

La Stanza di Terapia: il Dentro e il Fuori

Prospettive d' intervento e dinamiche psicologiche nel trattamento degli autori di violenza domestica e di genere nel Progetto Conscious

Antonella D'Andrea *psicologo psicoterapeuta Asl Frosinone, conduttore gruppi trattamento Progetto Conscious.* antonella.dandrea@aslfrosinone.it

Dott.ssa Alessia Maccarone *psicologo e conduttore gruppo trattamento.* alessiamaccarone@virgilio.it

Dott.ssa Antonella D'Ambrosi *psicologo psicoterapeuta Asl Frosinone, Coordinatore Progetto Conscious e conduttore gruppi trattamento.* antonella.dambrosi@aslfrosinone.it cell.338/4066413

Introduzione

La violenza di genere è un fenomeno complesso di portata planetaria e trasversale alle culture e alle condizioni socio economiche. E' una sorta di archetipo che rimanda alla supremazia maschile, spesso originata e strutturata all'interno di una relazione fondata sulla disuguaglianza e sull'asimmetria di potere tra maschi e femmine e, altrettanto spesso, agita all'interno di una relazione intima e significativa. Accanto a questi aspetti culturali possono associarsi condizioni di interesse più clinico quando sono presenti condizioni di comorbidità con l'uso di sostanze psicotrope o in presenza di nuclei disfunzionali del Sé.

Nel 1996 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la violenza come "l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione". In tutte le sue forme, la violenza appare come una manifestazione di un esercizio di potere che si esprime attraverso l'uso della forza che può essere fisica, psicologica, economica o politica e implica l'esistenza di un "autore" e di una "vittima" che adottano abitualmente la forma di ruoli complementari. La consapevolezza su tale fenomeno come problema della collettività è aumentata negli ultimi anni; la rete di servizi e le azioni orientate alla tutela delle donne e dei minori ha consentito l'emergere della punta di un iceberg che non si esaurisce però, per la stessa complessità del fenomeno, con il mettere in protezione le vittime.

Secondo gli ultimi dati Istat (2018) infatti si stima che il 31,5% delle donne tra i 16-70anni (6 milioni 788 mila) ha subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale, mentre il 20,2% (4 milioni 353 mila) delle donne ha subito violenza fisica, il 21% (4 milioni 520 mila) violenza sessuale, il 5,4% (1 milione 157 mila) le forme più gravi della violenza sessuale come lo stupro (652 mila) e il tentato stupro (746 mila). Per quanto riguarda le relazioni intime, si stima che 2 milioni 800 mila donne (1,6%) tra i 16 e 70 anni ha subito violenza da partner attuali o ex. Di queste, 855 da partner attuale (5,2%) e 2 milioni e 44 da ex partner (18,9%). Partner ed ex partner sono gli autori di quasi il 63% degli stupri (62,7%) e, più in generale, oltre il 90% (90,6%) dei rapporti sessuali indesiderati vissuti dalla donna come violenza. Il 68,5% delle donne che avevano un partner violento in passato lo ha lasciato a causa della violenza subita.

Data la portata vasta e trasversale di questo fenomeno, molti studi si sono concentrati nel capire le motivazioni alla base dello scatenarsi delle condotte violente. Bisogna premettere che i fattori che intervengono nella genesi sono numerosi, ma nessuno è determinante; non è possibile cioè riscontrare un modello deterministico di causa ed effetto, è invece logico pensare ad un'azione multipla di diversi fattori di rischio nei quali gli aspetti psicologici, sociologici e biologico evolutivi assumono la funzione di concause o combinazioni di cause.

La violenza è soprattutto un fenomeno che va guardato, da ogni punto di vista, sia esso criminologico, giuridico, clinico e psicopatologico, attraverso la lente della responsabilità dell'azione compiuta. Partendo da questa prospettiva sono stati pensati e realizzati negli Stati Uniti prima, in Europa, e in Italia negli ultimi anni, programmi per autori di violenza domestica e di genere, basati sul valore imprescindibile di tutela delle vittime e di prevenzione della salute dei più fragili dalla reiterazione di condotte violente.

