



VIOLENZA E DIPENDENZA PATOLOGICA

Report del Progetto Finanziato dal Ministero
dell'Interno, Dipartimento per le Libertà Civili e
Immigrazione, Fondo United Nations Relief an
Rehabilitation Administration (UNRRA)

**DIPARTIMENTO PATOLOGIA
DELLE DIPENDENZE ASL AL**

Violenza e dipendenza patologica. Riflessioni conclusive e linee d'indirizzo

REPORT DEL PROGETTO FINANZIATO DAL MINISTERO DELL'INTERNO,
DIPARTIMENTO PER LE LIBERTÀ CIVILI E IMMIGRAZIONE, FONDO UNITED
NATIONS RELIEF AN REHABILITATION ADMINISTRATION (UNRRA)



*A cura di Luigi Bartoletti, Medico, Direttore Dipartimento Patologia delle Dipendenze
ASL AL*

Contributi di: Franca Bo (psicologa, psicoterapeuta), Alessia Bobbio (educatore professionale, pedagoga), Miriam Guazzotti (assistente sociale), Alberto Boetti (psicologo, psicoterapeuta), Marinella Borgia (assistente sociale), Maria Luisa Cormaio (psicologa, psicoterapeuta), Giacomo Grifoni (Responsabile della formazione per il CAM) Bruno Rapetti (già Procuratore della Repubblica aggiunto presso il Tribunale di Alessandria)

“Continua a piantare i tuoi semi,
perché non saprai mai quali cresceranno:
forse lo faranno tutti.”
A. Einstein

Indice

1. Introduzione

2. La violenza

2.1 Psicopatologia

2.2 Uomini e donne violenti: tipologie di maltrattanti

2.3 Tipologia di vittime

2.4 Genitorialità, tossicodipendenza e maltrattamenti

3. La dipendenza

3.1 Disturbi correlati all'alcol

3.2 Correlazione tra uso di sostanze e violenza

4. Trattabilità

4.1 Programmi di intervento uomini maltrattanti

4.2 Programmi per donne vittime

4.3 buone pratiche

5. Gli strumenti psicodiagnostici utilizzati nel progetto

5.1 SWAP – 200

5.2 PAI

6. Legislazione

7. Il progetto

7.1 Obiettivi

7.2 Le fasi

7.3 La rete

7.4 La formazione

7.5 Il campione

7.6 Metodologia e strumenti

7.7 Trattabilità del campione

7.8 Percorso clinico

7.9 Conclusioni progettuali

8. Linee guida

9. Conclusioni e sguardi verso il futuro

10. Bibliografia e sitologia

1. Introduzione

Il presente progetto nasce dall'esigenza del Ser.D. di Alessandria di trattare il tema della violenza, molto spesso presente nelle relazioni affettive, familiari o amicali dei soggetti con dipendenza patologica. Ciò che ha spinto l'equipe multiprofessionale ad occuparsi di un ambito clinico così importante è stato anche l'ampio numero di utenti che, negli ultimi anni, si sono rivolti al servizio per il trattamento della dipendenza riportando contestualmente problemi con l'autorità giudiziaria. Si tratta soprattutto di reati contro la persona come percosse, *stalking* o maltrattamenti nei confronti dei minori presenti nel nucleo familiare.

Per quanto riguarda la diffusione del fenomeno in Italia, secondo le statistiche ISTAT(2014) tra il 2005 e il 2014, la percentuale di consumatori giornalieri di bevande alcoliche scende dal 31% al 22,1%. Aumenta, invece, la quota di quanti consumano alcol occasionalmente (dal 38,6% al 41%) e quella di coloro che bevono alcolici fuori dai pasti (dal 25,7% al 26,9%). I comportamenti che eccedono nella popolazione, si rilevano più frequentemente negli ultrasessantacinquenni: 38% negli uomini e 8,1% nelle donne. La popolazione più a rischio per il *binge drinking* è però quella giovanile tra i 18 e i 24 anni, con un tasso del 21% nei maschi e del 7,6% nelle femmine, soprattutto durante i momenti di socializzazione. Si riscontra un consumo maggiore di alcol annuo al Nord e al Centro rispetto al Sud Italia, con percentuali del 67% al Nord-est, in particolare nei maschi, il 78,3% contro il 56,3% nelle femmine. Nell'anno 2013 il Ser.D. di Alessandria ha seguito 327 pazienti tossicodipendenti e 225 pazienti alcolodipendenti, molti dei quali sottoposti a provvedimento da parte dell'autorità giudiziaria e/o in carico ai servizi sociali, sia come singoli che come genitori di figli minori.

Tali elementi hanno pertanto portato l'equipe di alcologia del Ser.D. di Alessandria a effettuare alcune riflessioni in merito alla violenza e a predisporre il progetto: "VIOLENZA E DIPENDENZA PATOLOGICA", nel tentativo di poter offrire a tutti i colleghi dei Ser.D afferenti l'ASL AL, uno strumento di confronto, pensiero ed

elaborazione di modalità operative che possano facilitare i diversi professionisti nell'individuazione precoce della violenza e nell'elaborazione di un più efficace percorso di trattamento per questo tipo di pazienti.

Ciò che ha spinto il Servizio ad elaborare delle Linee Guida per il trattamento di soggetti dipendenti e maltrattanti è anche il desiderio di assumersi la responsabilità non solo nei confronti dei soggetti che accedono al trattamento, bensì anche nei confronti di tutte le persone coinvolte negli atti violenti, in primo luogo solitamente i familiari, in particolare le donne e i figli.

Infatti, il lavoro con gli autori di violenze domestiche ha come scopo prioritario l'interruzione immediata delle violenze, al fine di garantire la sicurezza delle vittime. Allo stesso tempo deve essere visto anche come parte di un processo più ampio di cambiamento culturale e politico per il superamento degli stereotipi di genere, della gerarchia tra uomo e donna che porta alla discriminazione e alla violenza di genere, così come di ogni altra forma di violenza e discriminazione. Il lavoro sui maltrattanti risponde anche alle linee di indirizzo dettate dalle Nazioni Unite (1993) sulla violenza contro le donne, la Raccomandazioni del Comitato dei Ministri agli Stati membri sul Piano d'Azione del Consiglio d'Europa (2005), la Risoluzione del Parlamento Europeo (2011) sulle priorità e definizione di un nuovo quadro in materia di lotta alla violenza alle donne e la Convenzione di Istanbul (2014).

2. La violenza di genere

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2010), la violenza domestica o familiare é definita come ogni forma di comportamento fisico, psicologico o sessuale che procura un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità di uno dei due partner nel contesto di un qualsiasi tipo di relazione intima di coppia attuale o passata: coniugale, di convivenza, di non convivenza o di fidanzamento, eterosessuale o omosessuale (Saltzman et al., 2002).

La definizione di violenza domestica mette in luce come nell'ambiente familiare possano realizzarsi diverse forme di violenza agita da un componente della famiglia nei confronti di un altro membro, adulto o minore, incluse tutte le situazioni di grave pregiudizio della sua integrità fisica, psicologica o sessuale.

In tale definizione si sottolineano alcuni aspetti centrali:

- in primo luogo, il fatto che è violento non solo l'atto che si fonda sulla forza fisica ma anche quello coincidente con l'uso del potere, responsabile di danni psicologici ed evolutivi altrettanto gravi di quelli derivanti da lesioni organiche;
- in secondo luogo, si valorizza l'aspetto dell'intenzionalità dell'atto che provoca danni alla vittima, a prescindere dal livello di consapevolezza dei suoi effetti e delle sue caratteristiche di comportamento violento da parte di chi l'agisce;
- in terzo luogo, si specifica come la misura della violenza non dipenda solo dalle conseguenze "certe" ma anche su quelle "probabili";
- infine, viene considerato violento anche l'atto omissivo della deprivazione: mancanza di attenzioni ed incuria sono forme di comportamento violento quanto le percosse, le coercizioni e le minacce.

Quando cerchiamo di contestualizzare il significato del maltrattamento, dobbiamo tenere presente che non si tratta di una sequela di atti indipendenti ma di un processo che il maltrattante stabilisce e mantiene nel tempo, la cui sistematicità ne mette in evidenza numerosi aspetti funzionali.

La "ruota del potere e del controllo" è stata ideata negli Stati Uniti (Pence e Paymar 1993) per visualizzare le diverse azioni della violenza agita da un uomo ai danni della vittima.

Ciascun comportamento ha come finalità l'esercizio ed il mantenimento del potere e del controllo attraverso la messa in atto di una numerosa gamma di abusi, di cui la violenza fisica e sessuale rappresentano le forme più evidenti. Umiliazioni, insulti, prevaricazioni, minacce, limitazioni, privazioni di risorse economiche, isolamento sociale sono la parte dell'iceberg, responsabile delle lesioni psicologiche, affettive e relazionali. Le forme espressive della violenza possono presentarsi isolatamente ma anche interagire tra loro.

La "ruota del potere e del controllo" mette bene in evidenza come il maltrattamento rappresenti una categoria fenomenica distinta dal conflitto coniugale. Le caratteristiche del conflitto coniugale possono essere:

- consenso da parte di entrambi al conflitto;
- forze in campo simili;
- esiti alterni;
- assenza di sottomissione ai danni della vittima;
- assenza di paura da parte della vittima; orientamento verso il punto di vista dell'altro.

Le caratteristiche della violenza domestica sono invece:

- assenza del consenso da parte della vittima;
- forze in campo dispari;
- esiti costanti di svantaggio per la vittima;
- ripetuta sottomissione da parte del maltrattante;
- paura da parte della vittima;
- disinteresse verso il punto di vista dell'altro.

La dinamica del maltrattamento può essere rappresentata attraverso l'immagine di un "ciclo" dalle caratteristiche ricorsive come messo in evidenza dalla Walker (1979):

- Fase della formazione della tensione ed isolamento: la donna vive una condizione di progressivo isolamento fisico e relazionale, che la porta a non frequentare più parenti, amici, e conoscenti a causa delle ingiunzioni del compagno.

- Fase di violenza psicologica: le offese, le intimidazioni e le minacce contribuiscono a creare il clima di tensione ed il senso di impotenza della donna, che concentra la propria energia nel tentativo di evitare di contrariare l'uomo per prevenire la violenza fisica.
- Fase di esplosione o aggressione: la tensione precipita in uno scoppio violento, al quale la vittima può rispondere attraverso la fuga, il contrattacco e la sopportazione, che prelude all'esposizione ad un ampio corteo di vissuti come la paura di morire e la sensazione di perdere il controllo sulla propria vita.
- Fase di riconciliazione: segue una fase di pentimento dell'uomo, che attribuisce la sua "perdita di controllo" a motivazione esterne, lo stress, difficoltà lavorative, individuando nell'episodio violento un fatto isolato.
- Fase della luna di miele: l'uomo si comporta in modo affettuoso attraverso testimonianze di amore, promesse, e regali. La luna di miele è caratterizzata dall'effettiva comparsa di un'apparente armonia nella coppia. Molte donne decidono di abbandonare la struttura protetta o di revocare la testimonianza resa nell'ambito di un procedimento penale, nell'illusione di un reale cambiamento del compagno, che viene difeso attraverso la minimizzazione delle violenze.

Tutti questi tipi di comportamento sono stati trattati nelle seguenti teorie.

Teorie sistemiche

Le teorie sistemiche hanno ricercato possibili spiegazioni della violenza di genere, in problematiche relazionali interne all'organizzazione familiare. Un primo tipo di teorie considera l'abuso come funzionale a mantenere una forma di equilibrio all'interno della coppia. L'uomo può diventare violento per riequilibrare la relazione con una compagna percepita come più competente e dotata di maggior capacità critica (Hoffman 1981), per stabilire una complementarità rigida tra "dominante" e "sottomessa" (Weitzman e Dreen, 1982) o regolare il sistema di vicinanza/lontananza in relazioni caratterizzate da confini confusi (Cook e Frantz, 1984). Un secondo tipo di teorie individua il maltrattamento come esito di schemi disfunzionali nel quadro di una dinamica relazionale patologica.

Teorie individuali

Le teorie individuali cercano di identificare le cause del comportamento violento in qualche caratteristica personologica, disagio psicologico e/o psichiatrico dell'individuo. Alcuni modelli hanno ipotizzato che alla base del maltrattamento esista una disfunzione psicobiologia, l'uomo maltrattante viene descritto come in preda a stati emozionali diffusi di rabbia, che condurrebbero all'esternalizzazione di comportamenti violenti; alternativamente è stata avanzata l'ipotesi che il maltrattamento derivi da un deficit nel "controllo dell'impulso" e dall'inadeguata capacità di regolarizzazione del comportamento.

Teorie dell'apprendimento sociale

Queste teorie insistono sull'interpretazione della violenza come comportamento appreso, a partire dai modelli ambientali e famigliari interiorizzati nel corso dello sviluppo, sulla base dell'evidenza che una notevole percentuale di uomini abusanti ha subito maltrattamenti nella propria famiglia di origine o ha fatto esperienza diretta della violenza molto precocemente.

Fattori di rischio risultano essere quelli che non coincidono con le "cause" dei comportamenti abusivi ma rappresentano gli elementi che favoriscono la loro comparsa sul piano individuale, relazionale, familiare e socioculturale, mentre i fattori protettivi hanno l'effetto di attenuare la manifestazione dei comportamenti violenti, nella misura in cui facilitano il consolidamento delle abilità di vita.

- A livello individuale: fattori biologici, temperamentali e psicologici predisponenti ad una evoluzione più o meno armonica della personalità; ad esempio un buon livello di autostima rappresenta un fattore protettivo mentre la presenza di problematiche psicopatologiche costituisce un fattore di rischio.
- A livello relazionale: variabili relazionali nei contesti significativi in grado di determinare l'evoluzione di una persona, famiglia, gruppo dei pari, relazioni affettive; ad esempio una famiglia che sostiene l'individuo nell'espressione dei sentimenti rappresenta un fattore protettivo, mentre l'uso di pratiche educative fondate sulla coercizione e sul controllo costituisce un fattore di rischio.

- A livello comunitario: contesti in grado di influenzare l'integrazione dell'individuo, scuola, lavoro, quartiere, densità di popolazione, condizioni socioeconomiche, livello di occupazione, tasso di criminalità, accesso alle droghe; ad esempio un ambiente educativo che trasmette valori orientati al rispetto rappresenta un fattore protettivo mentre un contesto latitante rinforza l'adozione di comportamenti violenti.
- A livello sociale: norme ed atteggiamenti in grado di influenzare il comportamento delle persone; ad esempio azioni sinergiche di contrasto alla violenza rappresentano un fattore protettivo mentre un assetto sociale animato dal conflitto, che non tutela i diritti di donne e bambini e crea disparità economiche, avalla implicitamente la violenza.

Alcuni fattori di rischio sono ricorrenti per molti tipi di violenza, come il prevalere di determinate norme culturali, la povertà, l'uso di droghe, l'isolamento sociale e il facile accesso alle armi.

L'uomo che agisce violenza può manifestare specifiche carenze nella gestione delle emozioni:

- Consapevolezza emotiva: si fa riferimento alla capacità di riconoscere le proprie emozioni. Ad esempio, se una persona sente che si sta per arrabbiare e se ne accorge, può porre rimedio alle conseguenze negative della sua rabbia, se invece non è in grado di percepire l'innescò degli stati emotivi, è vittima di un funzionamento "tutto-nulla" a cui non può porre rimedio.
- Regolazione emotiva: si riferisce alla capacità di regolare l'intensità delle risposte emotive. In molti casi, il controllo è limitato ad una modalità di funzionamento "on-off", ovvero lo stato di quiete o la rabbia, che insorge come reazione alla frustrazione o come modalità di *coping* inadeguata allo stress.
- Espressione emotiva: si riferisce alla gamma di espressione delle emozioni; esiste un minimo comune denominatore espressivo: la rabbia. Gli uomini maltrattanti tendono a non aver accesso al *range* di emozioni "negative" che sottostanno alla rabbia, come la paura, la vergogna, la tristezza e che sembrano interdette dal punto di vista psichico.
- Funzione motivante: si riferisce alla capacità di incanalare la vitalità emotiva dirigendola verso il raggiungimento di un obiettivo ed attraverso la tendenza a reagire attivamente agli insuccessi ed alle frustrazioni; se non esiste un adeguato controllo dell'attività

emotiva, le emozioni stentano a diventare motivatori positivi del comportamento.

Gli autori che si sono occupati di violenza domestica, evidenziano in questi individui, una marcata carenza empatica nei confronti della donna e dei bambini a causa del mancato sviluppo di competenze sociali e morali che regolano il rapporto con gli altri, come la capacità di assumerne il punto di vista e l'apprendimento di regole contestuali. In modo particolare, un aspetto ricorrente evidenziato in letteratura riguarda la mancanza di compassione: l'uomo violento non sembra essere in grado di comprendere emozioni come il dolore, la paura, la preoccupazione per la vittima prima, durante, e dopo l'agito rabbioso (Emde 1980; Lewis e Feiring 1989; Dutton 1998). La relazione affettiva tra uomo e donna non è solo più fonte di sicurezza e di gratificazioni, ma diventa essa stessa fonte di stress: richiede un intenso e quotidiano lavoro di manutenzione (Di Nicola, 2007).

Da alcune ricerche riguardanti gli uxoricidi emerge che i mariti non hanno ucciso per amore bensì per attestare il loro assoluto possesso sull'oggetto amato. Si tratta di soggetti non in grado di tollerare alcun rifiuto da parte della moglie, su cui pretendono di esercitare un dominio totale, che uccidono aderendo ad un modello sottoculturale secondo cui l'uxoricidio ha valenze positive. Si tratta di mariti che già prima di commettere l'omicidio erano soliti maltrattare la moglie (Di Girolamo, Nesci, 1980).

2.1 Psicopatologia

Contrariamente alla percezione comune, nella maggior parte dei casi l'uomo che agisce violenza è un uomo che non presenta psicopatologie significative pur agendo una serie di comportamenti che in termini di conseguenze sulle donne e/o sui figli possono avere una gravità elevata o comunque meritevole di attenzione. Nella maggioranza dei casi non ci si trova nell'ambito di una psicopatologia conclamata ma si tratta di descrivere uomini che sono insicuri, fragili, che spesso temono di essere inadeguati, che hanno paura di essere abbandonati. Spesso sono individui incapaci di capire e leggere le proprie emozioni, in modo particolare la rabbia. Anche se si rendono

conto che la violenza è qualche cosa di inaccettabile, mostrano scarsa consapevolezza delle loro azioni.

A livello teorico rimane aperta la questione della presenza o meno di psicopatologia nei soggetti maltrattanti, ciò da un lato favorirebbe un pensiero di cura più libero dalle componenti socioculturali. Alcune ricerche sulle cause della violenza nella coppia hanno posto spesso l'attenzione sugli aspetti psicopatologici dell'abusante (Holtzworth-Munroe e Stuart, 1994). In particolare, è stata documentata la presenza di alcuni sintomi o disturbi clinici e alcuni tratti patologici di personalità tra coloro che compiono atti di violenza nelle relazioni di coppia.

