) ed i rapporti sessuali degradanti ed umilianti (6,1%).

Fig. 2 Donne tra 16 e 70 anni che hanno subito violenza fisica da un qualsiasi uomo, per forme di violenza subita, nel corso della vita - anno 2006 (per 100 donne vittime di violenza fisica)- DATI ISTAT 2007



Questi dati indicano la rilevanza del fenomeno in Italia, e la necessità di una valutazione del fenomeno sia in termini di prevenzione che di analisi delle conseguenze sulla salute fisica e psichica della donna.

1.2 Conseguenze psichiatriche della violenza domestica

La violenza nei confronti delle donne comporta gravi conseguenze a livello psicopatologico, sia transitorie che a lungo termine, oltre alle ben note conseguenze sulla salute fisica della donna stessa.

Le conseguenze psicologiche di esperienze traumatiche accorse in relazioni intime possono essere classificate in tre categorie: a) sintomi psicologici, inclusi quelli riferibili a depressione o altri disturbi psichiatrici; b) cambiamenti cognitivi, inclusi attribuzioni o attitudini; c) difficoltà relazionali (Dutton et al. 1992).

L'essere esposti, ripetutamente nel corso del tempo, a maltrattamenti di ogni genere può sfociare in un generale senso di malessere, caratterizzato da insonnia, tachicardia, difficoltà a deglutire, apatia, ansia costante, deficit di attenzione e concentrazione, instabilità emotiva, paura e sfiducia verso gli altri. Tutti questi sintomi psichici spesso vengono sottovalutati ma nel tempo possono consolidarsi e dar luogo a disturbi psichiatrici più evidenti e definiti.

Sono, infatti, stati descritti diverse patologie psichiatriche in donne che avevano subito violenza: disturbo

post traumatico da stress (PTSD) (Astin et al., 1993; Dutton, 1992; Gleason, 1993; Woods et al., 2000), depressione (Gleason, 1993; Campbell et al., 1996), disturbi d'ansia, disturbi della condotta alimentare, ideazione e tentato suicidio e aumento del rischio di dipendenza da sostanze (Campbell, 2002)

A medio e lungo termine, la conseguenza più frequente è la **depressione**: numerose ricerche mostrano che le donne maltrattate dal partner hanno un rischio di depressione 4/5 volte maggiore rispetto alle altre donne.

Le donne che subiscono abusi da parte del partner hanno un elevato rischio di sviluppare **disturbo post-traumatico da stress (PTSD)**. Tale disturbo deriva dall'interazione di due fattori fondamentali: un evento in grado di mettere a repentaglio la vita di chi vi si trova coinvolto (come gli episodi di violenza quotidiana a cui queste donne sono continuamente esposte) e le caratteristiche personali del soggetto in termini di capacità di affrontare, elaborare e superare il trauma.

Il DSM-IV-TR definisce i seguenti criteri diagnostici per il PTSD:

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:

1. la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;

2. la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.

B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

1. ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni;

2. sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento;

3. agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione);

4. disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;

5. reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

1. sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma;

2. sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma;

3. incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma;

4. riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative;

5. sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri;

6. *affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti di amore);*

7. *sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli o una normale durata della vita).*

D. Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:

1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno;

2. irritabilità o scoppi di collera;

3. difficoltà a concentrarsi;

4. ipervigilanza;

5. esagerate risposte di allarme.

La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

È frequente riscontrare i sintomi elencati tra le donne maltrattate, infatti, la prevalenza di PTSD tra le vittime di IPV è alta, variando dal 45% all'84% (De Jonge et al., 2008). La gravità della violenza risulta essere significativamente e positivamente correlata con l'intensità dei sintomi di PTSD (Woods, 2008). Inoltre, tra le donne che hanno subito violenza i sintomi possono durare a lungo anche dopo la fine della relazione maltrattante (Woods et al., 2000).

Rilevante è, altresì, la forte associazione positiva tra disturbo post-traumatico da stress e le diverse forme di IPV. Alcuni dati indicano che la violenza psicologica sia la più predisponente nello sviluppo di PTSD (Pico-Alfonso et al., 2005), seguita dalla violenza sessuale e da quella fisica. Questo studio sottolinea l'importanza di separare gli effetti dei diversi tipi di violenza domestica, quando si prendono in considerazione le sue conseguenze sulla salute mentale delle donne.

Ci sono diversi fattori che aumentano la probabilità che le donne sviluppino PTSD a seguito di esperienze di IPV. In primo luogo, quando l'abuso sessuale si verifica in concomitanza con altri tipi di IPV, aumenta il rischio per il PTSD e per altre gravi conseguenze sulla salute mentale (Weaver et al., 2007). La violenza sessuale da parte di un partner, inoltre, predice maggiormente il PTSD rispetto a quella perpetrata da uno sconosciuto (Temple et al., 2007). In secondo luogo, sono rilevanti il tipo di abuso e la tempistica di abuso (cronica, recente). Tuttavia, ci sono fattori, come sostegno sociale e stile di coping proattivo, che possono ridurre la possibilità che le donne sviluppino PTSD a seguito di esperienze di IPV.

Coker (2005) ha individuato fattori protettivi che sembrano aumentare la resilienza nei soggetti che hanno subito IPV. Questi fattori sono: elevati livelli d'istruzione e di reddito e l'essere sposati. Nello stesso studio, condotto con un campione di 185 uomini e 369 donne vittime di IPV, sono emersi punteggi di PTSD più alti per le donne rispetto agli uomini. Elevati punteggi di violenza fisica o psicologica, attuali sintomi depressivi ed aver lasciato il partner violento almeno una volta, sono risultati associati al rischio di sintomi moderati-gravi di PTSD.

Le donne in stato di gravidanza che subiscono IPV sono più esposte alle conseguenze sopra descritte. E' emerso che sintomi depressivi, disturbi somatici e sintomi di PTSD erano più alti nelle donne in gravidanza che avevano riportato una storia di IPV e coercizione sessuale rispetto alle donne non abusate (Varma et al., 2007).

Un'altra conseguenza tipica dello stato di disperazione in cui versano le donne abusate è il **suicidio**: da uno studio francese (Ricerca Enveff, 2002) su un campione di 7000 donne, emerge che il rischio di un tentativo di suicidio aumenta di 19 volte nei mesi successivi un'aggressione fisica e di 26 volte in seguito a una violenza sessuale

(Romito, 2008). I dati emersi evidenziano come una donna che ha subito gravi abusi abbia 12 volte più probabilità di tentare il suicidio rispetto ad una che non ha subito violenze.

2. SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo primario della ricerca è stato quello di valutare la presenza di disturbi psichiatrici, quali depressione e disturbo post traumatico da stress, in un campione di donne afferenti ad un Centro Antiviolenza che hanno subito Intimate Partner Violence. Si mira, poi, a rilevare l'eventuale correlazione tra IPV e variabili socio-demografiche (es. numero dei figli, status sociale, scolarità, livello occupazionale etc.), variabili anamnestiche (violenza subita nell'infanzia, violenza subita in gravidanza) e le alterazioni psicopatologiche (depressione, PTSD, alessitimia) rilevate alle scale di assessment.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Campione

Il campione della ricerca è stato reclutato presso il Centro Antiviolenza "Thamaia" di Catania. Sono state contattate tutte le donne consecutivamente afferenti al centro nel periodo compreso tra febbraio e luglio 2011, alle quali veniva

proposta da parte degli operatori della struttura la partecipazione allo studio, in caso di parere positivo veniva fissato un appuntamento per la valutazione clinica. Tutte le donne partecipanti hanno compreso le finalità dello studio e firmato il consenso informato.

3.2 Criteri d'inclusione

I criteri d'inclusione per partecipare alla ricerca sono stati i seguenti:

- sesso femminile;
- età compresa tra i 18 ed i 65 anni;
- l'essere impegnate (o l'esserlo stato nell'anno precedente l'intervista) in una relazione eterosessuale, coniugale o di convivenza, di almeno 12 mesi;
- aver subito violenza domestica (o essere stata vittima di violenza domestica nei 12 mesi precedenti l'intervista);
- capacità di esprimere valido consenso alla ricerca;
- assenza di ritardo mentale, disturbi psicotici, condizioni mediche gravi, deficit neurologici.

3.3 Assessment

3.3.1 Intervista semistrutturata: per la raccolta dei dati socio-demografici relativi alla donna ed al partner, dati sulla violenza subita e su eventuali pregressi (violenza nell'infanzia e violenza in gravidanza);

3.3.2 Valutazione psichiatrica e anamnesi

Veniva effettuata una valutazione clinica e la raccolta dei dati anamnestici, tramite colloquio clinico da parte di uno specialista in psichiatria formato da un training specifico sulle problematiche della violenza nelle donne.

3.3.3 Valutazione testologica

L'assessment testologico è stato effettuato mediante l'ausilio dei seguenti strumenti:

- *Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2)* (Strauss, 2004):
Versione Italiana della scala Conflict Tactics Scale 2
(versione italiana Signorelli et al., 2011 submitted).

Questo strumento è ampiamente utilizzato a livello internazionale per valutare il conflitto all'interno della coppia, per individuare dinamiche di abuso e maltrattamento all'interno di una relazione intima. Lo strumento indaga aree

quali la violenza fisica, la violenza sessuale, la violenza psicologica, le lesioni fisiche subite e le dinamiche di negoziazione e compromesso all'interno di una relazione.

La scala del tipo Likert a sette punti, con punteggi da 0 (mai) a 6 (più di 20 volte) che valutano la frequenza del comportamento descritto nei 12 mesi precedenti e il punteggio 7 per indicare la presenza del fenomeno lifetime.

Viene calcolato il severity score tramite la somma dei valori medi di ogni item delle sottoscale corrispondenti (Straus, 1979).

- *Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS-21)*: è forse la scala più utilizzata in ambito psichiatrico per la valutazione obiettiva della sintomatologia depressiva. Prende in considerazione 21 aspetti, facenti riferimento ad un ampio spettro di aree tanto psichiche quanto somatiche. Gli item dell'HAM-D sono diversamente graduati: alcuni a 3 (0-2) ed altri a 5 (0-4) livelli di gravità, ed ogni livello è associato ad una definizione abbastanza precisa ed esauriente. L'HAM-D è una scala di eterovalutazione e i criteri di valutazione sono, per la maggior parte degli item, la risultante dell'integrazione tra l'osservazione obiettiva dei segni e l'esposizione soggettiva dei sintomi, anche se il

criterio di gravità fa riferimento prevalentemente agli aspetti obiettivi. Il cut-off di gravità è: ≥ 25 depressione grave, 18-24 depressione moderata, 8-17 depressione lieve, ≤ 7 assenza di depressione.

- *Davidson Trauma Scale (DTS)*: scala di autovalutazione specificamente designata per valutare i sintomi del DPTS in soggetti con una storia di uno o più eventi traumatici esterni. Misura la frequenza e la gravità dei sintomi e consente di valutare gli effetti del trattamento. È composta da 17 item che corrispondono ad ognuno dei 17 sintomi del DSM-IV. Gli item possono essere suddivisi come segue:

- item 1-5: criterio B (esperienze di tipo intrusivo);
- item 6-12: criterio C (evitamento ed ottundimento);
- item 13-17: criterio D (ipervigilanza).

Il punteggio totale della scala può oscillare da 0 a 136 ed il cut-off considerato per dire che il disturbo è presente o assente è 40.

- *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*: scala di autovalutazione formata da 20 item, ciascuno misurato su una scala a 5 punti. Permette di valutare i seguenti fattori: difficoltà ad identificare i propri sentimenti ed a distinguerli dalle sensazioni fisiche delle emozioni (item 1, 3, 6, 7, 9, 13

e 14); difficoltà ad esprimere i propri sentimenti (item 2, 4, 11, 12 e 17); pensiero orientato esternamente (item 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 e 20). I cut-off sono: ≥ 61 alessitimia positiva; 50-60 alessitimia indeterminata; < 50 alessitima negativa.

3.4 Analisi statistica

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software SYSTAT versione 12 ed il software STATA 8; è stata condotta una analisi descrittiva delle variabili e confronti statistici con T-Test e coefficiente di Pearson.

4. RISULTATI

4.1 Caratteristiche cliniche e socio-demografiche

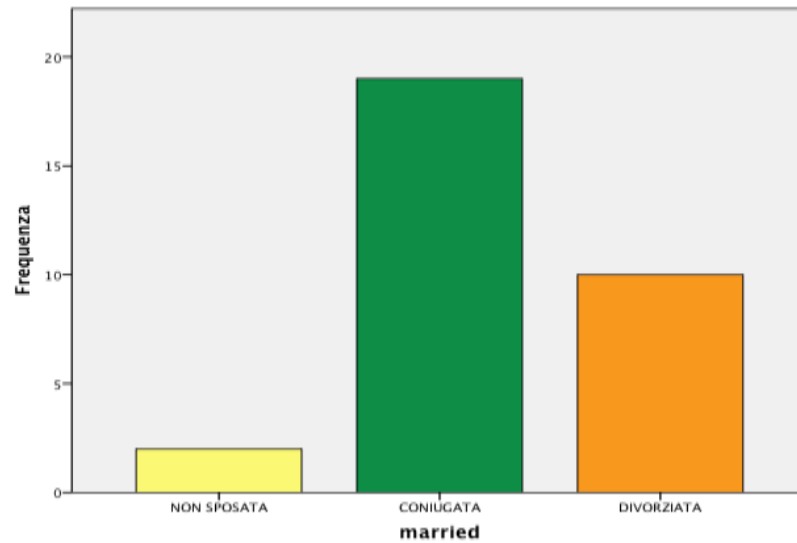
L'età media delle donne del campione è $41,3 \pm 8,5$, range età 21-54 anni, la scolarità media è $11,9 \pm 3,6$ anni e il numero di figli è in media $2,4 \pm 1,4$. In termini di status, la condizione sociale rilevata è prevalentemente di tipo basso (58,06%), per il 38,71% invece è di tipo medio e solo per il 3,22% è di tipo alto. In riferimento alla situazione coniugale dieci donne (32,26%) erano separate o divorziate (Graf.1).