Sulla scorta di queste premesse, il Progetto Conscious rappresenta uno dei rari interventi di prevenzione della recidiva attraverso il trattamento degli autori di violenza di genere, realizzati in un contesto pubblico. In questo articolo descriveremo, oltre all'impianto progettuale, il particolare aspetto delle risonanze emotive e delle conseguenze psicologiche in chi lavora con uomini che agiscono violenza contro le donne. La descrizione di tale esperienza può aggiungere valore conoscitivo e pratico in un campo ancora poco esplorato e nel quale le resistenze e i meccanismi difensivi dominano la scena.

1. I programmi per uomini maltrattanti

1.1 nascita ed evoluzione

La necessità di attuare interventi, non solo coercitivi, con uomini con condotte violente, si sviluppa, quasi in parallelo, con l'emergere del problema della violenza sulle donne; soprattutto negli Stati Uniti i programmi a tutela delle vittime e la costituzione delle prime case rifugio pose la questione del "cosa fare" con gli uomini violenti; negli Stati Uniti nel 1977, qualche anno dopo la nascita della prima casa rifugio per donne vittime di maltrattamento, nasce a Boston, il primo programma volontario per uomini violenti: "Emerge". Il programma Emerge è il primo esempio di un gruppo di autocoscienza per uomini maltrattanti nato dalla collaborazione con i centri di supporto alle donne. Su questa prima esperienza si diffusero altri programmi negli Stati Uniti (Amend a Denver, Raven a St Louis, Duluth in Minnesota); il modello Duluth rappresenta il primo programma di comunità attraverso un intervento di tipo psicoeducativo che coinvolge diversi settori della società civile. Il modello del programma Duluth si diffuse anche in Canada, Inghilterra, Germania, Olanda e Sud Africa. Su questo filone, a partire dagli anni 90, si svilupparono programmi per autori di reati considerati più gravi come i reati a sfondo sessuale.

I primi programmi per sex offenders nacquero in Inghilterra; il più conosciuto è RESPECT; il programma, finanziato pubblicamente, ha avuto come obiettivo, oltre al coordinamento delle azioni delle associazioni operanti in questo campo, anche quello di standardizzare le esperienze e di diffondere i programmi al di fuori delle strutture carcerarie. Queste iniziative stimolarono, soprattutto nel Nord Europa, la nascita di altri interventi quali il programma norvegese "Alternative to Violence" (ATV) di Oslo; è un programma da menzionare perché, a differenza di quelli inglesi e statunitensi, predilige l'approccio individuale rispetto a quello di gruppo. I programmi per maltrattanti e sex offender si diffusero sempre più dopo gli anni '90 in coincidenza di un proliferare delle normative e della legislazione dei paesi attuatori. In Canada ricordiamo "Evolve" nella città di Winnipeg; un programma orientato a favorire il superamento dell'isolamento sociale degli autori di reato che ha costituito un modello per molti altri interventi in diversi paesi.

Dopo questi primi sviluppi nelle diverse nazioni, il Consiglio d'Europa ha iniziato a promuovere un adeguamento dei vari approcci nazionali alla violenza di genere attraverso la promulgazione di una serie di accordi internazionali nel tentativo di sensibilizzare gli Stati Membri verso un modello di intervento che riguardasse non solo le vittime. L'atto più noto è quello conosciuto come Convenzione di Istanbul sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica; è *il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante che crea un quadro giuridico completo per proteggere le donne contro qualsiasi forma di violenza*". Venne approvata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 aprile 2011 ed aperta alla firma l'11 maggio 2011 a [Istanbul \(Turchia\)](#); in Italia è stata convertita in legge il 19 giugno 2013. L'articolo 16 di questa Convenzione è quello che più ci riguarda e può essere riassunto in 3 capisaldi fondamentali:

- 1- Le Parti adottano le misure legislative e di altro tipo necessarie per istituire o sostenere programmi rivolti agli autori di atti di violenza domestica, per incoraggiarli ad adottare comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali, al fine di prevenire nuove violenze e modificare i modelli comportamentali violenti.
- 2- Le Parti adottano le misure legislative o di altro tipo necessarie per istituire o sostenere programmi di trattamento per prevenire la recidiva, in particolare per i reati di natura sessuale.
- 3- Nell'adottare le misure di cui ai paragrafi 1 e 2, le Parti si accertano che la sicurezza, il supporto e i diritti umani delle vittime siano una priorità e che tali programmi, se del caso,

siano stabiliti ed attuati in stretto coordinamento con i servizi specializzati di sostegno alle vittime.”

In questa fase anche l'Unione Europea promuove interventi importanti:

- nel 2008 le “Linee Guida della Unione Europea sulla violenza contro le donne e le ragazze e il contrasto a tutte le forme di discriminazione nei loro confronti”

- nel 2011 la “Risoluzione del Parlamento Europeo sulle priorità e sulla definizione di un nuovo quadro politico dell'EU in materia di lotta alla violenza contro le donne (2010/2209(INI))”. In particolare al punto 24 della Risoluzione il Parlamento Europeo “ribadisce la necessità di lavorare tanto con le vittime quanto con gli aggressori, al fine di responsabilizzare maggiormente questi ultimi ed aiutare a modificare stereotipi e credenze radicate nella società che aiutano a perpetuare le condizioni che generano questo tipo di violenza e l'accettazione della stessa”.

A livello di network europeo dobbiamo menzionare, nel programma Dafne II, la realizzazione del progetto Work With Perpetrators of Domestic Violence in Europe (WWP) che in questi anni ha raccolto tutte le esperienze realizzate dai vari paesi divenendo un importante nodo nella rete europea.

In Italia i programmi per autori di violenza domestica e sessuale si sviluppano con ritardo, coincidente anche con quello della normativa; la legge 119, che recepisce la Convenzione di Istanbul, è stata approvata solo nel 2013 con anni di ritardo rispetto ad altri paesi.

L'ultimo atto legislativo è rappresentato dalla Legge 69/19 (Codice Rosso) che rafforza la tutela delle vittime dei reati di violenza domestica e di genere prevedendo la possibilità per gli autori di effettuare percorsi di recupero.

Il primo progetto di un percorso relativo a uomini che hanno agito violenza di genere è del 2009 del CAM - Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti - di Firenze. Il modello a cui il Centro si ispira è quello di Emerge di Boston con un approccio di tipo psico-educativo. Un altro importante progetto, nato dapprima in ambito intramurario e poi sviluppato all'esterno, è quello del CIPM Milano (Centro italiano per la promozione della mediazione); questa esperienza è stata attuata presso la casa di reclusione di Milano - Bollate dall'équipe del dott. G. Giulini, sin dal 2005; è un intervento integrato sul carcere in quanto ha riguardato i sex offenders, ma anche gli altri detenuti e tutto il sistema detentivo; l'unità costituita da questa esperienza è denominata 'Unità di trattamento intensificato'. Sulla scia di queste prime esperienze in Italia è nata l'Associazione RELIVE- Relazioni libere dalla Violenza - che si pone come obiettivo quello di integrare la rete dei Centri contribuendo alla creazione di un network di sistema.

Per quanto riguarda il Sistema sanitario gli interventi in questo ambito sono sporadici e a macchia di leopardo sul territorio nazionale con un maggiore interesse delle regioni del nord che, recependo le linee guida contenute nelle legge 119/2013, hanno promosso alcuni progetti degni di interesse; ricordiamo in Veneto il progetto GRU – Gruppo Responsabilità Uomini- gestito all'interno dell'Ulss 3; è un'iniziativa che mira alla sensibilizzazione sul tema della violenza di genere attraverso il coordinamento con gli altri servizi e associazioni del territorio e la realizzazione di uno sportello di accoglienza rivolto agli uomini maltrattanti.