La depressione è il disturbo mentale che ha ricevuto maggiore interesse in letteratura e che è stato evidenziato in maniera più marcata quale potenziale fattore di rischio di violenza (Black et al., 1999). Nell'indagare il rapporto tra sintomi e disturbi depressivi e perpetrazione di violenza nella coppia, la letteratura ha evidenziato che la depressione è associata, in maniera statisticamente significativa e con grado moderato, alla perpetrazione di abusi fisici nella coppia (Stith et al., 2004).

Tutti gli studi in letteratura, per quanto evidenzino un legame tra organizzazioni o tratti patologici di personalità e violenza sul partner, hanno fornito poche informazioni utili a comprendere il meccanismo attraverso cui tali profili predispongono alla violenza sul partner. Sicuramente gli aspetti psicopatologici caratterizzanti la personalità antisociale, l'impulsività e la mancanza di empatia, risultano quelli maggiormente associati alla perpetrazione di atti violenti nella coppia (Abbey et al., 2004).

L'organizzazione borderline di personalità, così come la presenza di tratti antisociali di personalità in comorbidità con l'abuso di alcol, evidenziano predisposizione a violenza, prevalentemente attraverso l'espressione di rabbia intensa e incontrollata nelle relazioni intime (Dutton, 1995).

A differenza dell'uomo maltrattante che non ha un problema di dipendenza, risulta assai rilevante l'aspetto della violenza nella costitutività dell'individuo dipendente, che frequentemente possiede un disturbo di personalità di grave entità.

2.2 Uomini e donne violenti: tipologie di maltrattanti

Molti autori (Cáceres Carrasco, 2011) utilizzando metodi propri della psicologia (questionari, interviste ecc..), analizzando le variabili di personalità e altri strumenti (quali ad esempio gli archivi della polizia) hanno provato a categorizzare le persone violente in famiglia.

Makepeace (1981) propose una classificazione trimodale per identificare distinti tipi di uomini violenti, basata sulle caratteristiche di personalità. Hamberger e Hasting (1986) descrissero i sottotipi antisociale/narcisistico, schizoide/borderline, dipendente/compulsivo. Saunders (1992) descrisse le seguenti categorie: i violenti emozionalmente soppressi, i generalmente violenti e gli emozionalmente volubili.

In un'indagine composta da diversi studi Holtzworth - Munroe e Stuart (2000), integrando variabili di personalità con la severità e la generalità della violenza, hanno ipotizzato l'esistenza di tre tipi di uomini violenti: (1) i violenti solo all'interno dell'ambito familiare; (2) i violenti disforici - borderline; (3) i violenti in generale - con personalità antisociale.

Dutton et al. (1997) proposero una classificazione che univa le tipologie basate sulla personalità/psicopatologia e le tipologie basate su altre variabili, ipotizzando le seguenti: (1) i "sovracontrollati" (evitanti/schizoidi), (2) i generalmente violenti (antisociali), (3) gli emozionalmente volubili (borderline). Più recentemente, Fowler e Westen (2011) hanno identificato gli uomini violenti nuovamente in tre gruppi: psicopatici, ostili/controllanti e borderline/dipendenti. Diverse indagini hanno provato a classificare gli uomini violenti nella coppia con l'obiettivo di distinguere modelli differenziali di rischio e di risposta al trattamento, il che può risultare utile tanto nel disegno quanto nell'esecuzione dei programmi (Dixon e Browne, 2003). Secondo quanto espongono Amor, Echeburúa e Loinaz (2009) le tipologie proposte si basano su diverse dimensioni:

1. gravità della violenza e rischio per la vittime (Cavanaugh e Gelles, 2005; Echeburúa, Fernández Montalvo, Corral e López-Goñi , 2009);

2. caratteristiche psicopatologiche e di personalità degli aggressori (Holtzworth - Munroe e Stuart, 1994; Echeburúa e Fernández Montalvo, 2007);
3. controllo della rabbia (Eckhardt, Samper e Murphy, 2008);
4. motivazione per il cambiamento (Eckhardt, Babcock e Homack, 2004; Boira e Jodra, 2010).

Loinaz et al. (2010) realizzarono un'indagine empirica per l'identificazione di tipologie di uomini che stavano scontando una condanna in prigione per maltrattamento della compagna. I risultati che ottennero permisero di identificare due gruppi diversi di aggressori:

- il primo gruppo era caratterizzato dal fatto che i soggetti tendevano ad essere violenti solo nell'ambito della coppia ed erano individui più stabili a livello emotivo e più integrati socialmente;
- il secondo gruppo esprimeva la violenza in maniera più generalizzata, erano meno stabili emozionalmente e non particolarmente integrati socialmente. Tale classificazione, secondo gli autori, risultava particolarmente utile nel disegnare e nel mettere in atto programmi di trattamento.

Boira e Jodra (2013) hanno cercato di riprodurre lo studio precedente e così facendo hanno identificato due gruppi di aggressori:

- il primo gruppo è composto da individui più stabili emotivamente, con un consumo minore di sostanze e con un'espressione dell'aggressività di minore intensità;
- il secondo gruppo è invece composto da individui instabili emotivamente, maggiormente ostili e con pensieri distorti per quanto riguarda l'uso della violenza. L'analisi della personalità di questi soggetti ha rilevato punteggi elevati nelle scale di personalità antisociale, passiva - aggressiva, schizotipica e nell'abuso di sostanze, in particolare alcol.

Altri autori hanno associato agli individui di questo gruppo tratti di personalità antisociale, gli attribuiscono un comportamento violento generalizzato e confermano che siano soggetti che abusano di sostanze stupefacenti (Eckhard, Samper e Murphy, 2008; Huss e Ralston, 2008). Gli uomini del secondo gruppo, a causa delle loro caratteristiche, affrontano grandi difficoltà nell'intervento

psicologico, che risulta essere meno efficace (Huss e Langhinrichsen - Rohling, 2000, 2006).

Ciò che sembra quindi emergere dai diversi studi è che il ricorso alla violenza altro non è che l'estrema ratio di un uomo bisognoso di prevalere ma alquanto a corto di strumenti efficaci.

Generalmente all'inizio l'uomo tende a giustificarsi raccontando di aver perso il controllo della situazione e che in realtà prova un grande senso di delusione e vergogna per l'atto in sé, come se l'alibi dell'aver perso il controllo eserciti il compito della deresponsabilizzazione dei propri comportamenti: *"io non volevo... è che mi si è proprio spenta la luce e ho picchiato ma non volevo colpirla"*, oppure, *"non ci ho più visto, non mi sono reso conto ecc., ecc."*.

Spesso si evidenzia un'*esternalizzazione*; nel senso che molti uomini non si considerano agenti attivi ma attribuiscono alla propria compagna la colpa di aver innescato il comportamento violento. Vi è la tendenza a spiegare di aver utilizzato comportamenti violenti perché provocati a tal punto da non riuscire a controllare la propria rabbia. La provocazione e il comportamento offensivo della donna rappresentano il motivo che ha innescato la loro reazione. Ciò porta gli uomini a sentirsi vittime del comportamento delle loro partner e a ridurre la propria responsabilità, come se in quel momento non avessero alternative all'uso della violenza.

In altri casi si osservano:

- *minimizzazione*: la violenza viene presentata in modo non grave, senza conseguenze rilevanti;
- *frammentazione*, in cui la violenza commessa viene considerata una eccezione rispetto al modo abituale di comportarsi.

2.3 Tipologia di vittime

Gli studi internazionali, che si sono focalizzati sulle caratteristiche delle vittime, hanno evidenziato come alcune variabili psicologiche e psicopatologiche, come l'uso di sostanze e alcune esperienze precoci nella famiglia di origine possano aumentare il rischio di subire violenza all'interno di una relazione di coppia. Nella letteratura sulla violenza nella coppia è stata suggerita la possibilità che alcune caratteristiche di personalità della vittima possano

aumentare il rischio di subire violenza nella relazione di coppia (Marx et al., 1996). Per esempio, tra gli studi che hanno esaminato l'autostima, la passività, la sottomissione e le abilità sociali e comunicative, alcuni hanno evidenziato la presenza di bassa autostima o di passività, di sottomissione e di carenti abilità sociali e di comunicazione, oltre che di coping e di problem solving tra le vittime nella coppia (Aguilar e Nightingale, 1994; Amick e Calhoun, 1987; Nurius, Ferrey e Berlinger, 1992).

Altre ricerche hanno evidenziato che le persone meno predisposte a lasciare il partner violento hanno più bassa autostima (Frisch e MacKenzie, 1991) e stili di attaccamento più disfunzionali (Lesser, 1990) che le rendono maggiormente dipendenti dal punto di vista emotivo nei confronti del partner e della relazione di coppia (Kalmus e Strauss, 1982). Tali caratteristiche di personalità sembrano spingere le vittime ad attribuire la colpa della violenza non all'autore bensì a sé stesse (Summers e Feldman, 1981) favorendo così il permanere all'interno della relazione violenta.

Ciò che sembra emergere, pertanto, dai dati di letteratura è che non si configura un profilo di personalità della vittima di violenza nella coppia ampiamente condiviso nella comunità scientifica internazionale. È possibile che una personalità caratterizzata da bassa autostima, passività, dipendenza e carenti abilità sociali di coping e di problem-solving possa predisporre la vittima a rimanere intrappolata in una relazione abusante, con il rischio di subire violenze ripetutamente nel corso del tempo.

Stith et al (2004) hanno evidenziato che, dal punto di vista psicopatologico, la depressione nella donna è associata, in maniera statisticamente significativa e con grado moderato, alla probabilità di subire violenza fisica nella coppia. Ciò che sembra tuttavia rilevante, come rilevato da Maniglio (2009) è che tra le persone affette da disturbi mentali gravi, sia maggiore il rischio di subire violenza a causa della ridotta capacità di percepire correttamente e valutare criticamente le situazioni di rischio. Altri studi hanno focalizzato l'attenzione sulla dimensione temporale, in quanto è presente la concreta possibilità che la violenza nella coppia comporti

un danno psichico che pertanto sarebbe successivo alla violenza e non antecedente ad essa.

Ulman (2003) evidenzia come l'uso di sostanze, anziché essere un effetto psicopatologico indotto dalla violenza subita, possa costituire un fattore di vulnerabilità che espone al rischio di subire violenza nelle relazioni di coppia.

Moore et al (2008) e Stith (2004), analizzando delle review sistemiche della letteratura, hanno evidenziato come l'abuso di alcol e l'uso di qualsiasi tipo di sostanza stupefacente siano associati in maniera statisticamente significativa ma con grado lieve, alle probabilità di subire violenza nella coppia. Sembra probabile, in realtà, che la relazione tra uso di sostanze e violenza subita sia bidirezionale. L'abuso di alcol e droghe può costituire sia uno degli effetti psicopatologici indotti dalla violenza subita sia un fattore di vulnerabilità in grado di aumentare il rischio di subire violenza nelle relazioni di coppia. È accertato in letteratura (Maniglio, 2001) che le persone che subiscono violenza tendono a fare uso di sostanze come forme di auto medicamento o come strategia di coping per lenire o rimuovere le memorie o le emozioni negative correlate all'esperienza traumatica. Lo stesso autore, tuttavia, evidenzia anche il rischio, tra coloro che abusano di alcol e droghe, di subire violenza a causa della ridotta capacità di percepire in maniera accurata e valutare in modo critico le condizioni di potenziale pericolo.

In letteratura, inoltre, le esperienze precoci di violenza vista o subita nella famiglia di origine sono state frequentemente correlate alla probabilità di subire violenza nelle relazioni di coppia in età adulta (Martin, Taft e Resick, 2007).

2.4 Genitorialità, tossicodipendenza e maltrattamenti

Le cause che generano il fenomeno delle dipendenze da sostanze sono molteplici e complesse, perciò risulta arduo stabilire con certezza quali siano, più di altri, i fattori causali predisponenti. Esistono una serie di fattori socioculturali e psicologici alla base del

problema. Tra le concause di natura psicologica anche l'ambiente familiare gioca un ruolo importante.

Secondo la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1989), la centralità di quest'ultimo nella formazione delle prime forme di riconoscimento di sé, pone in evidenza la funzione basilare del comportamento parentale nei confronti del bambino che si trova totalmente immerso in una condizione di complementarietà. Affinché il bambino, durante l'età prescolare e la fanciullezza, raggiunga uno sviluppo ottimale delle sue capacità cognitivo-emotivo-relazionali è necessario che le figure genitoriali offrano una "base sicura", ovvero che il bambino abbia a disposizione delle figure d'accudimento che lo nutrano fisicamente ed emotivamente, che gli forniscano un luogo dove rifugiarsi e trovare sicurezza, conforto, comprensione e accettazione, in modo da poter esplorare l'ambiente sviluppando la propria autonomia, sapendo di poter poi ritornare in qualsiasi momento. Qualsiasi tipo di alterazione del comportamento parentale, che influisca sulla qualità della relazione di attaccamento, si rifletterà pertanto nella formazione del Sé del bambino.

Secondo questo approccio, particolari condizioni di sviluppo e accudimento durante l'infanzia e la fanciullezza predispongono gli individui a sviluppare specifici pattern di relazione nei confronti delle persone che si sono prese cura di loro (Bowlby, 1989). Tali pattern si accompagnano alla formazione di specifiche rappresentazioni di sé e del caregiver denominate *working models* che, in età adulta, fungono da modello di lavoro in grado di generare aspettative specifiche e di influire sulla qualità emotiva connessa alle relazioni con altri significativi (Bretherton & Munholland, 1999). La teoria dell'attaccamento assume che questo processo sia di primaria importanza per la comprensione dello sviluppo normale e patologico dell'individuo; ritiene infatti che, a partire dalle prime esperienze di accudimento, prenda il via quel complesso processo di costruzione che conduce allo sviluppo del sistema di conoscenza. Le esperienze di accudimento, vissute durante le fasi sensibili dello sviluppo, sarebbero in grado di influenzare non solo i contenuti del sistema di conoscenza, ma anche le caratteristiche con le quali tale sistema

ricostruisce e assembla, attraverso un processo ricorsivo senza fine, il senso di sé in un dato momento.

Alcuni studi (Torresani ed al., 2000) hanno dimostrato l'esistenza di relazioni tra un rapporto genitori/figli disfunzionale e lo sviluppo di problematiche di abuso di sostanze. Gli studi sui modelli genitoriali di madri e padri e della loro relazione con i figli tossicodipendenti, mostrano che i padri tendono ad essere rifiutanti e privi di calore emotivo, mentre le madri sono dominanti e autoritarie. Per quanto riguarda le relazioni fra stili d'attaccamento adulto (inteso come pattern di relazione oggettuale precocemente appreso) e psicopatologia, le ricerche hanno dimostrato come l'attaccamento sicuro sia un importante fattore protettivo contro lo sviluppo dei disturbi mentali, mentre gli stili non sicuri sono maggiormente associati ad essi (Rosenstein & Horowitz, 1996; Nakash-Eisikovits, Dutra, & Westen, 2002; Nickell, Waudby, & Trull, 2002).

I soggetti che hanno strutturato stili insicuri, infatti, sembrano sviluppare più facilmente attitudini disfunzionali riguardo al sé e problemi di autostima, caratteristiche che facilitano la propensione ad utilizzare sostanze psicoattive come strategia di gestione dell'affettività negativa. Più in dettaglio, è stata evidenziata una connessione tra stile di attaccamento insicuro e problematiche da abuso di sostanze (Kassel, Wardle, & Roberts, 2007; Schindler et al., 2005). Pur non esistendo un collegamento univoco tra uno specifico disturbo mentale e un determinato stile, diverse ricerche hanno indicato una maggiore frequenza degli stili denominati fearful ed avoidant e l'abuso di sostanze, soprattutto fra i tossicodipendenti da eroina (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, & Kustner, 2007).

Secondo alcune ricerche (Lukasiewicz et al., 2008), i fattori temperamentali ed in particolare il tratto denominato novelty seeking, svolgerebbero un ruolo determinante nella genesi dei disturbi da uso di sostanze (Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, & Weizman, 2003; Gerra et al., 2004). Tale tratto è associato alla ricerca di elevati livelli di stimolazione, incrementata tendenza

all'esplorazione, facilità a perdere interesse per gli stimoli, impulsività, instabilità relazionale e difficoltà nella pianificazione del comportamento (Cloninger, 1994).

Anche la sindrome da deficit di dipendenza dalla ricompensa (Blum et al., 2000), sembra essere strettamente legata allo sviluppo delle dipendenze (Sher, Bartholow, & Wood, 2000; Teichman, Barnea, & Rahav, 1989; Wagner, 2001).

Un altro importante fattore di rischio è la presenza di episodi traumatici in età infantile (Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini, & Roy, 2008). Trascuratezza e abusi fisici, emotivi o sessuali, hanno un impatto profondo, persistente e deleterio sullo sviluppo cognitivo ed emotivo, predisponendo l'individuo allo sviluppo di disturbi da uso di sostanze (Dunn et al., 2002; Kirisci, Dunn, Mezzich, & Tarter, 2001; Crouch, Milner, & Thomsen, 2001; Trickett, Mennen, Kim, & Sang, 2009; Trickett, Kim, & Prindle, 2011).

Per quanto riguarda l'abuso e la dipendenza da alcol, la presenza fra consanguinei dello stesso disturbo è un evento molto frequente (Swadi, 1999) e molte ricerche supportano l'ipotesi che esso sia, almeno in parte, geneticamente influenzato (Cloninger, 1987). I figli di alcolisti hanno 3-4 volte maggiore probabilità di diventare anch'essi alcolisti, rispetto ai figli dei genitori non alcolisti. Studi sui gemelli dimostrano che questo accade indipendentemente da chi li alleva. Inoltre, i figli di alcolisti mostrano una maggiore tolleranza nei riguardi dell'alcol, fattore che li rende maggiormente a rischio di eccedere nel bere e sviluppare così un problema d'abuso.

Il clima emotivo che caratterizza i nuclei familiari con un membro alcolista è generalmente turbato da conflitti, conseguentemente spesso viene a mancare la prevedibilità e la stabilità delle cure necessarie ai figli perché sviluppino uno stile di attaccamento sicuro e una personalità sana ed equilibrata (Brown, Hyer, & Harrison, 1989; Brennan & Shaver, 1998; Eiden, Edwards, & Leonard, 2002; el-Guebaly, West, Maticka-Tyndale, & Pool, 1993; O'Connor, Berry, Morrison, & Brown, 1992). A parte gli effetti

derivanti dalla presenza di un membro alcolista nel nucleo familiare, studi recenti mostrano che stili di parenting inadeguati (specialmente quelli improntati a freddezza e iper-protezione) e stili d'attaccamento insicuri, sono prevalenti nei pazienti con disturbi alcol correlati (Vungkhanching, Sher, Jackson, & Parra, 2004). In particolare, l'insicurezza dell'attaccamento agirebbe attraverso due percorsi causali: in primis, originando modalità problematiche di regolazione delle emozioni negative (ad es. la ricerca di sollievo nell'uso di alcol, come automedicazione), in secondo luogo, favorendo lo sviluppo di una socializzazione carente che determina spesso l'affiliazione a gruppi e ambienti devianti (Sher, Walitzer, Wood, & Brent, 1991).