Per quanto riguarda la violenza dubita nel passato 9 donne (29,03%) hanno subito violenze durante l'infanzia. Per quanto riguarda l'IPV in gravidanza, su 31 donne, 16 (51,61%) dichiarano di esserne state vittime, 3 (9,68%) non rispondono e 12 (38,71%) affermano di non aver subito violenza durante le fasi di gravidanza. I dati socio-demografici sono riassunti in tabella 1.

Tab.1 Dati socio-demografici

Variabile	Campione (N=31)
Età	41,26 (±8,55)
Scolarità (anni)	11,87 anni (±3,63)
Stato civile	21(67,4%)
- coniugata	
- separata/divorziata	10 (32,6%)
Figli	2,43 (1,39)
Condizione sociale	
-bassa	58,06%
-media	38,71%
-elevata	3,22%
Lavoro	
- full time	31,2%
- casalinga	42,3%
- disoccupata	26,5%
Violenza nell'infanzia	29,03%
Violenza in gravidanza	51,61%

Graf. 1 Stato coniugale

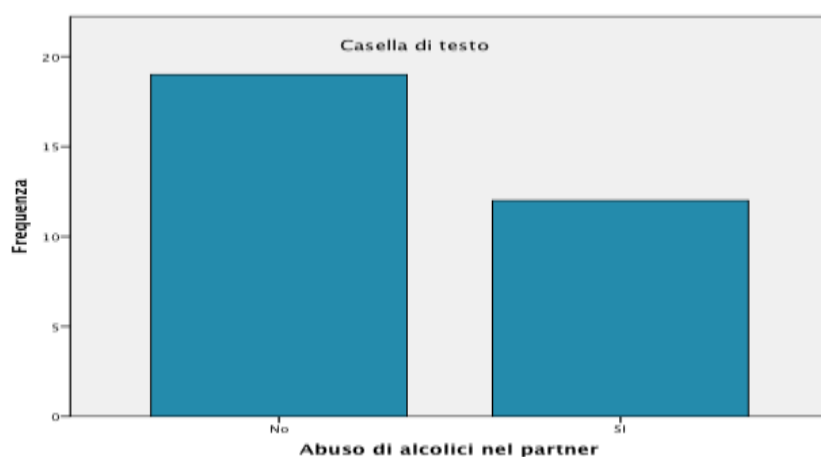


Sono state, inoltre, indagate alcune variabili relative al partner quali lo stato lavorativo, l'uso di alcol (12 partner su 30) (Graf. 2) o sostanze (7 partner su 30), precedenti trattamenti psichiatrici in anamnesi (3 soggetti schizofrenici e 2 con disturbi d'ansia, dati riferiti dalla compagna all'esaminatore).

Se si analizzano le caratteristiche socio-demografiche del campione di popolazione generale, utilizzato per la valutazione in italiano della scala CTS-2, ad opera dell'autrice, si evince una età media di $36,8 \pm 10,5$ inferiore a quella del campione in esame, e una scolarità $13,3 \pm 3,4$ maggiore con una minore percentuale di donne coniugate e

conviventi. Si evince, quindi, come questo campione si discosti dal campione di controllo presentando di base una maggiore età, minore scolarità e uno stato coniugale prevalente.

Graf. 2 Abuso di alcol nel partner



I punteggi ottenuti ai test sono esposti in tabella 2.

Tab.2 Punteggi ottenuti alle rating scale somministrate

Scala	N	Media (d.s)
Hamilton Rating Scale 21	31	16,3±8,9
Davidson Trauma Scale	31	71,5±36,3
TAS-20	20	59,1±20,7

Inoltre, convertendo i punteggi dei singoli soggetti in valori dicotomici 0-1 (assenza-presenza del fenomeno) a seconda del cut-off di riferimento, è stato possibile calcolare la frequenza di depressione (totale e distinta per livelli) e disturbo post-traumatico da stress nel campione (Tab.3). La depressione risulta essere presente nell'83,87% delle donne intervistate (Fig. 1): in prevalenza si tratta di depressione lieve (51,61%), ma nel 25,8% del campione il disturbo è presente in forma grave. Inoltre, è alta l'incidenza di PTSD [cut-off >40 alla DTS] nelle donne vittime di violenza domestica (77,42%). Non ci sono differenze nelle variabili socio-demografiche tra il gruppo con e senza PTSD.

Tab.3 Caratteristiche cliniche del campione

	Frequenza	%
Depressione	26	83,87
- lieve	16	51,61
- moderata	2	6,45
- grave	8	25,8