1.2 Le teorie di riferimento

Le teorie che hanno supportato i programmi di trattamento per uomini violenti hanno seguito l'evoluzione che ha caratterizzato la storia di questi interventi. I primi modelli hanno fatto riferimento alle Relapse Prevention (RP): il modello di Finkelhor (1984) ricostruisce gli antecedenti prossimi e remoti dell'agire deviante; il focus è rappresentato dalla ricostruzione della catena emotivo, cognitivo e comportamentale che determina il passaggio all'atto. L'avanzare degli studi sui comportamenti violenti e abusanti ha evidenziato il limite del modello RP che, sebbene sempre valido, non riesce però a spiegare i comportamenti nei quali non è presente perdita del controllo; in particolare nelle situazioni dove vi è la ricerca attiva della vittima, la pianificazione dell'atto, la sperimentazione di stati d'animo gratificanti la relapse prevention risulta poco esaustiva.

I modelli successivi quindi sono stati sviluppati allo scopo di migliorare gli interventi per ridurre il rischio di recidiva. L'RNR Model individua tre elementi centrali del trattamento: il rischio (risk) inteso come valutazione del rischio di recidiva, il bisogno (need) ovvero le caratteristiche individuali come ad esempio la predominanza di pensieri sessuali devianti o tratti antisociali di personalità e la sensibilità (responsivity) ovvero la flessibilità del programma che può essere adattato alle esigenze e alle caratteristiche del soggetto. Tale modello è particolarmente interessante perché evidenzia l'importanza dell'assessment, inoltre pone al centro dell'intervento la relazione terapeutica, le capacità di ascolto, l'empatia come fattori favorevoli al processo di cambiamento. Un altro approccio trattamentale ancora

più completo è quello definito Self Regulation Model (SRM) che pone in evidenza i fattori di autoregolazione; il focus dell'intervento è centrato sull'aumento della capacità di controllo del comportamento insieme ad una valutazione dei fattori di rischio dinamici e alle motivazioni sottostanti il comportamento. Infine l'ultimo modello è il Good Lives Model (GLM) sviluppato da Ward ed altri nel 2004 ed implementato da Marshall presso il centro di Rockwook in Ontario. È sicuramente un modello teorico di più ampio respiro che tiene conto dello sviluppo delle conoscenze in questo ambito e ha dimostrato di essere particolarmente efficace nella prevenzione della recidiva. Il principio base di questo modello è di considerare il reato sessuale come un mezzo sbagliato, disfunzionale e dannoso di soddisfare bisogni normali. I bisogni individuati dal modello si riferiscono a quattro domini essenziali: salute fisica, relazioni, padronanza, creatività; il focus dell'intervento riabilitativo è rappresentato dalla necessità di modificare i comportamenti maladattivi attraverso il principio della responsabilità personale della scelta. Il Good Lives Model si configura come un approccio pratico, oltre che teorico, e dedica parte del suo programma all'incremento delle abilità sociali dei partecipanti attraverso veri e propri esercizi quali ad esempio la simulazione del contatto non aggressivo con altri, l'avvicinamento intimo verso una donna piuttosto che verso un bambino, la possibilità di esprimersi in modi non violenti. Spesso è integrato con il modello Self Regulation e gli studi hanno evidenziato una buona capacità di riduzione della recidiva rispetto ad altri modelli.