Come nel caso dei soggetti che abusano di sostanze, alcune ricerche hanno riscontrato che il tratto temperamentale sensation seeking, un basso controllo inibitorio (Colder & O'Connor, 2002) e uno scarso controllo dell'aggressività (Weinberger & Bartholomew, 1996) sono fattori predisponenti all'abuso di sostanze alcoliche (Comeau, Stewart, & Loba, 2001; Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995).

Altre ricerche hanno evidenziato come alti valori di novelty-seeking e bassi valori di harm avoidance siano fortemente predittivi dell'insorgenza precoce di abuso di alcol (Cloninger, Sigvardsson, & Bohman, 1988).

Diversi studi hanno messo in evidenza una correlazione tra esperienze infantili avverse, parenting problematico, alti livelli di trascuratezza e abuso di alcol (Harmer, Sanderson, & Mertin, 1999). Recenti indagini riguardanti la diffusione di episodi traumatici e maltrattamenti lungo il corso dello sviluppo in pazienti psichiatrici hanno evidenziato che la frequenza di eventi negativi traumatici è più frequente nelle persone con abuso di alcol e con disturbi di personalità, soprattutto nella fascia d'età che va dalla fanciullezza all'infanzia (Saleptsi et al., 2004).

3. La dipendenza

La dipendenza e l'abuso all'interno del DSM –IV erano concepiti come disturbi separati ma strettamente interconnessi, dove il primo era considerato gerarchicamente più grave rispetto al secondo e non poteva essere fatta contemporaneamente una diagnosi di abuso e una di dipendenza. Le ragioni di questa separazione all'interno del DSM-IV riguardavano fondamentalmente la diagnosi di dipendenza, che ha mostrato alta affidabilità e validità. Al tempo stesso, i punti deboli di tale separazione riguardavano la validità e attendibilità della diagnosi di abuso, significativamente minori rispetto alla diagnosi di dipendenza. Inoltre, nonostante la diagnosi d'abuso sia stata solitamente considerata meno grave della diagnosi di dipendenza, alcuni studi hanno mostrato che le conseguenze dell'abuso possono raggiungere la stessa gravità della dipendenza da una sostanza. Altri studi ancora (Hasin DS, Van Rossem R, 1997; Schuckit MA, Smith TL, 2001) hanno osservato che la loro relazione non è così lineare come si pensava precedentemente: i dati hanno dimostrato che l'abuso non rappresenta solo una condizione prodromica della dipendenza ed è stato osservato che non tutti i casi di dipendenza soddisfano anche i criteri per l'abuso.

3.1 Disturbi correlati a sostanze

I disturbi correlati a sostanze sono suddivisi in dieci classi: alcol, caffeina, cannabis, allucinogeni, inalanti, oppiacei, sedativi-ipnotici o ansiolitici, stimolanti, tabacco e altre (o sconosciute) sostanze. Questi disturbi all'interno del DSM 5 sono inseriti in sezioni distinte; nonostante ciò essi non sono così distinti in quanto tutte le sostanze assunte in eccesso attivano gli stessi circuiti di ricompensa del cervello. Invece di ottenere l'attivazione del sistema cerebrale di ricompensa attraverso comportamenti adattativi, le sostanze di abuso finiscono per "cortocircuitare" i normali processi, che attivano queste strutture (Donald W. Black, Jon E. Grant, 2015).

Ogni tipo di sostanza produce una serie di effetti comportamentali e sensazioni di piacere, le quali contribuiscono ad alimentare il loro

consumo. La probabilità di divenire "dipendenti" dalle sostanze è dovuta ad un'alterazione della funzionalità neuronale legata a fattori genetici e/o ambientali (Carretti, La Barbera, 2005). Assumendo con regolarità la sostanza psicotropa, si predispone un neuroadattamento recettoriale che solo una nuova assunzione del principio attivo può attenuare e, di conseguenza, indirizzare il soggetto a ripetere l'esperienza.

Le problematiche cliniche legate all'uso delle sostanze si possono ricondurre a tre fattori principali: la sostanza utilizzata, l'organismo assuntore e l'interazione che si instaura tra sostanza e organismo (Zennaro, 2011). Il periodo storico e il contesto socio-ambientale sono fattori che vanno tuttavia presi in considerazione. L'unione di aspetti psichici, comportamentali e biologici influisce sul soggetto che ne fa utilizzo, tramite l'interazione tra le proprietà della sostanza, la personale vulnerabilità psico-biologica dell'assuntore e i fattori ambientali nel quale si trova a vivere.

I Disturbi correlati a sostanze vengono divisi in due grandi gruppi: i Disturbi da uso di sostanze e i Disturbi indotti da sostanze.

I primi sono caratterizzati da un cluster di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che indicano come l'individuo continui a fare uso della sostanza nonostante i significativi problemi correlati ad essa (DSM 5, 2014). La diagnosi di Disturbo da uso di sostanza può essere applicata a tutte le dieci classi di sostanze, eccetto la caffeina. La caratteristica che accomuna i diversi disturbi da uso è il cambiamento che avviene nei circuiti cerebrali, dove vediamo che quest'ultimo può persistere anche successivamente l'intossicazione. L'intenso craving e le continue ricadute del soggetto sono gli effetti comportamentali che dimostrano il cambiamento avvenuto a livello cerebrale.

La diagnosi di Disturbo da uso di sostanza è basata su pattern comportamentali patologici correlati all'uso della sostanza e per un totale di undici criteri per ogni sostanza. Questi undici criteri costituiscono il Criterio A e raggruppano quei comportamenti che riguardano:

la compromissione del controllo dell'uso di sostanza (1-4); la compromissione sociale dell'individuo (5-7); l'uso rischioso della sostanza (8-9); i criteri farmacologici (10-11).

Per quanto riguarda invece i Disturbi indotti da sostanze sono compresi: l'intossicazione dalla sostanza, l'astinenza dalla sostanza, e altri disturbi indotti dalla sostanza (ad esempio: disturbo psicotico indotto da sostanze, disturbo depressivo indotti da sostanze) e disturbi correlati alla sostanza senza specificazione.

3.1 Disturbi correlati all'alcol

All'interno di questa sezione troviamo: Disturbo da uso di alcol; Intossicazione da alcol; Astinenza da alcol; Altri disturbi indotti da alcol e Disturbo correlato ad alcol senza specificazione.

Il Disturbo da uso di alcol è caratterizzato da un uso che porta disagio o compromissione clinicamente significativa, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si devono verificare entro un periodo di 12 mesi. L'alcol è spesso assunto in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni. I fenomeni da prendere in considerazione sono:

- un desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di alcol;
- gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi alcol, usare alcol o recuperare dai suoi effetti;
- craving, o forte desiderio o spinta all'uso di alcol;
- un uso ricorrente di alcol che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi in diverse aree di vita;
- un uso continuativo di alcol, nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti dell'alcol;
- importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di alcol;
- un uso ricorrente di alcol in situazioni nella quali è fisicamente pericoloso;
- un uso continuato di alcol, nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dall'alcol.

Il disturbo da uso di alcol è un disturbo comune. Viene definito da un cluster di sintomi comportamentali e fisici che prevedono: astinenza, tolleranza e craving. I sintomi dell'astinenza si possono sviluppare dopo quattro-dodici ore dopo la riduzione dell'assunzione, che deve essere successiva ad una massiccia e prolungata ingestione di alcol. Essa può portare ad avere problemi sia fisici sia psicologici quali: perdita dei sensi, epatopatie, depressione, problemi del sonno, litigiosità, abusi, problemi gastrointestinali, problemi al sistema cardiovascolare, al sistema nervoso centrale o periferico. Assunzioni continuative per lungo periodo di tempo possono portare a effetti persistenti sul sistema nervoso centrale causando deficit cognitivi, gravi compromissioni della memoria (disturbo anamnestic indotto da alcol o sindrome di Wernicke-Korsakoff), inoltre possono contribuire al rischio di suicidio durante un'intossicazione grave. L'alcol può essere anche utilizzato per attenuare gli effetti di altre sostanze o per sostituirle quando non disponibili.

Secondo le analisi statistiche, riportate nel DSM5, i tassi di prevalenza indicano maggiore uso nei maschi adulti (12,4%) rispetto alle femmine adulte (4,9%). La prevalenza a dodici mesi del disturbo da uso diminuisce negli adulti una volta raggiunta la mezza età, mentre è più alta nei giovani con un range anagrafico che va dai 18 ai 29 anni (16,2%), mentre dai sessanta cinque anni in poi si abbassa ad un 1,5%.

Il primo esordio di intossicazione indicativamente avviene tra i 15 e i 17 anni, però, per parlare di "vero disturbo da uso", l'età media di inizio rilevata è intorno ai 20 anni. Verso la fine dei 30 si stabilizza il disturbo da uso. Si rilevano inoltre esordi precoci del disturbo negli adolescenti con precedenti problemi della condotta o in adolescenti con precoci esordi di intossicazione. A contribuire al conclamarsi del disturbo da uso, esistono fattori predisponenti ambientali, fisiologici e genetici, come ad esempio attitudini culturali al consumo di alcolici e la relativa disponibilità al loro accesso, lo stress, l'uso di altre sostanze in combinazione con l'alcol ed esagerate aspettative del soggetto rispetto alla sostanza d'abuso.

Le caratteristiche fenotipiche degli individui possono influenzare il rischio di sviluppare questo disturbo; troviamo anche alta vulnerabilità in soggetti con schizofrenia preesistente o con disturbi

bipolari, dove l'impulsività si associa con esordi precoci del disturbo da uso e maggiore gravità della stessa (DSM 5, 2014). Il decorso del disturbo da uso in concomitanza con questi quadri diagnostici è variabile e si associa all'andamento della sintomatologia psichiatrica; nei periodi di scompenso si assiste ad un aumento rapido ed intensivo dell'assunzione di alcol e di conseguenza ai problemi ad esso correlati.

L'assunzione di sostanze alcoliche, assieme ai problemi connessi con la rottura della coppia, la fase di separazione e i "futili motivi" emergono come importanti cause, con-cause o occasioni di violenza in famiglia, con un'incidenza assai più elevata e significativa rispetto ai casi di tossicodipendenza o comunque di abuso di altre sostanze psicotrope (Bacciconi et al, 2008). È ragionevole ipotizzare che l'incidenza del "fattore alcol" negli episodi di abuso domestico sia nella realtà ancora più elevata rispetto a quella che emerge dalle segnalazioni ufficiali. Infatti, l'alterazione della condotta (c.d."ebrezza") si verifica già con livelli di alcolemia nettamente inferiori rispetto a quelli che determinano uno stato di "manifesta ubriachezza", immediatamente riscontrabile da parte degli operatori sanitari o di polizia e che quindi viene riportato nelle verbalizzazioni. Un altro fattore suscettibile di moltiplicare i "contesti a rischio" è dato dalla trasformazione dei costumi sociali nella realtà italiana: in passato, il fenomeno dell'etilismo era concentrato in fasce e contesti sociali molto ben definiti ed individuabili, in cui l'alcolismo era sinonimo di povertà. Con il migliorare delle condizioni economiche, il fenomeno non è scomparso, ma si è evoluto, assumendo dinamiche estremamente allarmanti, poiché è uscito dal suo ambito tradizionale per sconfinare in aree sociali (medie e alte), in precedenza toccate solo marginalmente dal problema.

È noto che gli stati prolungati d'intossicazione cronica determinano gravi danni organici anche a livello cerebrale e possono indurre psicosi tossiche (tipico il delirio di gelosia, facilitato anche dalla diminuita efficienza sessuale o dalla franca impotenza che si instaurano nei gravi etilisti), ma meno evidenti sono i meccanismi attraverso i quali le intossicazioni acute (le sborne) influenzano il

comportamento. Spesso l'assunzione di alcolici costituisce una sorta di autoterapia (impropria e controproducente) per la depressione e per i disturbi di personalità (in primo luogo quelli di tipo borderline) dei quali molti soggetti maltrattanti soffrono.

3.2 Correlazione tra uso di sostanze e violenza

Secondo la letteratura, sia le donne, sia gli uomini che abusano di una o più droghe (cocaina e marijuana) sono potenzialmente dei perpetratori di violenza domestica (Murphy et al., 2001; Stith et al., 2004). Esiste una relazione diretta tra abuso di cocaina e marijuana e violenza anche all'interno di rapporti non caratterizzati da problemi di coppia o insoddisfazione. Inoltre, la relazione è diretta anche senza la presenza di disturbi di personalità o di abuso di alcol concomitante (Moore e Stuart, 2004).

Per quanto riguarda l'abuso di alcol da parte di donne e uomini sappiamo dalla letteratura che può essere un fattore di rischio per agire violenza all'interno della coppia (Stuart et al., 2006) e sembra che tale rischio sia maggiore negli individui di sesso maschile. Negli uomini la possibilità di perpetrare violenza sulla partner è maggiore nei casi in cui la quantità di alcol assunta sia smodata e nei casi in cui si possa parlare di vera e propria dipendenza dalla sostanza (Ferrer et al., 2004).

Sembra che l'abuso di alcol abbia una relazione diretta con la violenza anche nei casi in cui non ci sia insoddisfazione di coppia o disagio della stessa (Margolin, John e Foo, 1998) e che l'abuso di alcol possa essere il fattore precipitante della violenza quando sono presenti altri fattori di rischio quali disturbi della personalità (antisociale e borderline) o depressione.

Lo studio di Arteaga, Montalvo, López Goñi (2012) esplora le differenze nelle caratteristiche di personalità di pazienti in trattamento per dipendenza da droga, confrontando coloro che hanno manifestato comportamenti violenti contro il partner con coloro che invece non li hanno presentati. Il tasso di aggressori che presentano problemi di abuso o dipendenza alcolica può oscillare tra il 50% e il 60% (Stuart, et al., 2009). Questa stessa relazione si osserva anche quando si analizza il problema dalla prospettiva delle

tossicodipendenze. Approssimativamente il 40%/60% dei pazienti tossicodipendenti che vive con la propria compagna, presenta episodi violenti contro la stessa durante l'anno precedente l'inizio del trattamento per la propria dipendenza (Stuart et al, 2009).

4. Trattabilità

Tutte le ricerche sembrano sottolineare la necessità di trattare il tema della violenza a parte e in modo esplicito rispetto alle altre tematiche. Seppure la violenza, ad esempio, spesso si associ ad altre problematiche, tutti gli studi nazionali ed internazionali che si sono occupati di violenza e maltrattamento sono unanimi nel riconoscere la necessità di trattare il tema della violenza direttamente e di metterlo in connessione con l'eventuale presenza di altre problematiche o disturbi. Pertanto, risulta centrale la scelta di intervento che si vuole realizzare in quanto, a seconda del modello teorico di riferimento e della gravità della violenza, sarà necessario intervenire con strumenti specifici per il trattamento del maltrattante e il supporto della vittima di violenza.

4.1 Programmi di intervento uomini maltrattanti

I programmi di intervento per uomini autori di violenza sono effettuati già da diversi anni in molte parti del mondo tra cui, in particolare: Austria, Australia, Canada, Inghilterra, Norvegia, Spagna, Stati Uniti, Svizzera.

L'Italia sembra aver recepito solo recentemente i Piani contro la violenza di genere che prevedono di agire contemporaneamente su tutti i livelli della società e in tutti gli ambiti educativo, culturale, giudiziario, legislativo, comunicativo ed economico, al fine di portare a significativi risultati nella lotta alla violenza verso le donne e i bambini.

I programmi internazionali rivolti agli uomini maltrattanti hanno in comune vari fattori. Tutti i programmi riconoscono che in prevalenza si tratta di una violenza agita quasi sempre dagli uomini verso le donne sulle quali si vuole esercitare potere e controllo in un rapporto di subordinazione.

L'attivazione di programmi di trattamento è considerata un aspetto essenziale per garantire maggiore sicurezza e protezione alle donne e ai bambini vittime di violenza familiare e domestica. I programmi non prevedono sconti di pena per gli autori di violenza (condannati

nell'ambito del sistema giuridico) che partecipano ai programmi. Sono solo previste, eventualmente, temporanee sospensioni della pena e pene alternative, se il percorso all'interno del programma arriva a buon fine.

Fin dall'inizio, i programmi si sviluppano promuovendo con istituzioni e servizi un lavoro in rete, che assume forme di efficienza ed efficacia.

Tutti i programmi prevedono attività di monitoraggio e valutazione dell'efficacia dell'intervento.

Le metodologie di lavoro adottate in Italia hanno in comune obiettivi di "recupero" dei maltrattanti, oltre a pratiche di lavoro e modelli teorici di riferimento di vario tipo:

-Modello Anglosassone (Respect): viene utilizzato in maniera più diffusa la metodologia del lavoro di gruppo, che può essere accompagnato da un supporto individuale per il partecipante. La preferenza per il trattamento di gruppo è correlata all'impostazione psicoeducativa, secondo la quale la violenza è un comportamento appreso culturalmente e socialmente che occorre disimparare. Il lavoro di gruppo rompe l'isolamento tipico del fenomeno della violenza domestica. In gruppo si decostruisce l'abitudine al silenzio, alla "porta chiusa".

-Modello Norvegese (Alternative To Violence): in questo modello si conferisce un considerevole spazio al trattamento individuale, e l'attenzione viene posta anche sulla natura personale dei problemi di violenza del soggetto, oltre a quella socioculturale.

L'obiettivo principale è quello di assistere l'uomo nel suo lavoro di modificazione del proprio comportamento violento fino a smettere di usare la violenza. Il secondo obiettivo è quello di aiutarlo a sviluppare una sana comprensione delle complesse cause che si celano dietro il suo comportamento violento, associate alla sua persona e alla sua psicologia. La sua violenza può essere strettamente correlata ad atteggiamenti patriarcali. Può essere associata a traumi collegati all'essere stato esposto alla violenza di suo padre quando era bambino. Può anche

essere legata alle conseguenze dell'abbandono e delle violenze subite in gioventù, e a come queste esperienze hanno influenzato lo sviluppo dei processi di attaccamento e delle capacità di empatia nel bambino. E, naturalmente, la violenza può essere collegata a una socializzazione in un contesto di maschilità "vecchio stile" nella quale si perseguono valori quali tenacità, durezza, continuo auto controllo, senza mai mostrare alcun sentimento difficile o senza piangere di fronte agli altri. Il modello di trattamento individuale o di gruppo completo passa attraverso quattro fasi distinte di lavoro.

- 1° Fase: attenzione incentrata sulla ricostruzione degli episodi di violenza;
- 2° Fase: attenzione incentrata sulla assunzione di responsabilità;
- 3° Fase: attenzione incentrata sulla storia personale del paziente;
- 4° Fase: riconoscere le conseguenze sugli altri della violenza.

Nella realtà italiana il modello norvegese è stato utilizzato dal Centro Liberiamoci dalla Violenza – LDV di Modena, che si contraddistingue in territorio italiano per essere uno spazio in ambito sanitario, prima esperienza a livello nazionale su questo tema, che si propone come obiettivo specifico il trattamento della violenza di genere, teso a fornire una risposta appropriata direttamente agli autori.