Disturbo Traumatico da Stress	Post	24	77,42
--	-------------	----	-------

Fig. 1 Incidenza della depressione nel campione esaminato

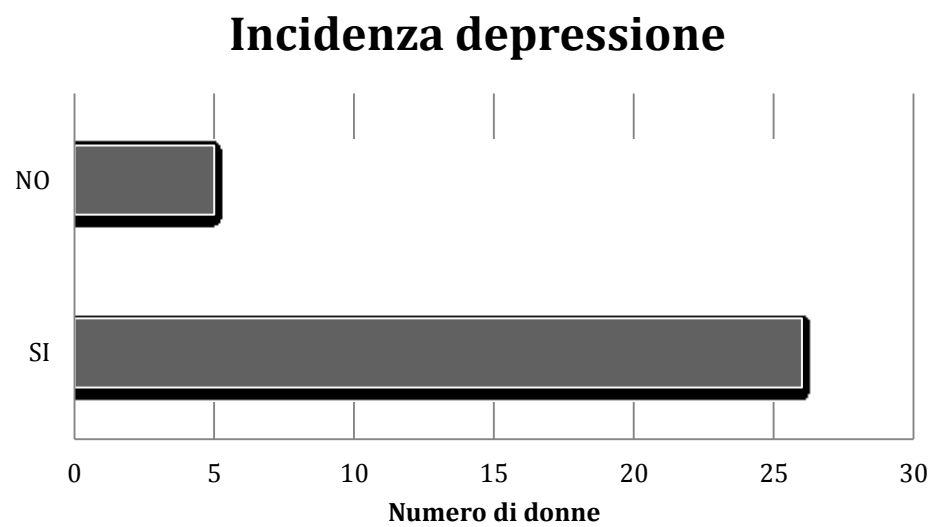


Fig. 2 Gravità della depressione

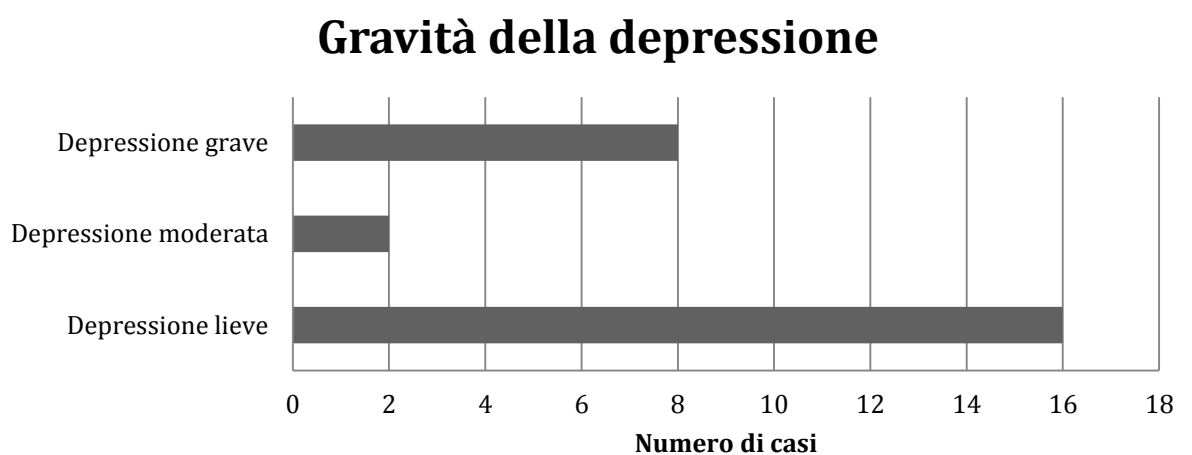
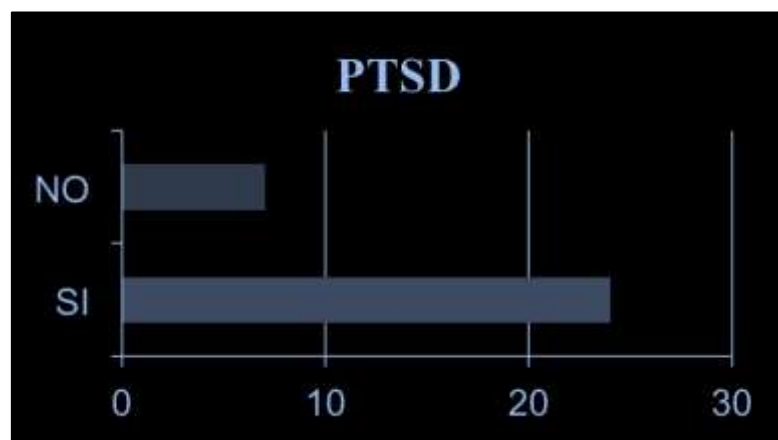


Fig. 3 Incidenza del PTSD



4.2 Risultati alla CTS-2

Si è proceduto, poi, con il calcolo della media e della deviazione standard della “prevalenza” per le scale della CTS-2 (Tab.4). La violenza fisica ha registrato il punteggio più alto (media 26,06); minore è la coercizione sessuale (media 10,42); negoziazione e violenza psicologica hanno la stessa media (8,35).

Tab.4 Punteggi alla CTS-2

Sottoscale	Media	D.s.
Violenza fisica	26,06	20,86
Violenza psicologica	8,35	5,88

Coercizione sessuale	10,42	13,61
Negoziiazione	8,35	5,88
Lesioni fisiche	8,58	7,45

Per quanto riguarda la scala della violenza fisica, è interessante il confronto tra i valori relativi alla prevalenza e i valori ponderati, che tengono in considerazione il diverso peso degli item (Tab.5). In media si registra violenza fisica di moderata gravità (media $73,6 \pm 57,7$), con un range da 0 a 197.

Tab.5 Punteggi ponderati scala violenza fisica

Donne	Prevalenza	Punteggio ponderato
1	18	48
2	23	67
3	22	52
4	0	0
5	6	10
6	28	60
7	34	86
8	1	1
9	48	124

10	6	6
11	1	1
12	63	197
13	35	90
14	14	46
15	54	148
16	44	118
17	2	2
18	54	129
19	8	20
20	6	6
21	54	148
22	6	10
23	28	60
24	34	86
25	1	1
26	63	197
27	35	90
28	14	46
29	54	148
30	44	118
31	8	20

5.3 Analisi dei dati

Si è passati poi alla valutazione delle correlazioni tra le scale della CTS e gli aspetti socio-demografici e le variabili psicopatologiche (Tab.6).

Tab.6 R di Spearman- correlazione tra le variabili

	PREV_NEGOZ	PREV_VIOL_PS	PREV_VIOL_FIS	PREV_COERC	PREV_LES
SOCIAL_STATUS	0,04	0,04	-0,01	-0,45*	0,09
CHILD	-0,39*	-0,39*	0,43*	0,11	0,30
DEPR_HAMILTON	0,36*	0,36*	0,01	0,06	0,25
TRAUMA_SC	0,13	0,13	-0,03	-0,20	0,20
ALEXIT_TAS	-0,16	-0,16	0,22	0,07	0,01

Correlazioni su N=31 Quando $r > 0,35$ allora $p < 0,05$

Come si evince dalla tabella ad uno stato sociale più alto correla una minore prevalenza della coercizione sessuale ($r = -0,45$ $p < 0,05$). Non vi sono relazioni significative tra lo stato sociale e le altre forme di violenza. All'aumentare del numero di figli, inoltre, aumenta la violenza fisica ($r = 0,43$ $p < 0,05$) e diminuisce il livello di negoziazione ($r = -0,39$ $p < 0,05$) e la violenza psicologica ($r = -0,39$ $p < 0,05$). Significativa è altresì la correlazione positiva tra depressione e negoziazione ($r = 0,36$ $p < 0,05$) e tra depressione e violenza psicologica ($r = 0,36$ $p < 0,05$). Non vi sono correlazioni significative tra disturbo post-traumatico da stress e le scale della CTS-2, né tra alessitimia e le scale della CTS-2.

Ciascuna variabile è stata correlata altresì con la gravità di violenza fisica e la cronicità annuale della stessa (Tab.7).

Tab.7 Correlazione tra fattori socio-demografici e gravità e cronicità annuale

	GRAVITA'	CRONICITA' ANNUALE
Status sociale	-0,13	-0,01
Figli	0,35	0,43*
HDRS	0,00	0,01
Davidson Trauma Scale	0,00	-0,03
Alexitimia Scale	0,18	0,22

All'aumentare del numero di figli cresce la gravità della violenza fisica ($r=0,35$ $p>0,05$) ma i risultati non sono significativi. Si evince una correlazione positiva tra numero di figli e cronicità annuale della violenza fisica ($r=0,43$ $p<0,05$).