1.3 Il sistema curante: un modello di interpretazione.

Cosa accade agli operatori che si occupano di maltrattanti? Comprendere le dinamiche psichiche che scaturiscono dall'incontro con uomini che usano violenza nei confronti delle donne è un tema di particolare rilevanza predittiva per la riuscita dei trattamenti. Nel momento in cui ci si incontra con questo tipo di utenza, bisogna essere consapevoli che la relazione può scatenare, negli operatori, reazioni emotivo-comportamentali che possono variare da forti sentimenti di repulsione a reazioni di rifiuto. Non è scontato considerare che molti respingano la possibilità di poter avviare un trattamento, mentre altri, sebbene all'inizio accettino, possono con il tempo sentirsi così sovrastati dal materiale e dalle dinamiche che si attivano da scegliere di lasciare il percorso. Sono elementi di cui è necessario tener conto nell'intraprendere un percorso di trattamento con uomini violenti poiché l'incontro con gli autori di violenza richiama paure e forze inconscie che traggono radice e nutrimento dal terreno condiviso in terapia. La loro natura inconscia spinge a comprenderle con una matrice analitica, come sistema di lettura non solo di quello che accade nella stanza terapia, ma anche di quello che si muove all'interno dello stesso sistema curante. Nello specifico appare importante approfondire, alla luce delle esperienze di trattamento ormai consolidate, se il confronto con questo tipo di utenti, in una relazione di cura, porti a sviluppare, attraverso una gestione adeguata e riflessiva delle dinamiche di transfert e contro-transfert, una forma di consapevolezza emotiva e psicologica che permetta, a chi lavora con uomini violenti, di gestire adeguatamente il materiale e il vissuto portato dal proprio utente in termini di crescita per sé e per l'altro.

Non sono state fatte molte ricerche in questo ambito, gli studi effettuati si dividono prevalentemente in due filoni; il primo fa riferimento alle ricerche effettuate intorno agli anni '90 e che evidenziavano, in un modello quasi preconstituito, le conseguenze prevalentemente negative (dissociazione, burn out e sintomi riferibili al disturbo post traumatico) per gli operatori impegnati nei programmi di trattamento per uomini violenti; il secondo filone fa riferimento agli studi più recenti dove il lavoro con i maltrattanti è coniugato in maniera meno negativa rispetto ai precedenti e nei quali è sottolineato come le caratteristiche degli operatori possono fare la differenza. In particolare sono poste in evidenza la capacità di resilienza e di coping ossia quelle strategie che aiutano l'operatore ad affrontare quotidianamente il proprio lavoro insieme alla capacità di saper rielaborare valori e significati che trasformano le criticità in momenti di sviluppo e di crescita personale in grado di dare senso al proprio ruolo.

Ciò che vogliamo far emergere, anche con il contributo legato alla nostra esperienza professionale, è che l'incontro con l'uomo che agisce violenza determina, nell'operatore, una trasformazione di elementi emotivi che appartengono alle parti più profonde di sé e che possono essere potenzialmente pericolosi. Incontrarsi con questa utenza vuol dire inserirsi in una cornice analitica comune, un contenitore dinamico e flessibile dove si gioca la relazione, nel quale interno agiscono elementi umani come l'interazione, inclusa l'accettazione non giudicante da parte del terapeuta, il tentativo di capire il significato della comunicazione e dei comportamenti, la disponibilità dell'utente a mettersi in discussione. In questo spazio un'applicazione troppo rigida dei confini analitici, può portare ad una posizione transferale e controtransferale fredda e inflessibile. Di contro, in relazioni terapeutiche dove aspetti potenti dominano la scena, si rischia di scivolare e farsi ingoiare dall'Ombra stessa del paziente. Ciò di cui si necessita, sono confini analitici abbastanza solidi da permettere a queste