-Modello antiviolenza di Vienna: si propone di modificare il comportamento del maltrattante maschio con l'obiettivo di eliminare dal suo repertorio comportamentale tutte le forme di violenza. Ci concentra sull'apprendimento di modalità comportamentali non violente, sul supportare e rinfrancare le vittime e sul migliorare la qualità di vita di tutte le persone coinvolte nel sistema di violenza.

-Approccio cognitivo comportamentale: maggiormente applicato in quanto utile per portare il soggetto a comprendere gli aspetti disfunzionali e funzionali del comportamento

violento. Vengono abbinare tecniche specifiche per rispondere alla rabbia e alla violenza.

4.2 Programmi per donne vittime

L'intervento prioritario per le donne vittime di violenza risulta essere l'ascolto, l'accoglienza e l'eventuale collocazione in strutture protette volte alla tutela della loro incolumità e di quella dei figli presenti nel nucleo familiare. Accanto all'inserimento in strutture protette, esiste la possibilità di far partecipare le donne ai percorsi di sostegno psicosociale e psicoterapeutico attivati sul territorio dai centri antiviolenza, che solitamente forniscono supporti e servizi sia di tipo pratico, relativamente a sostegni di natura economica o legale, ma anche supporto emotivo e psicologico.

Ciò che appare necessario realizzare in ogni programma di trattamento delle vittime, è provare ad accogliere la vittima da sola, al fine di creare uno spazio in cui poter parlare liberamente, superare le paure e garantire la riservatezza di ciò che verrà detto. E', inoltre, doveroso riconoscere alla donna il tempo necessario per ascoltarla e fornirle risposte in modo adeguato; è indispensabile avere un atteggiamento empatico e non giudicante e trasmetterle la disponibilità, da parte dell'operatore, al pensare insieme le possibili vie di uscita dalla situazione di violenza.

È importante, inoltre, credere alla donna quando esprime il suo bisogno di sicurezza anche perché, come è noto, il momento della separazione è quello che la espone ad una situazione di maggiore rischio rispetto alla propria incolumità.

Può essere utile ribadire che separarsi è una scelta difficile e coraggiosa e occorre rispettare la sua autonomia e la sua libertà di scelta. Bisogna ricordare che è sempre lei a dover decidere e che non le si può imporre nulla dall'esterno.

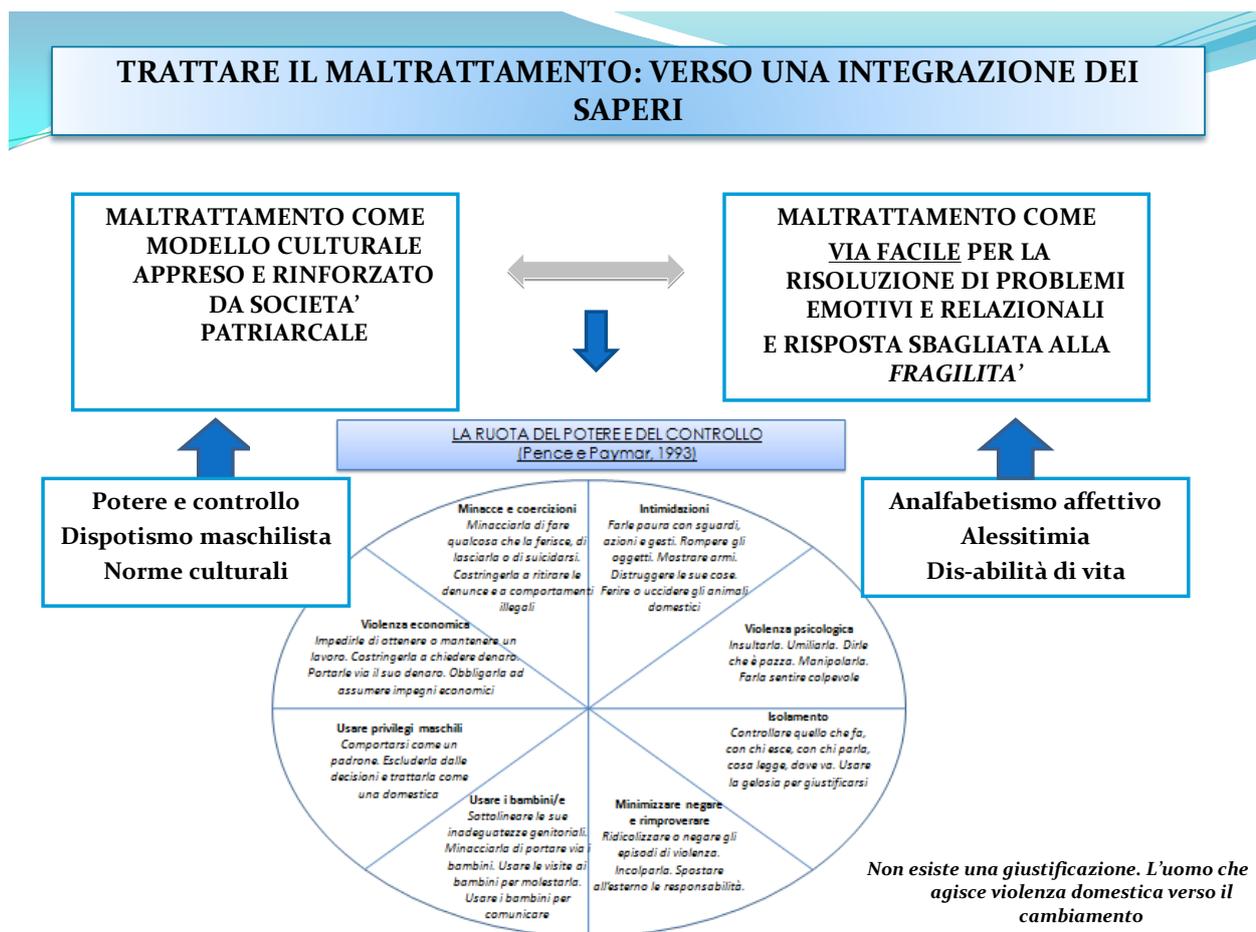
Può essere utile sottolineare l'importanza della certificazione medica e informarla sui termini della denuncia e in quali casi la legge preveda l'obbligo di denuncia per pubblici ufficiali ed esercenti pubblico servizio. È importante discutere con la donna le possibili

implicazioni, considerando prioritaria la sua sicurezza, fornire tutte le informazioni relative ai servizi ed ai centri antiviolenza presso i quali può rivolgersi per ricevere aiuto e ricordarle che se subisce la violenza non è colpa sua. Non c'è mai nessuna giustificazione alla violenza ed è necessario condannarla sempre ed in modo esplicito.

E', inoltre, opportuno sottolineare che la violenza è pericolosa (per lei e per i suoi figli) ma rassicurarla che non è sola ad affrontare questa situazione, e che, nonostante a volte sia necessario un po' di tempo per capire cosa fare, ci sono modi per affrontarla e che le sue decisioni saranno sostenute.

4.3 Buone pratiche

A cura del dott. Giacomo Grifoni, Responsabile della Formazione per il CAM (Centro Ascolto uomini Maltrattanti) di Firenze:



ATTRAVERSO SPECIFICI TRATTAMENTI OGNI UOMO PUO' ESSERE:

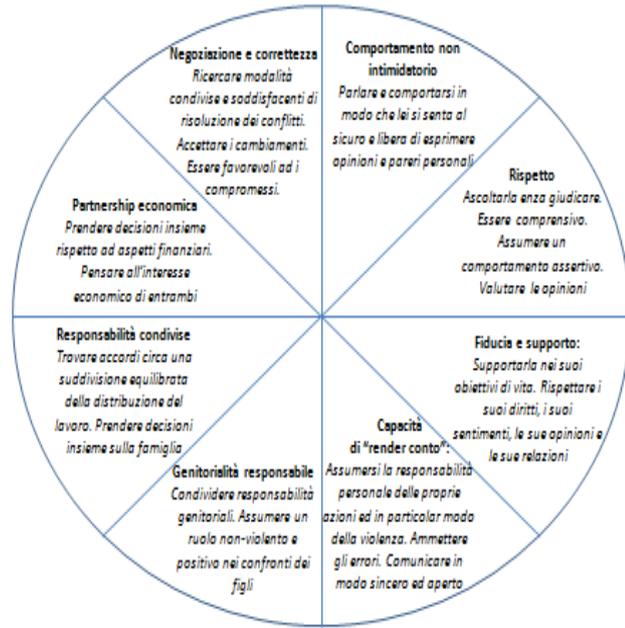
-COINVOLTO IN UNA ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' RISPETTO AI COMPORAMENTI ABUSIVI

-SOSTENUTO NEL RENDER CONTO DEGLI EFFETTI DELLA VIOLENZA ALLA COMPAGNA ED ALLA SOCIETA'

-SOSTENUTO NELLA POSSIBILITA' DI "SCEGLIERE" CHE UOMO DIVERSO DIVENTARE

-SOSTENUTO NEL RIAPPRENDERE NUOVE STRATEGIE E MODALITA' ORIENTATE AL RISPETTO, ALLA PARITA' E RECIPROCITA'

LA RUOTA DELLA NON VIOLENZA
(Pence e Paymar, 1993)



5. Gli strumenti psicodiagnostici utilizzati nel progetto

5.1 SWAP - 200

La Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) di Shedler & Westen, permette di elaborare una diagnosi categoriale e dimensionale degli stili/disturbi di personalità che segue la nosografia dell'Asse II del DSM-IV (fattori PD) e una tassonomia empiricamente derivata degli stili di personalità (fattori Q), una valutazione delle risorse e una formulazione del caso sistematica e *patient-tailored*.

A differenza degli strumenti self-report, la SWAP-200 valorizza le capacità di osservazione e inferenza dei clinici, disciplinandole per mezzo di metodologie statistiche adeguate e senza interferire nella relazione terapeuta-paziente. Questa scala di valutazione della personalità permette di fare diagnosi sia dimensionali che categoriali secondo non solo l'Asse II del DSM-IV (per cui si può cercare di ottenere una sorta di validazione indiretta dell'Asse II) ma anche secondo una nuova classificazione degli stili di personalità derivata da studi empirici condotti tramite l'applicazione della stessa SWAP a pazienti reali. La SWAP, la cui metodologia si basa sul *Q-sort*, si propone anche di facilitare il passaggio dalla diagnosi psichiatrica o psicologica alla formulazione clinica e psicodinamica del caso.

Per tale ragione si è scelto di utilizzare questo strumento di indagine della personalità quando ci si interfaccia con un utente che presenti una qualche forma di *addiction* unitamente a comportamenti violenti agiti o subiti.

Gli item della SWAP (200 affermazioni relative a comportamenti osservabili o deducibili attraverso un'intervista specifica, derivati dai criteri del DSM e dalla letteratura scientifica sui Disturbi di Personalità) rappresentano la definizione operativa dei costrutti necessari a formulare un'adeguata diagnosi funzionale.

Nella procedura di valutazione, che può essere effettuata già dopo 3/5 incontri, il compito del clinico è quello di valutare (all'interno di una distribuzione fissa, per limitare eventuali bias) le affermazioni in relazione a quanto siano applicabili al paziente (da 0

a 7, da affermazioni non applicabili al soggetto ad affermazioni che ne colgono elementi centrali e pervasivi).

Uno degli aspetti interessanti della SWAP è che permette di colmare il gap tra diagnosi descrittiva e formulazione del caso. Componendo in forma narrativa il testo degli items che hanno ricevuto i tre punteggi più alti (5, 6 e 7), e integrandoli con altre informazioni sul caso, si può facilmente arrivare (in modo per così dire "scientifico", cioè replicabile) a una formulazione narrativa del caso contemporaneamente alla valutazione diagnostica.

5.2 PAI – Personality Assessment Inventory

Il PAI è un questionario self-report dedicato all'esplorazione della personalità adulta, costituito da 344 item, divisi in 22 scale, 10 delle quali con sub-scale per favorire una più articolata interpretazione di costrutti clinici particolarmente complessi. Più in dettaglio:

- 11 scale cliniche: valutano problemi somatici (SOM), ansia (ANX) e disturbi con essa correlati (ARD), depressione (DEP), mania (MAN), paranoia (PAR), schizofrenia (SCZ), aspetti borderline (BOR) e antisociali (ANT), problemi di alcolismo (ALC) e di droga (DRG).
- 5 scale di trattamento: Aggressività (AGG), Ideazioni suicidarie (SUI), Stress (STR), Mancanza di supporto (NON), Rifiuto del trattamento (RXR); è presente inoltre un indice relativo al processo terapeutico (Treatment Process Index, TPI);
- 2 scale interpersonali: Dominanza (DOM), Calore relazionale (WRM);
- 4 scale di validità: Inconsistenza (INC) – Indica che il soggetto non ha risposto in modo coerente a coppie di item simili. Infrequenza (INF) – Suggestisce che la persona ha risposto al contenuto delle domande (neutrali rispetto alla psicopatologia) in modo non appropriato ma distrattamente o in modo casuale. Impressione negativa (NIM) – indica il tentativo di fornire un'impressione negativa e sfavorevole di sé o la presenza di simulazione. Impressione positiva (PIM) – valuta il tentativo di presentarsi in modo favorevole e positivo o la riluttanza ad ammettere difetti comuni.

Ulteriori indici supplementari permettono di valutare aspetti dell'attendibilità e validità del test:

- Malingering Index (MAL) – tentativo di simulazione di disturbi mentali;
- Rogers Discriminant Function (RDF) – altro indice di potenziale simulazione;
- Defensiveness Index Function (DEF) – tendenza a rispondere in modo difensivo;
- Cashel Discriminant Function (CDF) – tentativo di presentarsi in modo distorto, riflettendo il modo in cui il soggetto desidera apparire.

Lo strumento è stato sviluppato e standardizzato negli Stati Uniti su un ampio campione di soggetti di età compresa tra i 18 e gli 89 anni, ed è molto usato nel

testing giuridico-forense, specie in relazione alle scale che valutano l'antisocialità, o problemi legati all'assunzione di sostanze. Ma, al di là delle scale che direttamente valutano aspetti connessi ai comportamenti ostili o apertamente antisociali, i numerosi indici di validità e di controllo possono risultare particolarmente utili proprio ai fini delle valutazioni diagnostiche giudiziarie e peritali.

6. Legislazione sulla violenza e responsabilità dell'operatore

Intervento a cura del Dott. Bruno Rapetti, Procuratore Aggiunto della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Alessandria.

La violenza contro le donne è regolata secondo diverse leggi tra cui la Legge 15 febbraio 1996, n. 66, "Norme contro la violenza sessuale" che comprende diversi articoli del codice penale tra cui:

art. 572 (Maltrattamenti contro familiari e conviventi)

art. 609-bis (Violenza sessuale)

art. 609-ter (Circostanze aggravanti)

art. 609-quater (Atti sessuali con minorenne)

art. 609-quinquies (Corruzione di minorenne)

art. 609-sexies (Ignoranza dell'età della persona offesa)

art. 609-septies (Querela di parte)

art. 609-octies (Violenza sessuale di gruppo)

art. 609-nonies (Pene accessorie ed altri effetti penali)

art. 609-decies (Comunicazione al tribunale per i minorenni)

art. 612 bis - (Atti persecutori, stalking)

Altri riferimenti normativi importanti riguardano la Legge 7 agosto 2015, n. 124, Art. 14, comma 6, della che inserisce il comma 1-ter dopo il comma 1-bis dell'articolo 30 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e la Legge 13 luglio 2015, della n. 107, Art. 1, comma 16, "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti", in particolare l'art. 24 "Congedo per le donne vittime di violenza di genere" del D. lgs. 15 giugno 2015, n. 80.

Il Decreto Legge 14 agosto 2013, n. 93, "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.191 del 16 agosto 2013, è stato convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge 15 ottobre 2013, n. 119, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 242 del 15 ottobre 2013.

Tale Legge fa riferimento alla Legge 27 giugno 2013, n. 77, Ratifica ed esecuzione alle indicazioni della Convenzione del Consiglio di Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle

donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.152 del primo luglio 2013.

Tali Leggi pongono l'accento sulle misure di contrasto del fenomeno della violenza di genere nel tentativo di garantire maggiormente le vittime. In modo particolare è stato introdotto il reato di femminicidio.

Altri riferimenti normativi fanno riferimento al Decreto legge 23 febbraio 2009, n. 11, "Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori". Convertito in legge dalla L. 23 aprile 2009, n. 38, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2009 e art. 76, comma 4-ter, del D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115.

Per i cittadini stranieri è possibile fare riferimento alla Legge 4 aprile 2001, n. 154, "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari", art.18-bis (Permesso di soggiorno per le vittime di violenza domestica) del DI 25 luglio 1998, n. 286 recante "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero".

Rispetto all'obbligo di denuncia ciò che il Legislatore ha previsto rispetto agli operatori di un servizio pubblico è che il personale ha il dovere di riservatezza, intesa come diritto della persona di non vedere divulgati atti, fatti e notizie che la riguardano, in modo particolare che riguardano la sua salute. Alla riservatezza della persona, un diritto costituzionalmente garantito, fa da contraltare l'obbligo del segreto dei terzi che con detta persona vengono in contatto per ragioni professionali.

Mentre l'obbligo di referto riguarda tutti gli operatori che esercitano una professione sanitaria, l'obbligo di denuncia di cui agli artt. 331 e 332 c.p.p., incombe solo sui pubblici ufficiali ed incaricati di pubblico servizio che abbiano notizia di un reato perseguibile d'ufficio.

Gli operatori del Ser.D., inteso quale complesso di figure professionali varie ivi addette, hanno obbligo del segreto per quanto hanno conosciuto in ragione del loro servizio. L'obbligo del segreto lo impone l'art. 622 c.p.p., che prevede una pena in caso di rivelazione "senza giusta causa" ovvero un'indebita utilizzazione di

esso (alla condizione che cagioni nocumento "ingiusto"). Il reato è punibile a querela di parte.

Al segreto è connessa l'esenzione dal rendere testimonianza davanti all'A.G. di regola obbligatoria e presidiata da sanzione penale, come stabilito dall'art. 12 comma 7 del DPR 309/90. Esclusa la comunicazione dei fatti commessi dal tossicodipendente in violazione del programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o a pene detentive, gli operatori non possono essere obbligati a deporre in ordine a quanto conosciuto per ragioni d'ufficio.

In altri termini, la stessa facoltà prevista dall'art. 200 c.p.p., disposizione richiamata esplicitamente dalla norma sugli stupefacenti unitamente alle garanzie del difensore, in relazione a taluni atti di indagine, di cui all'art. 103 c.p.p., riconosciute allo stesso operatore. Nello specifico agli esercenti professioni sanitarie dalla lett. C) ed agli altri operatori tenuti al segreto professionale dalla legge (lo stesso art. 622 c.p.) dalla lett. D) è concesso di astenersi dal deporre, opponendo appunto detto segreto.

Trattasi per altro di diritto non assoluto. Esso viene meno, come precisa la norma processuale, tutte le volte che (salvi i casi in cui) l'operatore ha l'obbligo di riferire all'A.G.