L'analisi delle differenze tra le medie tra gruppi con T-test, considerando come variabile indipendente la presenza o meno di disturbo post-traumatico da stress presenta i seguenti risultati: Presenza / assenza di PTSD e "negoziiazione" ($p= 0,37$); Presenza / assenza di PTSD e prevalenza "violenza psicologica" ($p=0,37$); Presenza / assenza di DPTS e prevalenza "violenza fisica" ($p=0,59$);

Presenza / assenza di DPTS e prevalenza “coercizione sessuale” ($p= 0,06$); Presenza / assenza di DPTS e prevalenza “lesioni fisiche” ($p=0,65$); Presenza / assenza di DPTS e cronicità annuale violenza fisica ($p= 0,59$); Presenza / assenza di DPTS e gravità violenza fisica ($0,38$); Così come emerso nella fase precedente, non ci sono correlazioni significative tra DPTS e le variabili considerate, emerge solo una tendenza alla correlazione tra la coercizione sessuale ed il disturbo post traumatico da stress.

Abbiamo altresì considerato come variabile dicotomica l'aver subito episodi di violenza nell'infanzia, nove donne hanno riferito di aver subito violenza di qualsiasi genere durante l'infanzia, con i seguenti risultati: Presenza / assenza di violenza subita nell'infanzia ed ever prevalence “negoziiazione” ($p=0,10$); Presenza / assenza di violenza subita nell'infanzia ed ever prevalence “violenza psicologica”($p=0,05$) [group 0 mean $36,6 \pm 8,5$; group 1 mean $28,2 \pm 13,7$; differences in mean $8,41$, 95% confidence interval $0,17$ to $16,66$, T $2,09$, Df 29]; Presenza/assenza di violenza nell'infanzia ed ever prevalence "violenza fisica ($p=0,04$) [group 0 mean $41,7 \pm 14,5$; group 1 mean $26,7 \pm 22,9$; differences in mean $15,06$, 95% confidence interval

1,09 to 29,03 T 2,20, Df 29]; Presenza / assenza di violenza nell'infanzia ed ever prevalence “coercizione sessuale” (p=0,63); Presenza / assenza di violenza nell'infanzia ed ever prevalence “lesioni fisiche” (p=0,02) [group 0 mean 15,5± 8,6; group 1 mean 7, 3± 6,7; differences in mean 8,12, 95% confidence interval 1,56 to 14,68 T 2,53, Df 29]; Presenza / assenza di violenza nell'infanzia e cronicità annuale “violenza fisica” (p=0,68); Presenza / assenza di violenza nell'infanzia e gravità “violenza fisica” (p=0,87).

La violenza subita nell'infanzia correla negativamente con la violenza psicologica subita nell'ambito delle relazioni intime. L'assenza di violenza nell'infanzia è associata ad una più elevata media di violenza fisica e di lesioni fisiche, rispetto alla presenza della stessa, con differenze statisticamente significative tra le medie.

Per quanto concerne la variabile riferita violenza in gravidanza (n=16), abbiamo riscontrato i seguenti risultati: Presenza / assenza di IPV in gravidanza e prevalenza “negoziiazione” (p=0,03) [group 0 mean 11,8± 6,3; group 1 mean 7, 3± 3,8; differences in mean 4,52 95% confidence interval 0,55 to 8,49 T 2,34, Df 26]; Presenza / assenza di IPV in gravidanza e prevalenza “violenza psicologica”

($p=0,03$) [group 0 mean $11,8 \pm 6,3$; group 1 mean $7,31 \pm 3,8$; differences in mean 4,52, 95% confidence interval 0,55 to 8,49 T 2,34, Df 26]; Presenza / assenza di IPV in gravidanza e prevalenza “violenza fisica” ($p=0,01$) [group 0 mean $33,58 \pm 22,28$; group 1 mean $15,19 \pm 13,37$; differences in mean 18,40, 95% confidence interval 4,50 to 32,29 T 2,72, Df 26]; Presenza / assenza di IPV in gravidanza e prevalenza “coercizione sessuale” ($p=0,31$); Presenza / assenza di IPV in gravidanza e prevalenza “lesioni fisiche” ($p=0,02$) [group 0 mean $11,67 \pm 9,41$; group 1 mean $5,3 \pm 4,5$; differences in mean 6,42, 95% confidence interval 0,90 to 11,43 T 2,39, Df 29]; Presenza / assenza di IPV in gravidanza e cronicità annuale “violenza fisica” ($p=0,01$) [group 0 mean $33,6 \pm 22,28$; group 1 mean $15,2 \pm 13,4$; differences in mean 18,40, 95% confidence interval 4,50 to 32,29 T 2,72, Df 26]; Presenza / assenza di IPV in gravidanza e gravità “violenza fisica” ($p=0,01$) [group 0 mean $97,33 \pm 60,51$; group 1 mean $41,9 \pm 36,8$; differences in mean 55,46, 95% confidence interval 17,55 to 93,37 T 3,01, Df 26].

L'IPV in gravidanza è associata a medie più basse di negoziazione, violenza psicologica e fisica. Emerge, inoltre, che laddove ci sia stata violenza in gravidanza, ci sono

minori livelli di cronicità annuale di violenza fisica e di gravità della stessa.

I dati sono stati rianalizzati alla luce di possibili fattori di confondimento, infatti il cut off esclusivamente testologico può sovra o sotto stimare il fenomeno indagato.

Infatti, analizzando i dati alla luce della valutazione clinico diagnostica in riferimento al DSM IV-TR, fatta da un esaminatore in cieco, emerge che 13 donne hanno un disturbo post traumatico da stress e che 18 donne non hanno tale disturbo, rispetto alla divisione fatta sul cut-off del test (23 ptsd + e 8 ptsd -).

Questo ci ha fatto ragionare sulla sensibilità e specificità della Davidson Trauma Scale nel nostro campione (Tab.8), con una sensibilità del 100% (71.7-100), ed una specificità 38.9 (18.3-63.9), con un valore predittivo positivo (PPV) del 54.2% (33.2-73.8) e un valore predittivo negativo (PVN) del 100% (56.1-100), mostrando così una elevata sensibilità ma una bassa specificità.

Tab. 8 Predittività del test DTS rispetto alla diagnosi al DSM IV TR

	DSM +	DSM -
DTS cut off +	VP (13)	FP (11)
DTS cut off -	FN (0)	VN (7)

Il gruppo PTSD + e PTSD – non differiscono né per età né per scolarità.

Il confronto tra i risultati dei test nel confronto tra i gruppi presenta dati interessanti, benché non significativi, verosimilmente a motivo della bassa numerosità campionaria (Tab.9). I trend che potrebbero rivelare una significatività sono la prevaenza lifetime della violenza psicologica, la prevalenza della negoziazione e la prevalenza della violenza psicologica e delle lesioni.