comunicazioni primitive di andare dall'analista al paziente, così come dal paziente all'analista. Nel caso in cui, L'io del terapeuta non sia abbastanza forte da reggere le tematiche di violenza agita, si verifica un incastro tra elementi transferali e controtransferali che agisce al di fuori della coscienza, concepita come enactment. McLaughlin lo definiva come quelle interazioni regressive (difensive) all'interno della coppia terapeutica sperimentate da entrambi come conseguenza del comportamento dell'altro. L'analizzando evoca nell'analista certe risposte, mentre i conflitti personali dell'analista e le sue rappresentazioni interne del sé e dell'oggetto determinano la forma finale della risposta controtransferale. In questa situazione, secondo Freud, ci si trova in uno scambio collegato a qualcosa di irriducibile, violento, non trasformabile, ma solo assumibile soggettivamente come forma propria di esistenza non negoziabile, ma all'interno della quale si colloca l'impresa largamente inconscia dell'io nel giungere a conquistare qualche zolla dell'Es. Rappresenta un rischio proprio perché sembra delineare destini comuni, sembra fare apparire gli stessi fantasmi (quelli originari) nei protagonisti della relazione, le stesse pulsioni che possono spingere l'analista in una situazione di distacco nel ritenere di sapere già come stiano le cose, come estremo tentativo di collocare nella propria teoria qualcosa che salvi il proprio pensiero. Quando si ha a che fare con questo materiale il rischio primario è quello di una reazione controtransferale conflittuale. È una difesa narcisistica che rappresenta nella coscienza dell'analista la necessità di salvare la propria capacità conflittuale a fronte di chi, transferalmente, ci chiede semplicemente di sparire come oggetto con una propria capacità soggettiva e di essere solo l'altro. Sono elementi che da un punto di vista analitico possono essere ricondotti ai meccanismi psicologici che si attivano in presenza di condizioni che rievocano un tabù primitivo che appare inaccettabile dall'io, ma che inconsciamente ci riporta ad una dimensione arcaica di un uomo abusante; su questi movimenti psicologici si giocano le reazioni dei professionisti che potranno essere di repulsione, di fascinazione o di dissociazione a seconda dell'appartenenza di genere, delle proprie storie evolutive e dei propri fantasmi arcaici. Questi pazienti assumono la maschera di durezza ed autosufficienza, che nascondono una natura di dipendenza segreta di cui si vergognano. Tendono a vedersi come vittime dell'aggressività altrui a cui rispondono con medesime modalità comportamentali. Sono nella morsa di una figura interna, una figura demoniaca che li tiene avulsi dal mondo e che li attacca dall'interno. Questi elementi di coscienza non riescono ad integrarsi, ma vivono una vita scissa proiettata sulla persona di chi si avvicina intimamente. Aspetti diabolici, dal greco *dia* (attraverso) e *ballerin* (scagliare), che vengono quindi tirati lontano su chiunque viva una dinamica con questi pazienti, anche la compagna e il terapeuta. Elementi d'Ombra letti come "non-me" e quindi aggressivamente respinti e saldamente rimossi. Lavorare come terapeuti con questa utenza, vuol dire divenire lo specchio per l'intollerabilità di questi aspetti, agire su un lato del Sé che rimane arcaico e interfacciarsi con aspetti di aggressività che vengono cuciti dai pazienti addosso come elementi personali. Per la loro numinosità e potenza richiamano e portano in vivo aspetti dell'Ombra del terapeuta tenuti celati. Il clinico di trova così a dover fare i conti con i propri vissuti di abusato/abusatore, in una dinamica dove da una parte deve rendere il paziente consapevole di ciò che rinnega per riappropriarsi del potenziale energetico e aiutarlo nell'individuazione, dall'altra confrontarsi attivamente con i propri complessi, con le energie demoniache richiamate dalla propria psiche. La posizione di sé come vittima, con il senso d'impotenza e di angoscia, e la posizione di sé come aggressore, con il senso di rabbia e di potere, devono essere continuamente contattate e negoziate, devono essere elaborate, affrontate anche nei tratti più penosi e conturbanti. Occorre divenire consapevoli, al fine di evitare di agire il medesimo comportamento del paziente. Gli autori di violenza sono capaci di lanciare aspetti perturbanti, ma allo stesso tempo di trascinare nel loro mondo sconvolgente chi non ha un io capace di dare voce ad aspetti penosi del proprio inconscio. Tutto ciò, però, non deve condurre a pensare che il trattamento di questa utenza si delinei con il solo approccio dinamico-analitico, ma questo deve divenire strumento di comprensione, un alleato per l'operatore per dare voce a quanto diventa figura nella cornice analitica.