Sono questi i casi dell'obbligo di denuncia che compete al pubblico ufficiale e all'incaricato di pubblico servizio per le notizie di reato perseguibile di ufficio apprese nell'esercizio e a causa delle funzioni o del servizio, ovvero dell'esercente la professione sanitaria che abbia prestato assistenza od opera in casi che possono integrare gli estremi di un delitto perseguibile d'ufficio. Tale disposizione non si applica quando la presentazione del referto potrebbe esporre l'assistito a procedimento penale.

Si aggiunga che la norma dell'art. 362 c.p. esclude dall'obbligo di denuncia i responsabili di comunità per fatti commessi da persone tossicodipendenti loro affidate in esecuzione di un programma terapeutico definito dal servizio pubblico ma tale disposizione non pare applicabile ad operatori del Ser.D. Analogamente il medico del servizio che assiste il tossicodipendente non può ritenersi esente dall'obbligo di referto.

Resta il fatto che in tali casi la rivelazione del segreto avverrebbe in base a giusta causa che esclude la punibilità ai sensi dell'art. 622

c.p. Trattasi in sostanza di adempimento di un dovere derivante da norma giuridica. Non occorre nemmeno il consenso dell'avente diritto che comunque va preso in considerazione e valutato.

Ne consegue che quando la notizia appresa per ragioni di servizio concerne fatti di reato, l'ambito operativo del segreto professionale si restringe fortemente.

In particolare, il benessere psicofisico del paziente non può essere ritenuto scriminante a meno che il suo pregiudizio non rivesta le caratteristiche dello stato di necessità. Al più il medico può tenerne conto per restringere allo stretto necessario le comunicazioni da fornire alla AG. come può delle condizioni psicofisiche del paziente tenere conto, ovviamente, per vagliare preventivamente l'attendibilità della notizia di reato da comunicare all'AG. Invero le norme che prevedono gli obblighi citati sono stringenti ma lasciano un certo margine di discrezionalità valutativa all'operatore, trattandosi di fattispecie dolose.

Del benessere psicofisico del paziente non si può prescindere quando il segreto non attiene a notizie concernenti reati.

In tali casi, quando la rivelazione non sia obbligatoria per legge, soccorre l'operatore il Codice deontologico professionale con specifiche disposizioni evidenziando che la violazione del segreto professionale può far incorrere l'operatore in sanzioni disciplinari. In materia conta molto l'esperienza dell'operatore.

Si può dire che la rivelazione, in genere, non può che essere preceduta da valido consenso scritto del paziente. In caso d'incapacità va previsto l'intervento di figure di tutela. In caso di diniego la violazione del segreto può avvenire se sorretta dalla necessità di salvaguardare la salute (o la vita) del paziente o di terzi. Si fa riferimento in sostanza agli artt. 11 e 12 del CDM.

7. Il progetto

7.1 Gli obiettivi

Gli obiettivi progettuali hanno previsto:

- la promozione di percorsi di cambiamento;
- il miglioramento della sicurezza delle vittime;
- la prevenzione di nuovi casi di maltrattamento;
- il potenziamento della collaborazione con la rete territoriale dei servizi pubblici e privati;
- l'impegno per aumentare la consapevolezza nella comunità con sensibilizzazioni mirate.

7.2 Le fasi

Il presente lavoro di ricerca è stato suddiviso e svolto in quattro fasi principali:

- Fase istituzionale
- Fase tecnico- operativa
- Fase di implementazione-sviluppo
- Fase di valutazione

Fase istituzionale

Nel corso del primo trimestre si è costituita l'èquipe integrata ovvero un gruppo di lavoro costituito da diversi servizi presenti sul territorio: Servizio per le dipendenze patologiche (Ser.D) di tutto il territorio nella provincia di Alessandria, Cissaca, Comune di Alessandria, Comunità terapeutiche San Benedetto al Porto e Gruppo Abele.

Sono state avviate altre collaborazioni con il Servizio sociale dell'ospedale "SS. Antonio Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria (ASO), l'associazione Cerchio degli Uomini di Torino, il Centro Antiviolenza ME.DEA, l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna del Ministero della Giustizia (U.E.P.E.) e le Forze dell'Ordine di Alessandria.

L'Equipe integrata è stata creata con l'intento di operare con una visione a più ampio raggio territoriale, al fine di poter selezionare un target di persone con le caratteristiche previste dal campione del progetto: ovvero, persone con problematiche di dipendenza (sostanze psicotrope, alcol, gioco d'azzardo) che nell'ambito di una

relazione stabile (di coppia o familiare) mettono in atto comportamenti violenti e/o li subiscono.

Sempre nella fase istituzionale è stata approntata una scheda di presentazione (segnalazione) nella quale successivamente sono stati inseriti i dati anamnestici criptati per garantire l'anonimato, i percorsi in atto o i percorsi da definirsi; tutte le segnalazioni sono state raccolte con tale modulistica. Sono stati selezionati e definiti i vari aspetti operativi del progetto; ad esempio, i test di valutazione psicodiagnostica (P.A.I. e SWAP 200), gli strumenti sociali (Carta di Rete) da somministrare agli utenti; figure professionali esterne al Servizio sono state assunte per l'intera durata del progetto (da maggio 2015 a febbraio 2016) nello specifico una psicologa, un'educatrice e un'assistente sociale .

Fase tecnico-operativa

In questa seconda fase, sono stati effettuati incontri di coordinamento all'interno del servizio SER.D di Alessandria e delle varie équipe cliniche con l'obiettivo di pubblicizzare l'iniziativa e individuare possibili pazienti già in carico o nuovi soggetti da inserire nel progetto.

Sono stati effettuati, inoltre, inquadramenti tossicologici mirati per il controllo delle condotte di abuso e trattamenti individuali di sostegno.

Fase di implementazione-sviluppo

La fase d'implementazione, cuore operativo del progetto, si è sostanziata in un inquadramento o un approfondimento psicodiagnostico per i pazienti già in carico, attraverso la somministrazione da parte della psicologa dei seguenti test: Personality Assessment inventory (PAI) e Shedler-Westen-Procedure (Swap 200).

Per un approfondimento invece del contesto socio-relazionale viene somministrata, da parte dell'assistente sociale, la Carta di rete o Mappa di Todd, la quale verrà descritta nel paragrafo riguardante gli strumenti utilizzati (2.5).

A seguito di questi approfondimenti, sono stati effettuati incontri di restituzione sia con gli operatori di riferimento del paziente, sia con il paziente stesso.

L'obiettivo principale del progetto, e di questa fase di ricerca, è stato quello di giungere a considerazioni su possibili interventi e sulla progettazione di gruppi psico-educativi da attivare presso i Ser.D. del territorio.

Fase di valutazione

Durante l'intera durata del progetto è stata effettuata una continua valutazione delle azioni svolte e un monitoraggio di possibili nuove segnalazioni da inserire nel piano di lavoro.

Il progetto prevedeva l'invio di 60 soggetti con problematiche di violenza e dipendenza patologica e almeno 40 trattamenti. I trattamenti conclusi sono stati 29 e 11 sono stati i drop out; alcuni pazienti infatti non hanno portato avanti il percorso fino al compimento di tutte le fasi previste.

Per quanto riguarda il potenziamento dei rapporti di collaborazione con i servizi invianti e con i centri antiviolenza operanti sul territorio, la valutazione risulta essere positiva in quanto si è potuto ottenere un rafforzamento della rete, attivata in tutte le fasi del progetto sia in termini organizzativi che operativi.

Rispetto agli obiettivi formativi si sono raggiunti i risultati previsti sia in riferimento al numero delle formazioni previste, sia in termini di partecipazione agli eventi e in riferimento ai contenuti proposti. La valutazione è stata effettuata dall'area formazione dell'ASL AL che ha valutato i docenti mediante modulo apposito previsto dalla formazione continua in medicina (ECM).

La partecipazione costante e il rimando da parte dei partecipanti in riferimento al modulo specifico del trattamento dei soggetti dipendenti autori di violenza, ha permesso di effettuare molte riflessioni circa la necessità di verificare tramite follow up l'effettiva positività del percorso intrapreso, seppur non previsto in fase progettuale.

7.3 La rete

Il primo passo da compiere quando si decide di intraprendere un nuovo percorso è quello di volgere lo sguardo attorno a noi per poterci orientare meglio. Così, grazie ai partner e ai collaboratori di progetto, abbiamo approfondito la conoscenza delle realtà che sul territorio dell'alessandrino si occupano del tema della violenza di genere.

Per ciò che concerne l'accoglienza e il trattamento di uomini maltrattanti nella nostra provincia, ad oggi, non risultano in atto progetti rivolti a questo target. Tuttavia, i servizi per le dipendenze dell'ASL AL collaborano con il Cerchio degli Uomini di Torino. Più recentemente, si è attivato un percorso di trattamento residenziale specifico per uomini maltrattanti, sempre a Torino, a cura del Gruppo Abele (Progetto Opportunity). Entrambe queste iniziative sono illustrate negli allegati alla presente pubblicazione.

ME.DEA – Centro Antiviolenza della Provincia di Alessandria

"Quando il peso è troppo grande... non portarlo da sola!"

Dal 2008 nella provincia, con l'unico obiettivo di contrastare il fenomeno della violenza contro le donne, opera l'Associazione di Promozione Sociale Me.dea, inserita dal 2009 nella mappatura nazionale 1522 e dal 2011 riconosciuta come Onlus. Il Centro di ascolto offre sostegno alla donna vittima di violenza, attraverso percorsi di counseling volti ad aiutare la donna a riconoscere la violenza di cui è vittima, a elaborare il momento di crisi e a individuare risorse per reagire e uscire dal fenomeno della violenza; è altresì possibile per la donna seguire percorsi di sostegno alla genitorialità, in cui viene rielaborato il suo ruolo di mamma, al fine di migliorare la relazione tra la madre e i figli, vittime anch'essi di violenza domestica (nelle diverse forme di violenza diretta e/o assistita). Inoltre, è possibile usufruire di una prima consulenza legale per valutare quali passi intraprendere. Al Centro operano donne, socie volontarie e non, appositamente formate sul tema della violenza, in grado di accogliere, sostenere e accompagnare con professionalità e sensibilità le donne che al centro si rivolgono.

Ad oggi, il Centro conta di aver accolto più di 850 donne.

Oltre alle attività di counseling e sostegno alle vittime di violenza presso la sede del Centro, Me.dea si occupa anche di organizzare eventi pubblici di sensibilizzazione alla cittadinanza (Mostra Sagome, Concerti, Letture, Convegni, Spettacoli teatrali), percorsi di formazione rivolti ad operatori e volontari (DEA, Medici di base, Farmacisti, nuove volontarie), incontri e laboratori educativi/formativi per alunni nelle scuole di ogni ordine e grado (Provincia si*cura, Piemonte in rete contro la tratta, Altravia, Viol.a).

← Inoltre, al fine di aumentare la sicurezza sociale sul territorio, Me.dea si è occupata:

- di formare gli operatori della rete coinvolta nel contrasto alla violenza: avvocati, forze di polizia, personale DEA, farmacisti, medici di base, insegnanti, assistenti sociali;
- di prestare la propria consulenza per stesura di procedure operative (Protocollo ASL AL/ASO nel 2009 donne, nel 2011 minori; Protocollo F.d.P. del 2011);
- di partecipare a progetti territoriali interistituzionali (Provincia Si*Cura, Viol.A);
- di coordinare azioni di confronto e intesa tra istituzioni: **Viol.A** - tavoli di lavoro tra operatori di diversi enti - formazione congiunta -formalizzare accordo operativo.

Il lavoro del Centro di Ascolto è una partecipazione attiva e continua sia sul piano politico che sociale che si rivolge non solo alle donne vittime di violenza ma soprattutto a tutta la collettività per contrastare i luoghi comuni che ancora oggi minano il riconoscimento della violenza, in particolare all'interno delle relazioni di genere.

7.4 La formazione

La formazione degli operatori

- 23 Settembre 2015
VIOLENZA E DIPENDENZA PATOLOGICA: UN PROGETTO PER LA CRESCITA
- 16 Novembre 2015
DEONTOLOGIA, CLINICA E ALLEANZE: QUALI RESPONSABILITA'?
- 23 Febbraio 2016
IL TRATTAMENTO DEL SOGGETTO CON DIPENDENZA PATOLOGICA AUTORE DI VIOLENZA

The image displays three posters for the 'UNRRA 2014' project, organized by the Department of Pathology of Addictions (ASL AL). Each poster features a central graphic of a small plant growing from soil, symbolizing growth and development. The posters are arranged horizontally and contain the following information:

- Poster 1 (Left):** 'PROGETTO UNRRA 2014 - VIOLENZA E DIPENDENZA PATOLOGICA: UN PROGETTO PER LA CRESCITA'. It details an 'INCONTRO INTERVISIONE PARTNER E COLLABORATORI' on September 23, 2015, at 9:30 AM. The program includes topics like 'Apertura dei lavori', 'Progetto VIDA e Rete Provinciale antiviolenza', 'Un giorno di lavoro di ascolto-aiuto', 'La presa in carico di donne vittime di violenza', 'Il ruolo del Servizio Sociale Dipendente nel caso di vittime di violenza', and 'Chiusura dei lavori'.
- Poster 2 (Middle):** 'Dipartimento Patologia delle Dipendenze ASL AL - PROGETTO UNRRA 2014 - VIOLENZA E DIPENDENZA PATOLOGICA: UN PROGETTO PER LA CRESCITA'. It details a course on 'DEONTOLOGIA, CLINICA e ALLEANZE: quali responsabilità?' on November 16, 2015, from 9:00 AM to 10:00 PM. The program includes 'Apertura dei lavori', 'Riconoscere e rendere consapevole la vittima di violenza: l'approccio dell'operatore', 'Domande e confronto tra partecipanti', 'Riconoscere e rendere consapevole l'autore di violenza: l'approccio dell'operatore', 'L'operatore del SerS, tra etica e responsabilità', 'Segnalazioni e denunce: obblighi normativi e responsabilità dell'operatore', 'Il ruolo della Questura verso le vittime e gli autori di violenza', 'Domande e confronto tra partecipanti', and 'Chiusura dei lavori'.
- Poster 3 (Right):** 'Dipartimento Patologia delle Dipendenze ASL AL - PROGETTO UNRRA 2014 - VIOLENZA E DIPENDENZA PATOLOGICA: UN PROGETTO PER LA CRESCITA'. It details a course on 'IL TRATTAMENTO DEL SOGGETTO CON DIPENDENZA PATOLOGICA AUTORE DI VIOLENZA' on February 23, 2016, from 9:30 AM to 12:30 PM. The program includes 'Apertura dei lavori', 'Progetto "Violenza e dipendenza patologica": riflessioni conclusive e linee d'indirizzo', 'Guardare avanti: confronto e condivisione tra i partecipanti', 'Domande e confronto tra partecipanti', 'Caratteristiche e specificità del lavoro clinico con l'autore di violenza', 'Responsabilità: Formazione, Centro Ascolto, Servizi Multiculturali di Protezione', 'Vista istituzionale di uomini maltrattati', 'Ripresa dei lavori', 'Olivieri etico-deontologici nel lavoro con le vittime', 'Paola', 'Buone pratiche nell'assistenza clinica', 'Domande, confronto tra partecipanti e conclusioni', and 'Compilazione questionari ECM'.

Nel corso del progetto sono stati effettuati tre percorsi formativi al fine di:

- consolidare i rapporti all'interno della rete tra istituzioni;
- sensibilizzare gli operatori nel riconoscimento delle diverse forme che può assumere la violenza nelle relazioni affettive: psicologica, economica, sessuale, assistita oltre che fisica;
- favorire le occasioni di confronto tra gli operatori, per arrivare ad una definizione condivisa delle modalità di individuazione delle situazioni di maltrattamento;
- riflettere su responsabilità e obblighi dell'operatore nei confronti dell'autore e della vittima;
- condividere le linee d'indirizzo maturate al termine del progetto.

Il materiale raccolto durante la formazione è allegato alla presente pubblicazione e ne costituisce parte integrante.

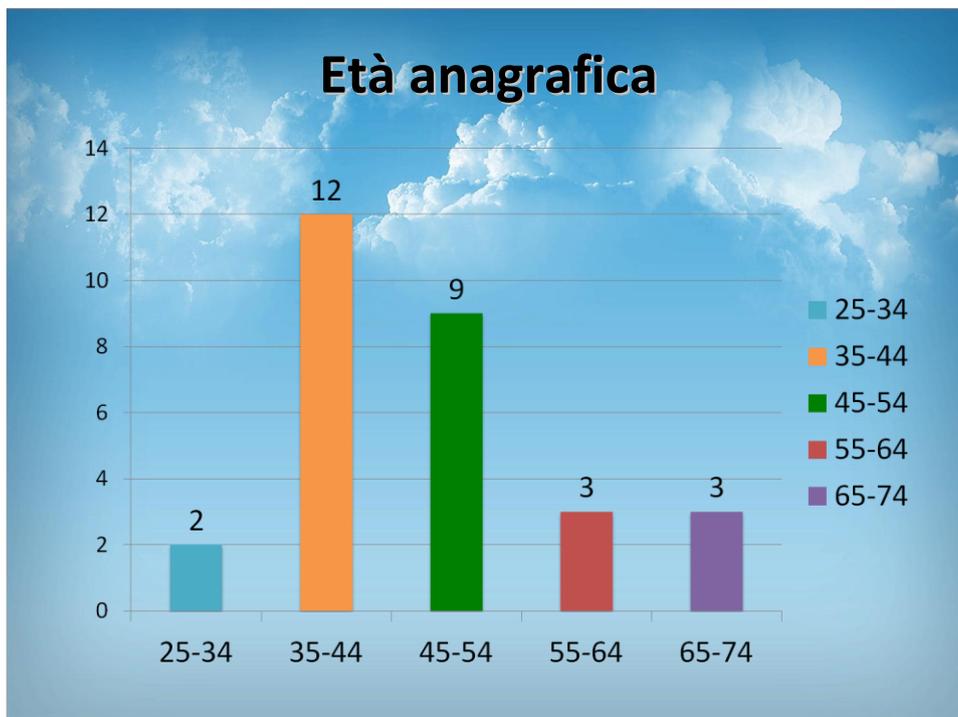
7.5 Il campione

Il campione è formato da 60 pazienti selezionati dai Ser.D. ASL AL (sedi di Alessandria e Casale Monferrato) e dal Servizio Sociale (CISSACA).

Gli invii effettivi sono stati 40, tra questi risultano 11 drop out e 29 pazienti che hanno concluso il percorso.

Questo dato appare relativamente basso in quanto sappiamo dalla letteratura (Easton et al., 2000; Stuart et al., 2009) che approssimativamente il 40%/60% dei pazienti tossicodipendenti, che vive con la propria compagna, presenta episodi violenti contro la stessa durante l'anno precedente l'inizio del trattamento per la propria dipendenza.