Emerge infatti già dai punteggi alle medie una maggiore presenza di violenza psicologica nel campione che sviluppa PTSD benché il tentativo di negoziazione all'interno della coppia risulta evidente con tentativi di negoziazione, verosimilmente infruttuosi che sfociano in una elevata prevalenza di lesioni.

Tab.9 Punteggi medi e confronto tra gruppi

	PTSD –	PTSD +	p-value
EP Negoziazione	10.7 ± 6.4	10.5±7.9	0.962
EP Violenza Psicologica	35.4±12.2	32.5±8.5	0.0925
EP Violenza Fisica	40.1±17.9	33.6±18.9	0.3433
EP Coercizione sessuale	13.5±15.9	14.1±13.3	0.9126
EP Lesioni	14.4±8.6	11.2±9.02	0.3241
Prevalenza Negoziazione	6.7±3.3	10.5±7.7	0.0784
Prevalenza Violenza Psicologica	6.7±3.3	10.5±7.9	0.0784
Prevalenza Violenza Fisica	23.7±22.2	29.3±19.2	0.4713
Prevalenza Coercizione Sessuale	8.5±13.4	13.1±14.0	0.3644
Prevalenza Lesioni	6.7±5.6	11.2±9.0	0.0925
Cronicità annuale	23.7±22.2	29.3±19.2	0.4713
Punteggio pesato (gravità)	70.5±62.5	77.9±52.6	0.7305

(EP= ever prevalence, o prevalenza lifetime)

5. DISCUSSIONE

I dati sulla prevalenza, sulle conseguenze e sui costi della Intimate Partner Violence dimostra il persistente e devastante impatto sulla vita delle donne, dei bambini e della società. Da oltre 20 anni l'IPV è stato dichiarato essere un importante problema di salute pubblica, ma rimangono ancora molti gap negli approcci al problema.

Determinare i fattori di rischio per la violenza domestica può darci informazioni importanti sia per lo screening che per i programmi di intervento. Inoltre, identificare fattori che concorrono alla persistenza del fenomeno, possono portare ad interventi di prevenzione mirati e personalizzati (Crowne et al., 2011).

Le ricerche hanno cercato di identificare i fattori di rischio dell'esperienza individuale che portano al rischio di IPV o alla sua persistenza, quali l'età, l'etnia, lo stato socio-demografico e lo stato lavorativo (Connelly et al., 2006; Field and Caetano, 2003; Jasinski, 2001 and Johnson, 2003). Ci sono inoltre le caratteristiche del partner che possono essere associate al rischio di IPV o alla sua persistenza. Alcuni esempi includono l'età del partner, lo stato lavorativo e l'uso di alcol e di sostanze di abuso (Field and Caetano, 2003; Jasinski, 2001, Johnson, 2003). Anche aspetti legati

alla relazione inclusa la legittimazione del matrimonio, la durata della relazione sono associate all'IPV (Jasinski, 2001b; Johnson, 2003 and Connelly et al., 2006). Per esempio ha riscontrato che la convivenza (Jasinski 2001) ha un rischio maggiore di IPV rispetto alle coppie sposate in un periodo di 5 anni. Ci sono poi fattori di rischio relativi alla violenza stessa (tipo, frequenza). Per esempio, alcuni ricercatori suggeriscono che la violenza psicologica è un precursore della violenza fisica (O'Leary, 1999). La frequenza di violenza fisica è un fattore di rischio per la persistenza di IPV (Johnson, 2003).

Questi fattori di rischio risentono inoltre delle differenze culturali o di contesti di rischio sociale (Crowne et al., 2011)

Lo scopo della ricerca è quello di approfondire i dati relativi ai fattori di rischio alla luce delle diverse forme di violenza e della loro correlazione sia con fattori socio-demografici ma anche clinici.

L'analisi dei dati ci permette di evidenziare alcuni highlight.

-IPV e numero dei figli: il numero di figli è associato positivamente con la violenza fisica e negativamente con il livello di negoziazione e la violenza psicologica.

Per cui all'aumentare del numero di figli aumenta il rischio di violenza fisica e contemporaneamente si riducono le possibilità di negoziazione ma anche la presenza di violenza psicologica. Tale dato potrebbe essere un indicatore indiretto di un basso livello socio-culturale o di una conflittualità legata anche all'occupazione degli spazi.

A tal proposito Roberts et al. (2011) hanno evidenziato come la presenza di un bambino piccolo in casa sia un fattore di rischio di IPV per l'uomo.

-IPV e status sociale: ad uno status sociale più alto correla una minore prevalenza della coercizione sessuale. Non vi sono relazioni significative tra lo status sociale e le altre forme di violenza e ciò conferma la trasversalità del fenomeno.

-IPV e violenza subita nell'infanzia: nel nostro studio la violenza subita nell'infanzia tende a correlare negativamente con la violenza psicologica subita nell'ambito delle relazioni intime. L'assenza di violenza nell'infanzia è associata ad una più elevata media di violenza fisica e lesioni fisiche, rispetto alla presenza della stessa, con differenze statisticamente significative tra le medie.

Tali dati presentano una difficile interpretazione.

La letteratura ci mostra come l'esperienza di un abuso in età infantile può creare una distress sia psicologico che interpersonale (Molnar, Buka, & Kessler, 2001), con conseguenze psicopatologiche associate quali depressione, suicidio, ansia e PTSD (Miner et al., 2006 , Ozbaran et al., 2009). La violenza in età infantile determina un aumentato rischio di revittimizzazione sia fisica che sessuale nel contesto di relazioni intime (Banyard et al., 2000; Campbell et al., 2008). Le donne abusate nell'infanzia riportano 1.6 volte in più violenza fisica (Noll et al., 2003 and Putnam, 2003), o secondo dati recenti donne che hanno subito un alto livello di maltrattamenti in età infantile hanno un rischio di 14,3 volte maggiore rispetto all'aumento di 2,5 volte in donne con un basso livello di maltrattamento in età infantile.