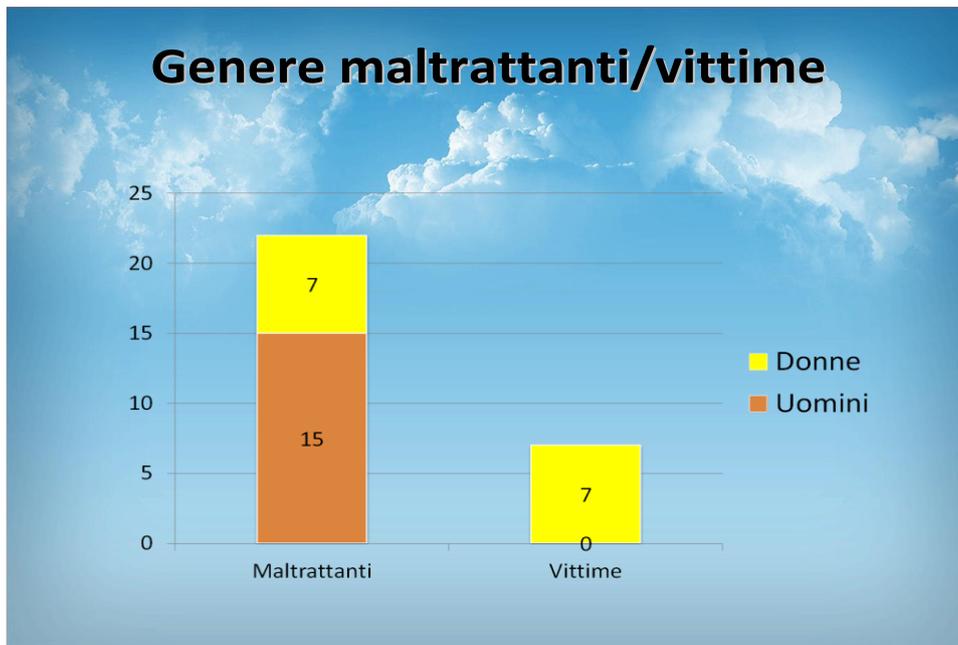
Il campione era composto da 15 uomini e 14 donne di età compresa, in prevalenza tra i 35 e i 44 anni.



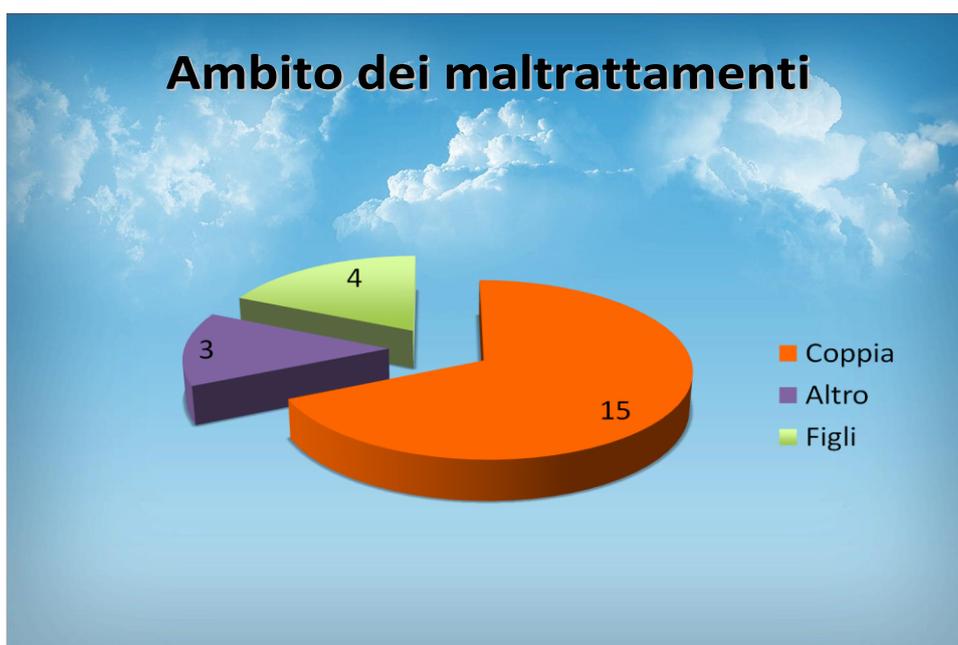
Il titolo di studio dei soggetti coinvolti nel progetto è equamente distribuito con 2 soggetti laureati, 14 soggetti con licenza di scuola secondaria di primo grado e 13 con licenza secondaria di secondo grado.

La nazionalità dei soggetti che hanno aderito al progetto è per lo più italiana (23 soggetti), 2 utenti sono di origine rumena, 2 albanese, 1 marocchina e 1 francese.

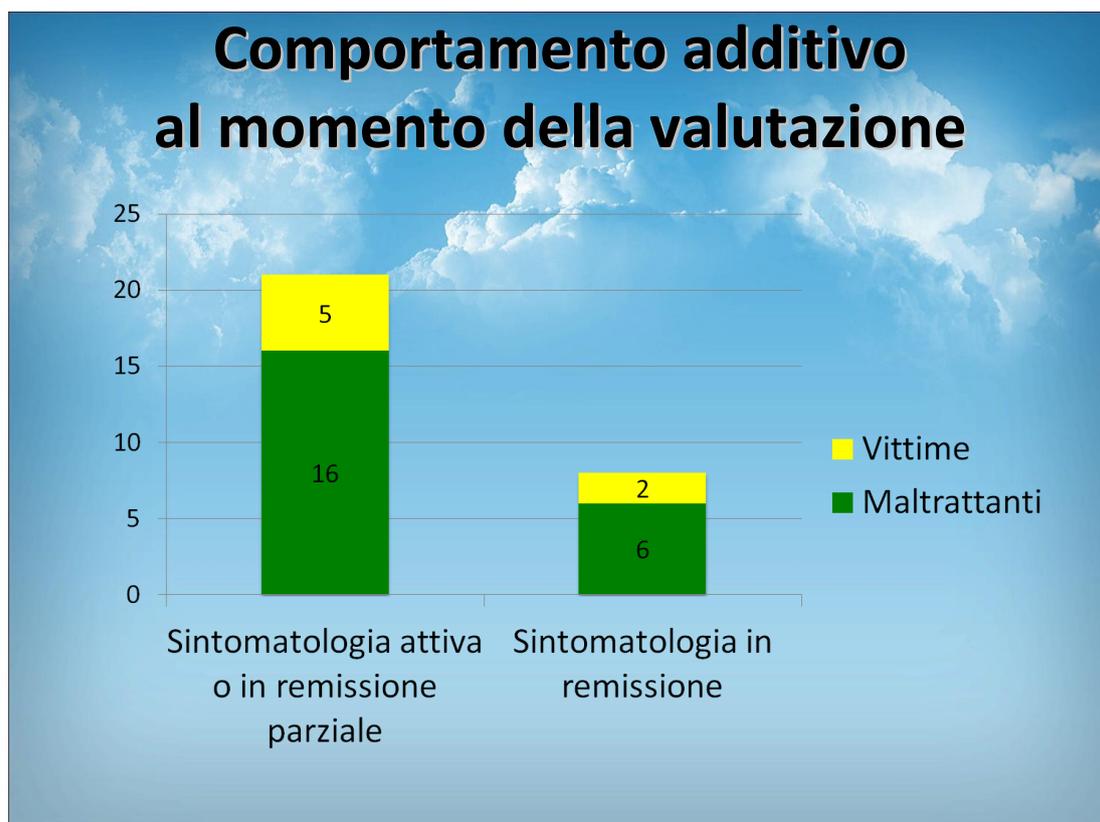
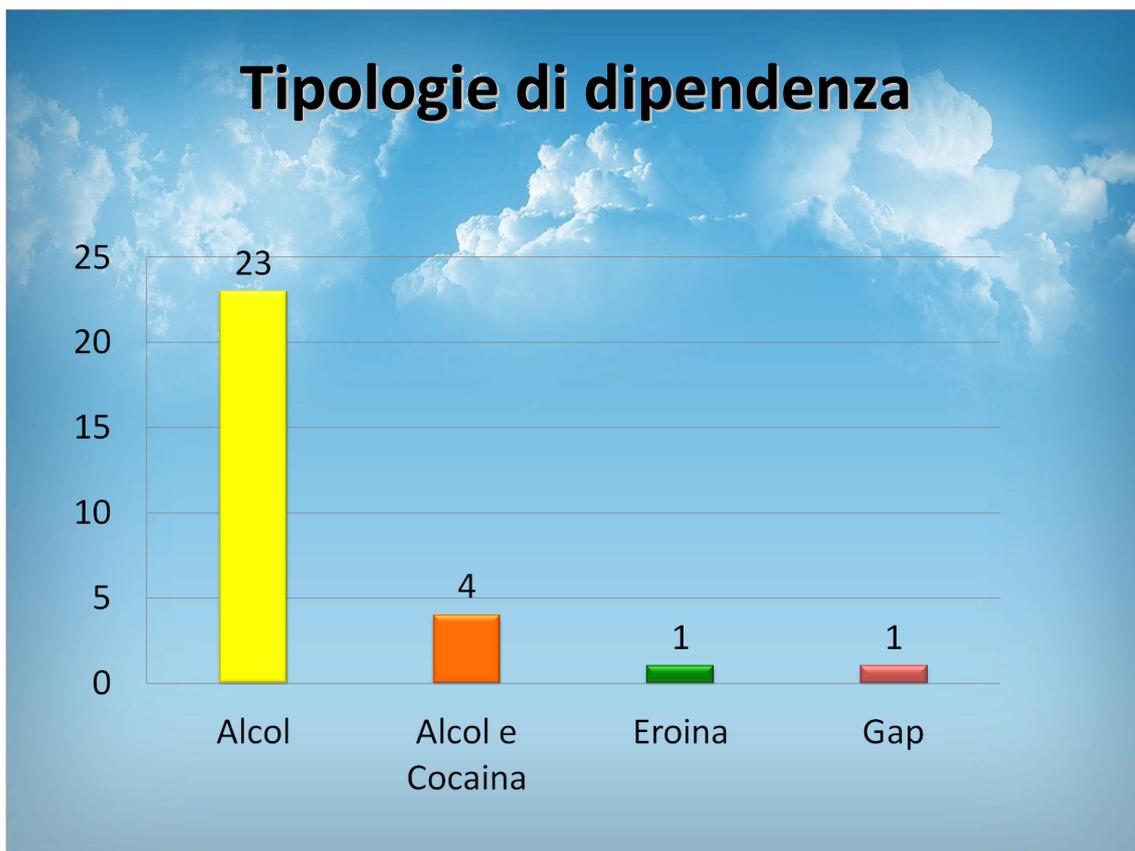
Rispetto alla correlazione tra genere e violenza (agita o subita) il nostro campione risulta essere così suddiviso:



Per quanto riguarda l'ambito dei maltrattamenti, anche il nostro campione rispecchia quello presente in letteratura dove la violenza all'interno della coppia risulta essere l'habitat più frequente.



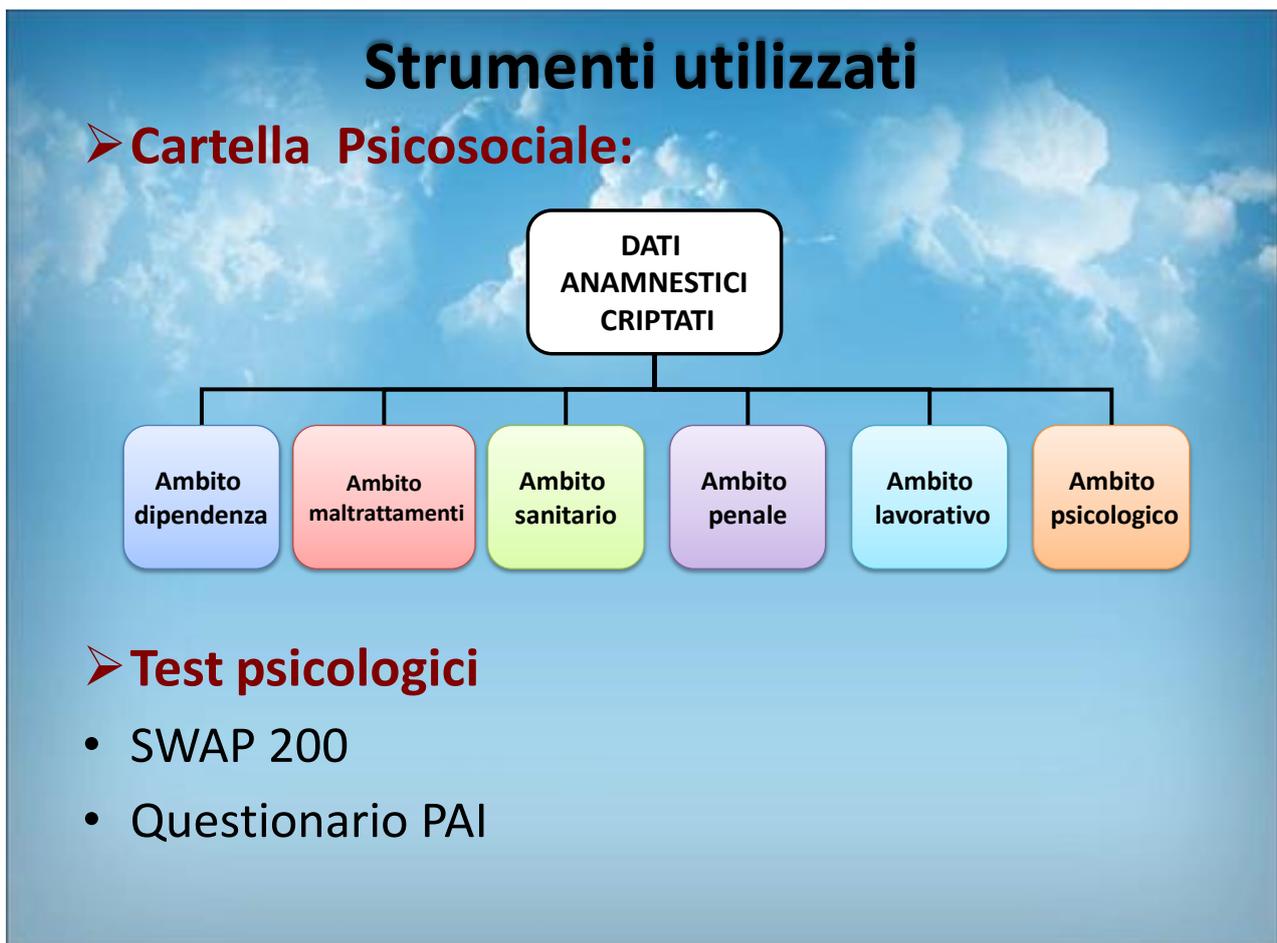
Rispetto alla tipologia di dipendenza i soggetti del campione risultano essere in prevalenza alcolodipendenti con sintomatologia attiva o in parziale remissione.



7.6 Metodologia e strumenti

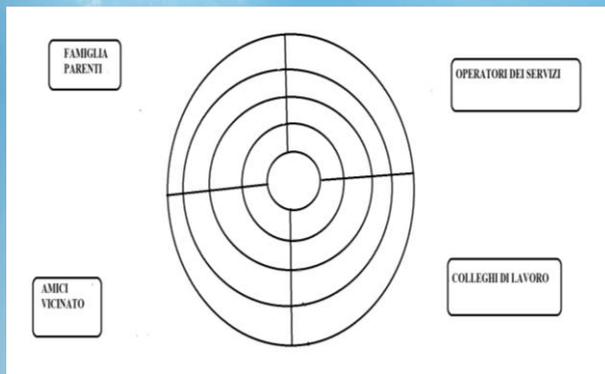
Come già illustrato in precedenza gli strumenti utilizzati sono stati:

- la Cartella Psicosociale contenente la ricostruzione dell'indagine sociale e familiare attraverso il lavoro diretto con il paziente e indiretto con gli operatori dei Ser.D. o dei Servizi invianti;
- l'assessment psicodiagnostico (SWAP 200 e PAI)
- la Carta di Rete che permette di rappresentare graficamente le reti relazionali del soggetto visualizzando in maniera riflessiva il mondo sociale esterno e psichico interno.



Strumenti utilizzati

➤ La carta di rete



Tipi di legami:

Normale	
Forte	
Debole	
Interrotto, sfaldato	
Rotto	
Discontinuo	
Ambivalente	
Conflittuale	

7.7 Trattabilità nel campione

L'indagine diagnostica effettuata mediante la SWAP-200 e PAI ci ha permesso di meglio differenziare la struttura di personalità dei pazienti e di fare riferimento alla loro gravità valutandone i margini di trattabilità.

Per fare ciò si è utilizzato quale modello teorico quello proposto da Cloninger (1987), in particolare in riferimento alla valutazione dei pazienti dipendenti da alcol che risultano essere la percentuale maggiore degli utenti con problemi di violenza e dipendenza afferenti al nostro servizio.

Dall'analisi dei dati è emerso un identikit di pazienti dipendenti autori di violenza così definito:

Tratti di personalità dei soggetti valutati, dipendenti e autori di violenza:

(Organizzazione Borderline di personalità (Kernberg) con stile di funzionamento Antisociale e Narcisistico).

- Attribuzione esternalizzata della colpa
- Grandiosità
- Onnipotenza
- Sfruttamento interpersonale
- Mancanza di empatia
- Bassa tolleranza alla frustrazione
- Rabbia agita
- Relazioni basate sul potere
- Basso funzionamento psichico
- Tendenze paranoidi

Tratti di personalità dei soggetti valutati, dipendenti e vittime di violenza:

(Organizzazione Nevrotiche/Borderline di personalità (Kernberg) con stile di funzionamento Istrionico e Dipendente).

- Attribuzione internalizzata della colpa
- Bassa autostima
- Sentimenti di inadeguatezza
- Passività
- Dipendenza affettiva
- Idealizzazione eccessiva del partner

- Strategie masochistiche/istrioniche per mantenere la relazione con le figure di attaccamento
- Medio/Basso funzionamento psichico

Altre caratteristiche di personalità possono essere messe in correlazione all'uso di sostanza assunta. Poiché il campione utilizzava prevalentemente l'alcol come sostanza di dipendenza è possibile fare riferimento alla classificazione di Cloninger (1988) che ha analizzato ed evidenziato delle tipologie di soggetti dipendenti da alcol.

Tali classificazioni risultano essere le seguenti.

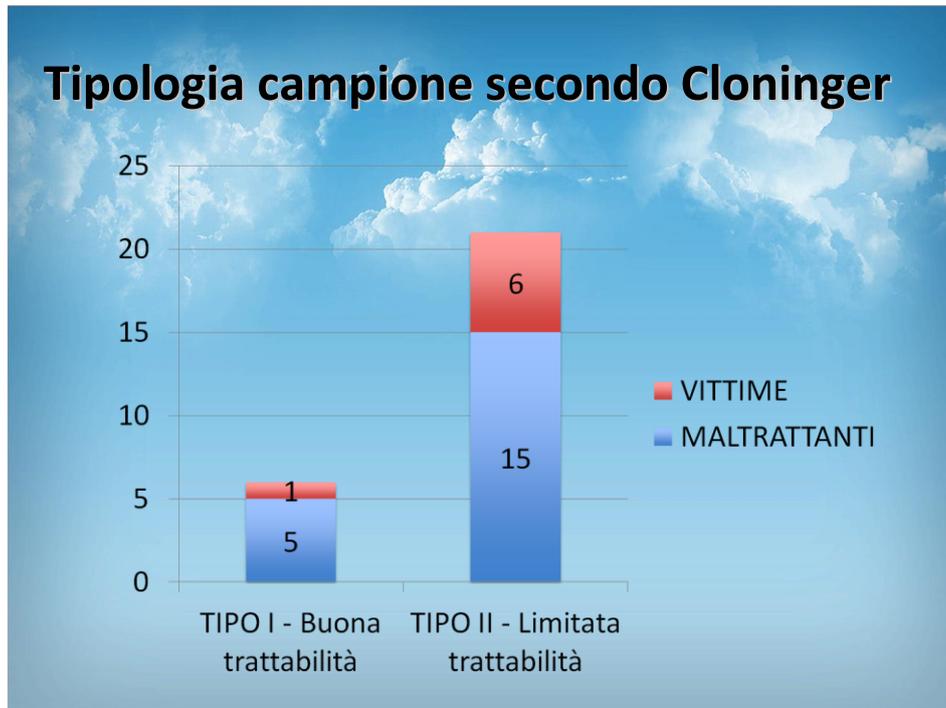
TIPOLOGIA DI CLONINGER - TIPO I

- Inizio: tardivo e reattivo a eventi accaduti nel corso della vita (traumi, lutti, situazioni "di passaggio")
- Comportamento prevalente: evitamento (harm avoidance)
- Base neurobiologica: deficit serotoninergico
- Effetto ricercato: ansiolitico/antidepressivo, rilassamento psicofisico.
- Craving: relief craving (desiderio di ridurre la tensione)
- Capacità di gratificazione: buona
- Capacità di contatto con gli altri: buona
- Storia di vita: "vita vissuta" in cui la dipendenza appare come un incidente o una complicità

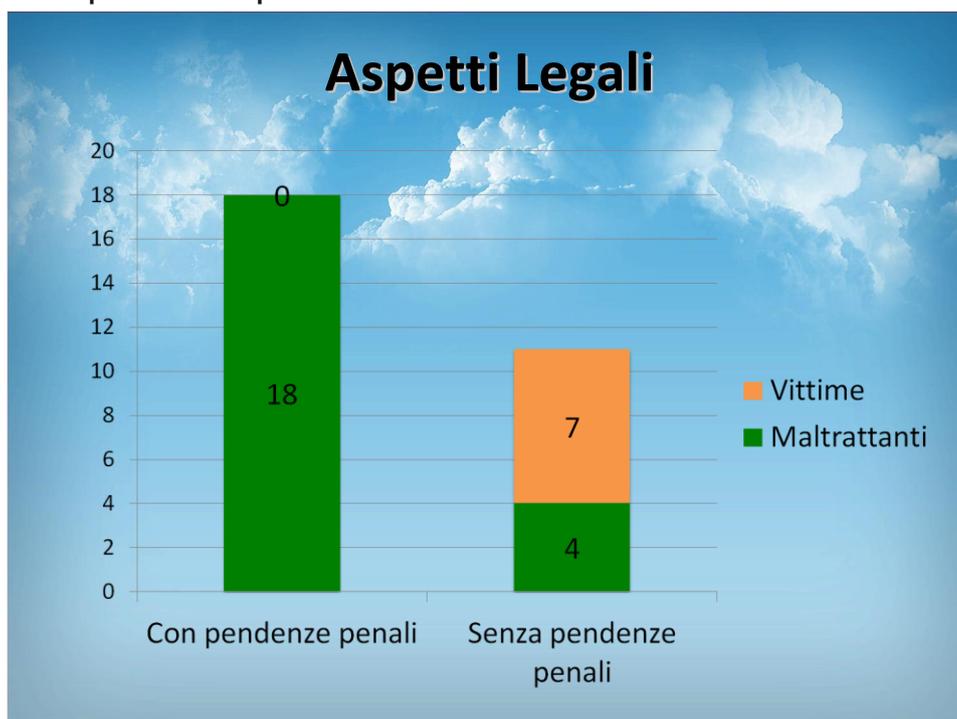
TIPOLOGIA DI CLONINGER - TIPO II

- Geneticamente determinato
- Inizio: precoce con evoluzione rapida
- Comportamento prevalente: ricerca di sensazioni intense (*novelty seeking*)
- Base neurobiologica: deficit del sistema dopaminergico
- Effetto ricercato: gratificazione
- Craving: reward craving (desiderio di ricompensa)
- Maggiore risposta ai potenziali auditivi evocati
- Associazione con disturbi antisociale e borderline di personalità
- Capacità di gratificazione: scarsa (Reward Deficiency Syndrome)
- Capacità di contatto con gli altri: scarsa problematica
- Storia di vita: vita improntata sul rapporto con l'alcol e le sostanze

Volendo analizzare il nostro campione sulla base della tipologia di Cloninger (1987) sopradescritta, questo risulta essere così rappresentato:



Sempre secondo l'autore i soggetti appartenenti al Tipo II risultano avere problematiche di tipo sociale e legale; anche il nostro campione rispecchia questo dato.



7.8 Percorso Clinico

L'intervento clinico rivolto agli uomini autori di violenza con problematiche di dipendenza non può non considerare i diversi fattori implicati in tale fenomeno.

- Fattori socioculturali, riguardanti il contesto sociale di genere e i rapporti di potere ineguali tra uomini e donne nella nostra società. I comportamenti violenti rappresentano una modalità disfunzionale per affrontare i conflitti, riferibili a fattori relazionali relativi al tipo di rapporti di potere e di genere, specifici all'interno della coppia, alle modalità di soluzione dei conflitti e di comunicazione.
- Fattori individuali, che possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:
 1. fattori cognitivi definiti dalle convinzioni, assunzioni rispetto alle relazioni, ai ruoli di genere e alle aspettative relative alla relazione di coppia, alla compagna e ai bambini e a sé stessi;
 2. fattori emotivi quali l'espressione e la gestione delle emozioni (rabbia, frustrazione, fallimento, vergogna, gelosia, paura, ecc.) in una prospettiva di genere;
 3. fattori comportamentali relativi al cambiamento di agiti violenti e autoritari genere-specifici in azioni e abilità efficaci nell'instaurare relazioni basate su rispetto e uguaglianza, su capacità comunicative e di risoluzione dei conflitti.

Nell'ambito di questo progetto le fasi di accoglienza e valutazione psicodiagnostica sono servite a nominare la violenza, favorire la consapevolezza del problema e permettere l'attivazione di trattamenti individuali brevi. Nonostante l'ipotesi iniziale di effettuare anche trattamenti di gruppo con i soggetti dipendenti autori di violenza, ciò non è stato possibile per la non idoneità dei pazienti che hanno aderito al programma. Infatti, come già illustrato in precedenza, la maggioranza dei pazienti presi in carico rientra nella tipologia di TIPO II che presenta una limitata trattabilità e, ad oggi, in coloro che invece risultavano essere maggiormente idonei (6 soggetti), si è comunque dovuto lavorare per la stabilizzazione della sintomatologia dipendente. Tuttavia, la tematica del rapporto tra violenza e dipendenza patologica è stata rilevante all'interno dei gruppi clinici esistenti rivolti a pazienti e loro familiari.

Ciò detto, è apparso evidente, sia negli operatori che nei pazienti, che il lavoro effettuato nella fase valutativa di presa di contatto e nomina della violenza, ha assunto un valore terapeutico in quanto ha permesso ai pazienti di focalizzare i propri comportamenti non solo in termini di dipendenza ma anche in termini di violenza. Ciò che è parso utile è stato l'intervento di operatori non giudicanti ma in posizione di ascolto e condivisione, come sostenuto da Grifoni (2016): *"Compito del terapeuta è accompagnare le persone che ci consultano, mai sostituirsi a loro nel pensare di sapere cosa è meglio per la loro vita"*.

7.8 Conclusioni progettuali

In primis si è intervenuti sul rafforzamento della rete già presente sul territorio, incrementata nei vari ambiti, quali quello relativo alle organizzazioni che si occupano delle vittime di violenza già presenti e consolidate a livello provinciale; quella relativa al trattamento di uomini maltrattanti non presente a livello provinciale ma regionale; a livello di Istituzioni che si occupano degli autori di violenza si sono intensificate le maglie della rete grazie anche all'importante lavoro sull'etica, deontologia professionale e responsabilità degli operatori.



La proposta emersa al termine del progetto e condivisa tra partner e collaboratori, sia negli ambiti di formazione sia nelle riunioni, è quella di realizzare un Tavolo Inter-Servizi volto alla strutturazione di un percorso di lavoro con gli autori di violenza da realizzare nel territorio della provincia di Alessandria. Tale ipotesi appare di grande rilevanza in quanto permetterebbe di incrementare la coscienza del fenomeno e di rendere esplicito sul territorio provinciale il bisogno di occuparsi in termini istituzionali degli autori di violenza e di conseguenza migliorare l'azione di cura delle vittime e degli eventuali figli.

8. Linee guida

Risulta dall'esperienza clinica che in prevalenza i pazienti dipendenti si rivolgono al SER.D. in compagnia del/della proprio/a partner, pertanto appare importante prestare attenzione alle dinamiche presenti all'interno della coppia già nei momenti iniziali dell'accoglienza. Ricordiamo infatti che la letteratura evidenzia come, approssimativamente il 40%/60% dei pazienti dipendenti che vive con la propria compagna, presenta episodi violenti contro la stessa durante l'anno precedente l'inizio del trattamento per la propria dipendenza (Stuart et al., 2009).

Dai primi colloqui, inoltre, è necessario che l'operatore individui eventuali segni di maltrattamento agito o subito quali:

- minacce;
- coercizioni;
- intimidazioni;
- rimproveri;
- controllo (economico, psicologico, sociale);
- utilizzo dei figli nella relazione;
- utilizzo di privilegi
- comportamenti o affermazioni contraddittori.

Inoltre, è necessario fare attenzione ai meccanismi di difesa presenti sia nell'operatore che nel paziente:

- spostamento: spostare la causa di violenza su un oggetto esterno facilmente controllabile (es. *"Avevo indossato un vestito che non gli piaceva"*);
- evitamento: cambiare discorso, evitare di parlare di relazioni con il/la partner;
- negazione: *"Mai picchiata, mai minacciata in vita mia!"*
- minimizzazione: *"Le ho dato solo un buffetto, le vengono i lividi facilmente"*;
- colpevolizzazione della vittima: *"E' lei che mi perseguita, io mi difendo"*;
- giustificazione della violenza: *"Divento un po' brusco solo quando bevo un goccetto di troppo"*;

- collusione: (tendenza a pensare da parte dell'operatore che una eventuale segnalazione rovini la fiducia/alleanza terapeutica necessaria al proseguimento della terapia per la dipendenza, es. *"Se mi accontenti, guarirò, se non mi accontenti non guarirò"*).

Se il paziente è dipendente e vittima di violenza:

- Costruire l'alleanza terapeutica.
- Lavorare per il raggiungimento dell'astinenza.
- Favorire il riconoscimento e la consapevolezza del maltrattamento subito.
- Dare informazioni sulla rete di supporto alle vittime di violenza presente sul territorio (materiale informativo Me.dea, ...) ed eventualmente accompagnare la persona nel contatto con i servizi preposti.
- Agevolare il contatto tra vittima e Forze dell'Ordine.
- Informare il/la paziente sulla necessità di tenere traccia di tutto ciò che possa oggettivamente comprovare l'atto di violenza (messaggi cellulare, e-mail, referti clinici, foto, ecc.).
- Valutare l'eventualità della segnalazione agli Organi competenti (CISSACA, Procura, ecc.) e informarne il/la paziente. A tal proposito si ricorda che *l'obbligo di denuncia di cui agli artt. 331 e 332 c.p.p., incombe solo sui pubblici ufficiali ed incaricati di pubblico servizio (come gli operatori del Servizio per le Dipendenze) che abbiano notizia di un reato perseguibile d'ufficio.*

ARTICOLI:

- art. 572 (Maltrattamenti contro familiari e conviventi)
- art. 609-bis (Violenza sessuale)
- art. 609-ter (Circostanze aggravanti)
- art. 609-quater (Atti sessuali con minorenne)
- art. 609-quinquies (Corruzione di minorenne)
- art. 609-sexies (Ignoranza dell'età della persona offesa)
- art. 609-septies (Querela di parte)
- art. 609-octies (Violenza sessuale di gruppo)
- art. 609-nonies (Pene accessorie ed altri effetti penali)
- art. 609-decies (Comunicazione al tribunale per i minorenni)
- art. 612 bis - (Atti persecutori, stalking)

Quando la notizia appresa per ragioni di servizio concerne fatti di reato aventi procedibilità d'ufficio, l'ambito operativo del segreto professionale si restringe.

(...) In particolare, il benessere psicofisico del paziente non può essere ritenuto scriminante a meno che il suo pregiudizio non rivesta le caratteristiche dello stato di necessità. (...) Del benessere psicofisico del paziente non si può prescindere quando il segreto non attiene a notizie concernenti reati.

In tali casi, quando la rivelazione non sia obbligatoria per legge, soccorre l'operatore il Codice deontologico professionale con specifiche disposizioni, evidenziando che la violazione del segreto professionale può far incorrere l'operatore in sanzioni disciplinari.

Si può dire che la rivelazione, in genere, non può che essere preceduta da valido consenso scritto del paziente. In caso d'incapacità va previsto l'intervento di figure di tutela. In caso di diniego la violazione del segreto può avvenire se sorretta dalla necessità di salvaguardare la salute (o la vita) del paziente o di terzi. Si fa riferimento in sostanza agli artt. 11 e 12 del CDM.¹

Se il paziente è dipendente e autore di violenza ma presenta indici di buona trattabilità:

- Costruire l'alleanza terapeutica
- Lavorare per il raggiungimento dell'astinenza
- Esplicitare la violenza
- Stimolare la riflessione sulla correlazione violenza/dipendenza
- Favorire la motivazione al trattamento della violenza
- Contattare la vittima ed eventualmente coinvolgerla per la puntualizzazione della violenza*
- Attivare un percorso terapeutico individuale e/o di gruppo
- Collaborare attivamente con gli altri servizi coinvolti (Tribunali, UEPE, Servizi Sociali, ecc.)

¹ Intervento a cura del Dott. Bruno Rapetti,

- Valutare l'eventualità della segnalazione agli Organi competenti (CISSACA, Procura, ecc.) e informarne il/la paziente (vedi sopra).

*Contattare la vittima ed eventualmente coinvolgerla per la puntualizzazione della violenza

Il contatto con il partner è molto importante nel rispetto della funzionalità del trattamento della violenza in quanto serve a dar voce all'esperienza della vittima, ascoltare la narrazione dell'episodio da un altro punto di vista e avere maggiori elementi per valutare sia le cause della violenza, sia gli effetti del programma. Risulta importante, in modo particolare con i soggetti Cloninger II, che le vittime siano messe a conoscenza che la partecipazione al programma da parte del compagno/a potrebbe essere un modo per manipolarle e controllarle ulteriormente.

Le donne devono essere messe a conoscenza della possibilità di ricevere esse stesse supporto e di rientrare in progetti di sicurezza per opera delle istituzioni preposte. Le informazioni fornite dalle compagne devono essere incluse nell'accertamento dei rischi e nella valutazione dell'autore. Le donne saranno avvertite qualora il compagno si ritiri dal programma o qualora gli operatori percepissero un rischio per la donna e i bambini.

Il contatto dovrebbe essere attivato anche per monitorare il reale cambiamento e le ricadute del comportamento maltrattante sia in itinere che ex post. In itinere, il contatto si rifà alla possibilità di verificare il cambiamento in corso durante la partecipazione al programma, mentre alla fine ha il significato di verificare l'efficacia del trattamento. Il contatto con la partner non va confuso con l'intervento di coppia o di mediazione familiare.

È necessario verificare che il paziente accetti volontariamente che le compagne siano contattate. È necessario impegnarsi a non usare in nessun caso le informazioni fornite dalla donna direttamente con l'uomo autore di violenza, al fine di non metterne a repentaglio la sicurezza.

Se il paziente è dipendente e autore di violenza ma presenta indici di limitata trattabilità:

- Costruire una sufficiente alleanza terapeutica
- Lavorare per il raggiungimento dell'astinenza o la riduzione dei consumi
- Esplicitare la violenza
- Stimolare la riflessione sulla correlazione violenza/dipendenza
- In presenza di una adesione formale del paziente rispondente alla richiesta del Tribunale, stabilire una cornice terapeutica rigida (la relazione terapeutica, infatti, non è sufficiente a contenere la violenza)
- Contattare la vittima (messa in sicurezza, aumento consapevolezza, contatto Servizi) (*vedi sopra)
- Collaborare attivamente con gli altri servizi coinvolti (Tribunali, UEPE, Servizi Sociali, ecc.)
- Collaborare con il Servizio di Salute Mentale
- Valutare l'eventualità della segnalazione agli Organi competenti (CISSACA, Procura, ecc.) e informarne il/la paziente (vedi sopra).

Dalle Linee Guida Nazionali in termini di trattamento di soggetti autori di violenza (non dipendenti o con sintomatologia di remissione) – Associazione RELIVE Relazioni Libere dalle Violenze

Il tema del recupero dei maltrattanti è stato riconosciuto come centrale all'interno dei programmi nazionali di azione volti al contrasto della violenza di genere.

In Italia, il Legislatore è intervenuto nel 2013 con la legge 119 la quale ha riconosciuto l'esigenza di adottare misure di prevenzione in ambito socioculturale e ha previsto un ruolo attivo delle strutture rivolte al recupero degli autori dei maltrattamenti.

Le linee di indirizzo nazionali per il recupero/reinserimento degli uomini autori di violenza, riconosce che il problema della violenza non rappresenta soltanto un problema delle donne, oltrepassando l'antica convinzione che gli interventi rivolti agli autori di violenza siano "in conferenti" con gli interventi per il sostegno delle vittime.

Le linee d'indirizzo contenute nel piano per il recupero/reinserimento degli uomini autori di violenza pongono particolare attenzione a :

- la creazione di sinergie tra i centri che si occupano di uomini violenti e i servizi che si occupano di protezione della vittima; tra questi i Ser.D. sono chiamati direttamente in causa;
- il recupero del maltrattante non è alternativo alla condanna da parte dell'Autorità giudiziaria ma integrativo, volto all'eliminazione delle conseguenze dannose e pericolose derivanti dal reato;
- l'avvio di un percorso di trattamento può avvenire solo in presenza del riconoscimento della gravità e della propria responsabilità rispetto alla violenza commessa;
- i percorsi di recupero del maltrattante devono escludere il ricorso a terapie di coppia o forme di mediazione familiare;
- in presenza di figli nel nucleo familiare, il diritto di visita del padre che ha usato violenza nei confronti del figlio è subordinato alla valutazione della situazione di violenza pregressa;
- interruzione del percorso di trattamento di recupero solo quando il maltrattante ha interrotto la violenza, acquisito consapevolezza e svolto reali azioni verso chi ha subito violenza;
- è necessario predisporre una valutazione del rischio funzionale all'intervento da attuare nei confronti del maltrattante;
- è necessario predisporre formazione e aggiornamento permanente nei confronti degli operatori che si occupano di interventi sui maltrattanti.