Ci sono dati consistenti sul link tra perpetrazione dell'IPV in età adulta e la violenza specialmente fisica subita nell'infanzia e l'essere testimoni di IPV. La teoria della "stress sensitization" sostiene che i maltrattamenti in età infantile, sia fisiologicamente che psicologicamente, sensibilizzano gli individui ad una aumentata reattività a stressor successivi. L' aumento della vulnerabilità può essere

spiegato con una sensibilizzazione del sistema nervoso centrale – disregolazione dell'asse ipotalamo ipofisario- ed effetti sulla corteccia prefrontale- con un impatto sul *threat-appraisal response system*, con un aumento della vulnerabilità ai disturbi dell'umore e d'ansia. Inoltre, c'è un'associazione con un aumento della reattività emotionale agli stressor della vita quotidiana. Questo crea una pathway complessa che mette in relazione i maltrattamenti subiti nell'infanzia, un aumento della reattività agli stress, i fattori di vita stressante ed il rischio di IPV. Una recente review del fenomeno mostra che la perpetrazione della violenza appare in relazione ad un effetto sommatorio della presenza di eventi di vita stressanti ai maltrattamenti subiti (De Roberts et al., 2011), mentre classicamente gli studi avevano indagato le singole variabili separatamente riscontrando che entrambe erano fattori di rischio. Anche questo lavoro di ricerca risente di tale limitazione, in quanto non è stata somministrata una scala di valutazione che tenesse conto di eventi di vita stressanti, ma sono stati considerati solo i dati socio-demografici (livello socio-economico, scolarità, occupazione) o alcune variabili legate alla donna o al partner (anamnesi psichiatrica, abuso di alcool o di

sostanze) come dati indiretti della condizione di vita della coppia stessa. E' stato possibile poi analizzare solo in parte la differenza tra inizio e perpetrazione del fenomeno IPV, tramite la cronicità e la prevalenza lifetime della violenza così come valutato alla CTS-2, ma sarebbe stato utile utilizzare dei parametri assestanti o fare una valutazione di follow-up delle donne intervistate. Un altro possibile bias è legato al campione, si tratta di donne con un buon livello culturale, che hanno richiesto l'aiuto ad un centro antiviolenza privato e in molti casi hanno avviato una procedura legale, inoltre, possono aver intrapreso un percorso di consulenza psicologica, questa variabilità può contribuire alla diversità del dato. Dai risultati appare quasi una forma protettiva del fenomeno stesso, sottolineando una modalità di difesa o di negazione del fenomeno.

-IPV e violenza subita in gravidanza: Colpisce che l'IPV in gravidanza sia associata a medie più basse di violenza psicologica e violenza fisica, oltre che negoziazione. Inoltre, è emerso che laddove ci sia stata violenza in gravidanza, ci sono minori livelli di cronicità annuale di violenza fisica e di gravità della stessa.

La prevalenza stimata di violenza, prima, durante e dopo la gravidanza è del 47.4% (Silva et al. 2011), e se si considera separatamente rispettivamente del 32.4%, 31.0% and 22.6%. Altri studi riportano dati molto variabili che vanno dal 3 (Devries et al., 2011) al 30% (Salari et al., 2008). Le donne che riportano violenza prima della gravidanza hanno un rischio 11,6 volte maggiore di riportare violenza durante la gravidanza (Silva et al. 2011).

La violenza psicologica è quella più frequente durante la gravidanza, quella sessuale è la meno rappresentata specialmente dopo il parto. La violenza fisica diminuisce di almeno il 50% durante la gravidanza rispetto al periodo precedente. La metanalisi di Devries et al. (2010) confrontando la prevalenza di IPV in gravidanza in 19 Paesi ha riscontrato che i dati sulla prevalenza lifetime, nell'anno precedente e sulla gravità hanno denominatori differenti rispetto alla violenza in gravidanza, suggerendo che in generale la violenza durante la gravidanza si presenta con livelli più bassi rispetto alle altre forme di IPV. L'unica eccezione a tale pattern è stata la Danimarca, in cui la violenza in gravidanza era più comune della IPV di grado severo e delle violenze subite nell'ultimo anno, d'altrocanto

paesi con elevati livelli di IPV non necessariamente riportano un'alta prevalenza di IPV in gravidanza.

Ad esempio l'Uganda ed il Mozambico riportano la più alta percentuale di gravità di IPV ma i livelli più bassi di IPV in gravidanza. Molti studi hanno cercato di identificare le donne a maggior rischio di IPV in gravidanza, riscontrando che mentre l'IPV si può trovare in donne di qualsiasi livello socioeconomico, molti studi hanno trovato il riscontro di IPV in gravidanza in donne con un basso livello socio-culturale, dati confermati dagli studi di popolazione (Baley, 2010). La giovane età, il non essere sposati e l'appartenere ad un gruppo sociale minoritario sono fortemente associati al rischio di IPV in gravidanza.

Non è chiaro se la gravidanza sia un fattore protettivo, comunque donne in vari studi e setting hanno riportato livelli significativi di IPV. I tassi di incidenza sembrano differire tra i vari paesi anche in riferimento alle diverse metodologie utilizzate

Di certo la violenza durante la gravidanza è associata ad effetti avversi sulla salute della donna, in particolare la violenza psicologica appare fortemente associata alla depressione post-natale indipendentemente dalla violenza

fisica o sessuale (Ludermir et al., 2010) ed effetti sul nascituro con parti prematuri e basso peso alla nascita (Baley, 2010).

-IPV e depressione: dai punteggi ottenuti alla HDRS è emersa la presenza di un'elevata incidenza di sintomatologia depressiva nelle donne intervistate, pari all'83,87%. In prevalenza si tratta di depressione lieve (51,61%), ma nel 25,8% del campione il disturbo è presente in forma grave. Significativa è la correlazione positiva tra depressione e violenza psicologica.

I dati relativi allo studio ci dicono che solo quattro delle donne intervistate con depressione avevano consultato il loro medico per tale motivo e solo due donne assumevano terapia antidepressiva. La depressione in questa popolazione è spesso cronica e persiste a lungo anche dopo la fine della IPV (Campbell & Soeken, 1999).

-IPV e PTSD: l'incidenza di PTSD nelle donne vittime di violenza domestica (77,42%) è alta ma non vi sono correlazioni significative tra disturbo post-traumatico da stress e le sottoscale della CTS-2. Tale dato risulta dalla

valutazione testologica, utilizzando il cut-off di 40 alla Davidson Trauma Scale, ma una valutazione blinded fatta esclusivamente sulla valutazione clinica rivelava che 14 donne presentavano PTSD rispetto alle 24 alla valutazione della scala, indicando un effetto di sovrastima del test o la possibilità di una amplificazione della sintomatologia.

Così come confermato da Iverson et al. (2011) anche nel nostro studio la presenza e la gravità del PTSD non è correlata alla gravità dell'IPV, contrariamente ad altri dati di letteratura (Woods et al., 2008).

Diverse sono le limitazioni dello studio:

- la ridotta numerosità campionaria non consente un'analisi approfondita del fenomeno e taluni dati potrebbero diventare significativi, così come espresso dai trend, all'aumentare del campione stesso;
- un bias è legato al campionamento, infatti, le donne sono state reclutate presso un centro antiviolenza.
- l'utilizzo della diagnosi clinica rispetto alla valutazione testistica presenta delle differenze in quanto la Davidson Trauma Scale ha una alta sensibilità (100%) ma una bassa specificità (38.9%).

In conclusione, identificare e riconoscere precocemente i fattori di rischio e le conseguenze dell' IPV è molto importante ai fini di ridurre i rischi di morbidità e mortalità per le donne e i minori coinvolti. Un'accurata indagine, mediante validi strumenti di assessment, incrementa la possibilità sia di individuare la violenza familiare che di intervenire concretamente su di essa, dà valore all'IPV come problema di salute pubblica, centrale per il contesto sanitario, e permette di fornire la giusta assistenza.