Politica di protezione dei minori

I minori che vivono in contesti in cui sono messi in atto comportamenti violenti risentono sempre, direttamente o indirettamente, della violenza a cui assistono anche a causa della compromissione delle capacità genitoriali. A maggior ragione, se gli episodi di violenza sono successivi a situazioni di abuso che alterano lo svolgimento delle normali funzioni genitoriali di accudimento di cui ogni bambino ha bisogno per la propria sopravvivenza. Per questo motivo l'attenzione a loro dedicata costituisce una priorità nei casi di trattamento di soggetti dipendenti e non, maltrattanti, tanto nel lavoro diretto con gli uomini, quanto rispetto all'integrazione tra

sistemi di intervento più ampi e nella cooperazione con altri enti, ed istituzioni formali e non formali.

È necessario che siano previste azioni concrete da intraprendere qualora il minore sia a rischio di violenza domestica, nel rispetto del contesto locale e della situazione normativa.

Consapevoli degli effetti e dei rischi della violenza assistita, è importante che gli operatori che si occupano di dipendenza e violenza siano attenti anche al recupero delle capacità genitoriali e agiscano sulla consapevolezza da parte degli uomini in quanto padri e sugli effetti generati dagli agiti violenti.

Qualifiche del personale

Per poter garantire la qualità del trattamento degli uomini autori di violenza, gli/le operatori/trici, in aggiunta alla formazione nell'area nelle relazioni di aiuto e alla relativa esperienza lavorativa non inferiore a 5 anni, devono:

- aver assunto una posizione personale di impegno per relazioni libere da violenza e orientate all'uguaglianza di genere ed aver svolto un'accurata riflessione sul rischio presente anche per loro stessi rispetto all'assunzione di comportamenti violenti e autoritari;
- aver effettuato una formazione specifica sulla violenza di genere, sui significati attribuiti ai concetti di identità, ruolo, dinamiche di potere, agli stereotipi e ai pregiudizi implicitamente accettati nelle relazioni tra i generi;
- aver svolto una formazione sul trattamento degli autori di violenza relativa a programmi specifici;
- aver strutturato modalità di supervisioni continue sul proprio lavoro.

Questo perché alcuni autori, in una ricerca su scala mondiale, rilevano che il 34% dei programmi sulla violenza è seguito da operatori selezionati su base accademica (psicologi, assistenti sociali) e solo il 25% ha una formazione specifica sulle dinamiche delle relazioni di violenza da parte di partner o ex partner. Si sottolinea, sempre nella stessa ricerca, che la formazione del personale dovrebbe essere requisito essenziale per il funzionamento dei programmi di intervento e che si dovrebbe provvedere ad insegnare anche le tecniche di lavoro di gruppo e tutte le competenze necessarie per rendere i maltrattanti responsabili delle loro condotte senza umiliarli né entrare in collisione con i loro racconti. Inoltre, nelle linee guida Respect (2004) viene specificato, oltre alla necessità di una formazione teorica specifica sulla violenza nelle relazioni di intimità, come sia necessario effettuare un training minimo nella conduzione di gruppi e continua supervisione degli operatori per valutare l'impatto di lavoro sulle loro emozioni, poiché il lavoro con gli autori di violenza può scatenare reazioni di paura, di rifiuto o al contrario può generare una graduale abitudine alla

violenza fino a portare alla collusione con il maltrattante e alla perdita di empatia nei confronti della vittima.

Rispetto al genere è importante che le vittime di violenza si relazionino con operatori di sesso femminile mentre gli/le autori/autrici di violenza si relazionino con operatori di sesso maschile. Nel trattamento di gruppo è auspicabile una conduzione che preveda due operatori di ambo i sessi.

Accertamenti di qualità, documentazione e valutazione

È necessario attivare un processo finalizzato alla documentazione e valutazione del lavoro svolto e l'individuazione di criteri e verifica di qualità dei servizi.

Questo lavoro di valutazione e di documentazione, riconosciuto a livello nazionale ed internazionale dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- durata minima 24 mesi con follow up di valutazione a 6 e 12 mesi
- equipe di lavoro multidisciplinare con presenza di entrambi i generi
- contatto partner
- sedute di gruppo con co-conduzione, se possibile
- incontri individuali
- supervisione programmata
- documentazione continua del lavoro
- valutazioni interne ed esterne dei risultati del programma

9. Conclusioni e sguardi verso il futuro

La delicatezza del tema e la complessità delle situazioni a cui devono fare fronte gli operatori che si occupano di violenza e dipendenza patologica, obbligano a tessere una rete molto fitta di collaborazioni tra le varie istituzioni presenti sul territorio e a uno stretto e continuo interfacciarsi delle diverse professionalità su ogni singola situazione. Tale condizione obbliga gli operatori ad un confronto diretto e costante circa i propri punti di vista operativi, professionali ma anche personali. Se fino a pochi anni fa poteva essere considerato "normale" che una donna venisse consigliata dal marito di rimanere a casa dal lavoro e a gestire la prole, oggi è a tutti gli effetti considerata violenza psicologica la condizione di una donna caldamente invitata a non lavorare. Certamente gli occhiali con cui leggiamo, analizziamo e osserviamo la realtà sono diversi a seconda della nostra professione, dei nostri studi ma anche e soprattutto della nostra esperienza di vita.

Mai come nell'ambito della violenza e del maltrattamento appare quindi importante la continua formazione e supervisione del lavoro e una continua e costante manutenzione di tutti i contatti e collegamenti necessari per l'integrazione delle varie figure professionali e dei diversi partecipanti alla rete, affinché possano collaborare proficuamente.

È fondamentale, inoltre, perché possa essere portato avanti un lavoro sulla violenza e la dipendenza patologica, che i responsabili dei Dipartimenti e delle Unità Operative possano avere nella mente l'importanza di tali temi e sviluppare progetti, linee di interventi, risorse economiche e di personale che possano promuovere una presa in carico della sofferenza psichica di chi agisce o subisce la violenza.

Il curare gli uomini autori di comportamenti violenti non può trasformarsi nella mera applicazione di routine istituzionali, ma significa prendersi cura di questo tipo di paziente. Bisogna cercare, fin da subito, di creare un clima di fiducia e di ascolto volto alla comprensione del comportamento violento per far emergere tale

comportamento dall'invisibilità della vergogna. La banalizzazione, la minimizzazione e la negazione dei propri comportamenti fanno riferimento a meccanismi di difesa che tentano di ridurre il danno psicologico a una sorta di autoprotezione da sentimenti di vergogna, colpa, autodenigrazione.

Lo sguardo che rivolgiamo al futuro è uno sguardo più consapevole dei nostri limiti, dei nostri bisogni ma anche delle nostre risorse e di quanto queste siano necessarie soprattutto quando si vuole attuare un cambiamento, soprattutto culturale.

Desire - Desiderio

Ability - Abilità

Reasons - Ragioni

Needs - Bisogni

Committment - Azioni, impegno

"Quando vuoi apportare un cambiamento, cominci dagli altri, o inizi da te?"

10. Bibliografia e sitologia

- Spriano C., Oltre il Silenzio, ed. Erikson,
Cloninger CR; Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism, *Science* 236 (4800):410-416; 1987
- Cibin M., Lucchini A., Rossi A., La gestione delle dipendenze da alcol in medicina generale, Pacini ed., Pisa, 2013
- Grifoni G., Non esiste una giustificazione, Romano ed., Castrovillari, 2013
- Decreto Legge 14 Agosto 2013 n°93 (convertito in Legge del 15 Ottobre 2013 n° 119, Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province ((GU Serie Generale n°191 del 16/08/2013)
- Legge 27 Giugno 2013, n°77 Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul, 11 Maggio 2011 (GU Serie Generale n°152 del 01/07/2013)
- Merzagora Betsos I, Uomini violenti. I partner abusanti e il loro trattamento, Ed. Raffaello Cortina, Mi, 2009
- Andrews G., Goldberg D.P., Krueger R. F., Carpenter W.T., Hyman S.E., Sachdev P., Pine D.S. (2009), Exploring the feasibility of a metastructure for DSMV and ICD11: could it improve utility and validity?, *Psychological Medicine*, 39, 1993-2000.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Arlington; *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5*, Raffaello Cortina, Milano.
- American Psychiatric Association (1952) *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*, Washington D.C.; *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ball S. A. (1998) Manualized treatment for substance abusers with personalità disorders: Dual Focus Schema Therapy, *Addictive Behaviors*, 23, 883-891.
- Brewer J.A., Potenza M.N. (2008), The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions, *Biochem. Pharmacol.*, 75, 63-75.
- Brooner R.K., King V.L., Kidorf M., Schmidt C.W., Bigelow G.E. (1997), Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers, *Archives of General Psychiatry*, 53, 71-80.
- Cacciola J. S., Alterman A. I., Rutherford M. J., Snider E. C. (1995), Treatment response of antisocial substance abusers, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 166-171.
- Chung T., Martin C.S., Cornelius J.R., Clark D.B. (2008), Cannabis with-drawal predicts severity of cannabis involvement at 1-year follow-up among treated adolescents, *Addiction*, 103, 787-799.
- Clarke D.E., Narrow W.E., Regier D.A., Kuramoto S.J., Kupfer D.J., Kuhl E.A., Greiner L., Kraemer H.C. (2013), DSM-5 field trials in the Uinter States and Canada, Part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches, *Am. J. Psychiatry*, 170, 43-58.
- Cloninger C.R. (1987a), A systematic method for clinical description and classification of personality variants, *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-558.

- Cloninger C.R. (1987b), Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism, *Science*, 236, 410-416.
- Correale A (2013), Disfarsi di sé. Angoscia borderline e uso di sostanze, *Psiche rivista di cultura psicoanalitica*, 1, 1-10.
- Correale A., Alonzi A.M., Carnevali A., Di Giuseppe P., Giacchetti N. (2001), *Borderline: lo sfondo psichico naturale*, Borla, Roma.
- Craig R.J. (1988), A psychometric study of the prevalence of DSM-III personality disorders among treated opiate addicts, *International journal of the Addictions*, 23, 115-124.
- Donald W., Grant Jon E., (2015), *DSM-5. Guidebook*, Raffaello Cortina, Milano.
- Dulit R. A., Fyer M. R., Haas G. L., Sullivan T., Frances A. J., (1990), "Substance use in Borderline Personality Disorder", In *American Journal of Psychiatry*, 147, pp. 1002-1007.
- Fioritti A., Solomon J. (2002), *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*. Franco Angeli, Milano.
- Grant J.E., Schreiber L.R., Odlaug (2013), Phenomenology and treatment of behavioural addictions, *Can J. Psychiatry*, 5, 252-259.
- Hallman J., Persson M., Klinternberg B. (2011), Female alcoholism: differences between female alcoholics with and without a history of additional substance misuse, *Alcohol and Alcoholism*, 6, 564-571.
- Hasin D.S., Van Rossem R., McCloud S., Endicott J. (1997), Differentiating DSM-IV alcohol or dependence and abuse by course: community heavy drinkers, *J. Subst Abuse*, 9, 127-135.
- Hasin D., O'Brien C.P., Auriacombe M. (2013), DSM-5 Criteria for substance use disorders: recommendations and rationale, *Am J Psychiatry*, 170, 834-851.
- Helzer J.E., van den Brink W., Guth S.E. (2006), Should there be both categorical and dimensional criteria for the substance use disorders in DSM-V?, *Addiction*, 101, 17-22.
- Klein R.G., Manuzza S. (1991), Long-term outcome of hyperactive children, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 383-7.
- Kleinman P.H., Miller A.B., Millman R.B., Woody G.E., Todd T., Kemp J., Lipton D.S. (1990), Psychopathology among cocaine abusers entering treatment, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 442-447.
- Kokkevi A., Stefanis N., Anastasopoulou E., Kostogianni C. (1998), Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with Axis I disorders as predictors of treatment retention, *Addictive Behaviors*, 23, 841-853.
- Kranzler H.R., Satel S., Apter A. (1994), Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients, *Comprehensive Psychiatry*, 35, 335-340.
- Kuss D.J. (2013), Internet gaming addiction: current perspectives, *Psychology research and behavior management*, 6, 125-137.
- Landheim A.S., Bakken K., Vaglum P. (2003), Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway, *Eur addict Res*, 9, 8-17.
- Linehan M. M. (1993), *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford, New York; (2001) *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.

- Linehan M. M., Schmidt H., Dimeff L.A., Craft J. C., Kanter J., Comtois K. A. (1999) Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence, *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Liotti G. (2001), *Le opere della coscienza: Psicopatologia e Psicoterapia nella prospettiva cognitivo evolutivista*, Raffaello Cortina, Milano.
- Lingiardi V., Gazzillo F. (2010), *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Luthar S. S., Anton S.F., Merikangas K.R., Rounsaville, B.J (1992), Vulnerability to substance abuse and psychopathology among siblings of opioid abusers, *The Journal of Nervous and Mental Disorder*, 180, 153-61.
- Luthar S.S., Cushing G., Rounsaville B.J. (1996), Gender differences among opioid abusers: pathways to disorders and profiles of psychopathology, *Drug Alcohol Dependence*, 43, 179-189.
- Maffei C., Movalli M., Broggi P. (2005), *Le dipendenze nei disturbi di personalità*, in Caretti V., La Barbera D. (2005) (a cura di), *Le dipendenze patologiche*, Raffaello Cortina, Milano.
- Maremmani I., Canoniero S., Pacini M. (2002), "Pisco(pato)logia dell' "addiction". Un'ipotesi interpretativa", in *Ann. Ist. Sup. Sanità*, 38, 3, pp. 241-257.
- Martinez D., Kim J.H., Krystal J., Abi-Dargham A. (2007), Imaging the neurochemistry of alcohol and substance abuse, *Neuroimaging Clin N Am*, 17, 539-555.
- Movalli M. G. (2003), L'outcome nei trattamenti dell'alcolismo: la ricerca sui fattori predittivi, in Focchi A., Madeddu F., Maffei C. (a cura di), *La valutazione nel trattamento delle dipendenze*, Franco Angeli, Milano.
- Movalli M. G., Madeddu F., Fossati A., Maffei C. (1996) Personality Disorders (DSM-III-R, DSM-IV): prevalence in alcoholics and influence on drop out from treatment, *Alcolologia*, 8, 47-52.
- Nace E. P., Davis C.W. (2010) Treatment Outcome in Substance-Abusing Patients With a Personality Disorder, *The American Journal on Addictions*, 2, 26-33.
- Narrow W.E., Clarke D.E., Kuramoto S.J., Kraemer H.C., Kupfer D.J., Greiner L., Reiger D.A. (2013), DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5, *Am. J. Psychiatry*, 170, 71-82.
- Ogawa N., Ueki H. (2006), Clinical importance of caffeine dependence and abuse. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61, 263-268.
- Pettinati H.M., Jensen J.M., Tracy J.I., Samuels D., Meyers K. (1991) Cocaine Vs Alcohol dependence: Axis II and outcome, *Proceeding of the Research Society on Alcoholism Annual Meeting*, Marco Island, FL.
- Potenza M.N. (2006), Should addictive disorders include non-substance-related conditions?, *Addiction*, 101, 142-151.
- Pickens C.L., Airavaara M., Theberge F., Fanous S., Hope B.T., Shaham Y. (2011), *Neurobiology of the incubation of drug craving*, *Trends Neurosci*, 34, 411-420.
- Poldrugo F, Forti B. (1988), Personality disorders and alcoholism treatment outcome, *Drug and Alcohol Dependence*, 21, 171-176.
- Regier D.A., Narrow W.E., Clarke D.E., Kraemer H.C., Kuramoto S.J., Kuhl E.A., Kupfer D.J. (2013), DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses, *Am. J. Psychiatry*, 170, 59-70.

- Reichenberg L. (2015), *DSM-5 l'essenziale. Guida ai nuovi criteri diagnostici*, Raffaello Cortina, Milano.
- Russo F., Valentini M. (2014), Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction: panoramica dei maggiori cambiamenti dal DSM-IV al DSM-V, *Dal Fare al Dire*, 3, 11-22.
- Skinstad A.H., Swain A., (2001), Comorbidity in a clinical sample of substance abusers, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Skodol A. E., Oldham J. M., Gallagher P. E. (1999) Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders, *American Journal of Psychiatry*, 156, 733-738.
- Stone, M. H. (1989), "the course of borderline personality disorder". In Tasman A., Hales R. E., Frances A. J., (a cura di), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 8. APA, Washington, DC.
- Vassileva J., Gonzalez R., Bechara A., Martin E. M. (2007), Are all drug addicts impulsive? Effects of antisociality and extent of multidrug use on cognitive and motor impulsivity, *Addictive Behaviors*, 32, 3071-6.
- Vaillant G. E. (1983), *The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns and Paths to Recovery*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Verheul R., Kranzler H.R., Poling J., Tennen H., Ball S., Rounsaville B.J. (2000), Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact?, *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 101-110.
- Walker R. D., Donovan D. M., Kivlahan D. R., O'Leary M. R. (1983) Length of stay, neuropsychological performance and aftercare: influences on alcohol treatment outcome, *Journal Consult Clinical Psychology*, 51, 900-911.
- Westermeyer J., Thuras P. (2005), Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 93-110.
- Zanarini M. (1993), *Il disturbo borderline di personalità come disturbo dello spettro degli impulsi*, in Paris J. (1995)(a cura di), *Il disturbo borderline di personalità. Etiologia e trattamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Zucker R.A., Gomber E. S. L. (1986), Personality risk factor for cocaine abuse, *Am. J. Public Health*, 79, 891-892.
- Zuckerman M. (1985), Sensation seeking, mania, and monoamines. *Neuropsychobiology*, 13, 121-128
- Zuckerman M. (1988), Sensation seeking, risk taking and health, in Janisse M.P. *Individual Differences, Stress and Health*, Springer-Verlag, New York, 72-88.
- Zuckerman M. (1994), *Behavioral expression and biosocial bases of sensation seeking*, Cambridge Press, New York.

Sitografia

Costantini G. (2015), *Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction: cosa cambia nel DSM-5*, www.stateofmind.it/2015/06/dipendenze-dsm5/
 Fondazione Pangea - coordinamento dello sportello antiviolenza online
www.sportelloantiviolenza.org,

Associazione Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti (CAM), Firenze
 Associazione Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti (CAM), Ferrara
 Associazione White Dove Evoluzione del Maschile Onlus, Genova

Centro SAVID (Stop alla violenza domestica) Università di Medicina, Milano
Fondazione Famiglia Materna, Rovereto
Associazione C.I.P.M Centro Italiano per la Promozione della Mediazione, Milano
Associazione C.I.P.M Emilia
Associazione Forum Lou Salomè – Progetto Uomini - non più violenti - si diventa,
Milano
Associazione Il Cerchio degli uomini, Torino

Medea

Sito provincia per progetto Viola

<http://www.comune.alessandria.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/9528>

Cissaca

Comune

UEPE questura