L'importanza dei dati di incidenza della depressione e del PTSD ci porta a fare riflessioni in termini preventivi e terapeutici.

Il PTSD è spesso cronico in tali donne e persiste anche dopo la fine delle violenze (Campbell & Soeken, 1999), per cui le donne necessitano di trattamenti prolungati non solo farmacologici ma anche psicoterapici. La cognitive processing therapy (CPT, Resick et al., 2008) è una terapia cognitiva utilizzata in vari contesti tra cui il trattamento di donne con IPV. Complessa è la relazione tra la presenza di IPV recente, lifetime e l'aggancio terapeutico, l'aderenza alla terapia e l'outcome, in quanto in fasi diverse le donne esprimono una modalità affettiva e comportamentale

differente. Le donne che hanno subito una violenza fisica recente hanno più difficoltà ad iniziare il trattamento terapeutico, a motivo ad esempio della preoccupazione per la reazione del partner, per motivi di sicurezza, limitate risorse etc. I dati dimostrano che quando una donna inizia un trattamento terapeutico è pronta al cambiamento dello stile di vita e quindi anche alle azioni legali conseguenti. La frequenza dell'IPV non interferisce sull'outcome della terapia, le donne che hanno un aggancio terapeutico sperimentano un notevole miglioramento della sintomatologia del PTSD, benché il cambiamento si stabilizzi nel tempo. Nel tentativo di predire l'abilità della donna ad iniziare e portare a termine un trattamento psicoterapico occorre distinguere tra recente IPV e IPV pregressa (Iverson et al., 2011)

BIBLIOGRAFIA

Alhabib S., Nur U., Jones R. (2010). Domestic Violence Against Women: Systematic Review of Prevalence Studies. *J Fam Viol* 25:369–382.

Arata, CM. (2000) From child victim to adult victim: a model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreat.* 2000 Feb;5(1):28-38.

Astin, M.C., Lawrence, K.J., & Foy, D. W. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence Vict*, 8(1), 17-28.

Campbell, C., & Schwarz, D. F. (1996). Prevalence and impact of exposure to interpersonal violence among suburban and urban middle school students. *Pediatrics*, 98(3 Pt 1), 396-402.

Campbell, D. W., Sharps, P. W., Gary, F. A., Campbell, J. C., & Lopez, L. M. (2002). Intimate partner violence in african american women. *Online J Issues Nurs*, 7(1), 5.

Campbell, R. (2009). Science, social change, and ending violence against women: Which one of these is not like the others? *Violence Against Women*, 15(4), 434-439.

Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B., & Blakeney, P. (2005). Ptsd symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence Vict*, 20(6), 625-643.

Connelly, C.D., Hazen, A.L., Coben, J. H., Kelleher, K. J., Barth, R. P., & Landsverk, J. A. (2006). Persistence of intimate partner violence among families referred to child welfare. *J Interpers Violence*, 21(6), 774-797.

Crowne, S. S., Juon, H. S., Ensminger, M., Bair-Merritt, M. H., & Duggan, A. (2011). Risk factors for intimate partner violence initiation and persistence among high psychosocial risk asian and pacific islander women in intact relationships. *Womens Health Issues*.

Crowne, S.S., Juon, H. S., Ensminger, M., Burrell, L., McFarlane, E., & Duggan, A. (2011). Concurrent and long-term impact of intimate partner violence on employment stability. *J Interpers Violence*, 26(6), 1282-1304.

Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stockl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*, 18(36), 158-170.

Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Team, W. H. O. M.-C. S. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the who multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med*, 73(1), 79-86.

Dutton, D. G., & Hemphill, K. J. (1992). Patterns of socially desirable responding among perpetrators and victims of wife assault. *Violence Vict*, 7(1), 29-39.

Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. H., Health, W. H. O. M.-c. S. o. W. s., & Domestic Violence against Women Study, T. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the who multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368(9543), 1260-1269.

Gleason, W. J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence Vict*, 8(1), 53-68.

Iverson, K. M., Resick, P. A., Suvak, M. K., Walling, S., & Taft, C. T. (2011). Intimate partner violence exposure predicts ptsd treatment engagement and outcome in cognitive processing therapy. *Behav Ther*, 42(2), 236-248.

Jasinski, J. L. (2001). Physical violence among anglo, african american, and hispanic couples: Ethnic differences in persistence and cessation. *Violence Vict*, 16(5), 479-490.

Joachim, G., & Acorn, S. (2000). Stigma of visible and invisible chronic conditions. *J Adv Nurs*, 32(1), 243-248.

Kessler, R. C., Molnar, B. E., Feurer, I. D., & Appelbaum, M. (2001). Patterns and mental health predictors of domestic violence in the united states: Results from the national comorbidity survey. *Int J Law Psychiatry*, 24(4-5), 487-508.

Ludermir, A. B., Lewis, G., Valongueiro, S. A., de Araujo, T. V., & Araya, R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: A prospective cohort study. *Lancet*, 376(9744), 903-910.

Molnar, B.E., Berkman, L.F., & Buka, S.L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behaviour in the us. *Psychol Med*, 31(6), 965-977.

Noll, J.G., Trickett, P.K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the

development of sexuality. *J Consult Clin Psychol*, 71(3), 575-586.

O'Leary, K.D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence Vict*, 14(1), 3-23.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(3), 269-278.

Resick, P. A., Galovski, T. E., O'Brien Uhlmansiek, M., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *J Consult Clin Psychol*, 76(2), 243-258.

Salari, Z., & Nakhaee, N. (2008). Identifying types of domestic violence and its associated risk factors in a pregnant population in kerman hospitals, iran republic. *Asia Pac J Public Health*, 20(1), 49-55.

Saltzman, L. E., Johnson, C. H., Gilbert, B. C., & Goodwin, M. M. (2003). Physical abuse around the time of pregnancy: An examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Matern Child Health J*, 7(1), 31-43.

Silva, E. P., Ludermir, A. B., Araujo, T. V., & Valongueiro, S. A. (2011). Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Publica*, 45(6), 1044-1053.

Straus, Murray A. (2004) Cross-cultural reliability and validity of the Revised Conflict Tactics Scales: A study of university student dating couples in 17 nations. *Cross-Cultural Research* 38:407-432.

Temple, J. R., Weston, R., Rodriguez, B. F., & Marshall, L. L. (2007). Differing effects of partner and nonpartner sexual assault on women's mental health. *Violence Against Women*, 13(3), 285-297.

Varma, D., Chandra, P. S., Thomas, T., & Carey, M. P. (2007). Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in india: Relationship with depression and post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord*, 102(1-3), 227-235.

Weaver, T. L., Turner, P. K., Schwarze, N., Thayer, C. A., & Carter-Sand, S. (2007). An exploratory examination of the meanings of residual injuries from intimate partner violence. *Women Health*, 45(3), 85-102.