Gli ultimi studi che hanno indagato le reazioni degli operatori mettono in evidenza il grande potere trasformativo delle relazioni quando da un piano individuale si passa ad un piano delle relazioni collettive; ciò significa che il materiale arcaico, le fantasie, le proiezioni, le regressioni, gli scenari evocati dalla nostra mente devono essere gestiti in un contesto di lavoro d'equipe e supervisione che consente di ricondurre le parti scisse all'interno di un contenitore dotato di significato che è quello della cultura professionale condivisa. Le reti di professionisti, gli incontri tra i diversi contesti di cura e lo scambio di esperienze rappresentano la forma ad oggi più valida di costruzione di una dimensione umana da bilanciare con le dimensioni arcaiche che rimanda il lavoro con gli uomini violenti. Il passaggio costante dal piano delle reazioni individuali alla cogestione delle emozioni è anche lo strumento principe per confermare o disconfermare una scelta lavorativa che deve essere sempre libera mai frutto di pressioni o condizionamenti.

2. Il progetto Conscious

2.1 Il razionale

Il progetto europeo Conscious è cofinanziato dal Programma Rights, Equality and Citizenship Programme of the European Union (2014-2020) ed è condotto dal Dipartimento Salute Mentale e Patologie da Dipendenza della ASL Frosinone, in partenariato con il Garante dei Detenuti del Lazio, con l'European Network for the Work with Perpetrators of Domestic Violence e con il Centro Nazionale Studi e Ricerche sul diritto della Famiglia e dei Minori. Il progetto è attivo da ottobre 2018 e si concluderà a Dicembre 2020 dopo una sospensione dovuta all'emergenza COVID-19. La prima riflessione rispetto al progetto riguarda il ruolo dei servizi sanitari nel trattamento degli autori di violenza di genere; perché il sistema sanitario pubblico dovrebbe interessarsi a questo tema? Dall'analisi dell'evoluzione del fenomeno che abbiamo descritto precedentemente abbiamo verificato come in molti paesi europei il servizio sanitario si occupa da molto tempo delle donne vittime di violenza. Gli studi clinici e le organizzazioni sanitarie hanno evidenziato i disturbi, le patologie ed i danni fisici e psichici nelle persone che hanno subito violenza; In Italia, ad esempio, con il cosiddetto Codice Rosa, le singole aziende sanitarie strutturano percorsi di ascolto e protezione delle vittime a partire dal triage di Pronto Soccorso. Maggiori resistenze e minore attenzione è invece rivolta agli autori di violenza. Da questo nasce la prima riflessione che ha dato origine al progetto: occuparsi solo delle vittime non garantisce la tutela della salute della collettività; buttare la chiave di una cella, per usare una metafora, non garantisce la non reiterazione del comportamento; anzi il carcere congela le emozioni e i pensieri in un luogo e tempo sospeso che rischia di deflagrare in ulteriori agiti violenti. Se la tutela della salute prevede interventi di prevenzione, tra cui la prevenzione della violenza di genere, significa allora che il sistema sanitario deve occuparsi anche degli autori di violenza poiché ciò equivale a realizzare un'importante azione di prevenzione della recidiva e della vittimizzazione secondaria e quindi di prevenzione di ulteriori danni per la salute delle vittime e della collettività.

2.2 Gli Obiettivi

L'Obiettivo generale del progetto è la sperimentazione e modellizzazione di una rete di cooperazione intersistemica. Nessuna istituzione o organismo può da solo realizzare una politica di prevenzione della violenza. Pertanto l'interesse non è stato esclusivamente quello di garantire i trattamenti specialistici per i perpetratori, quanto di definire e stabilizzare accordi e funzionamento del lavoro congiunto di molte istituzioni ed organismi pubblici, del privato sociale e della società civile. Le parole chiave del progetto Conscious sono sintetizzabili in: modello, rete, cooperazione, inter-sistema. Gli stakeholders rappresentano nell'impianto i veri protagonisti di progetto poiché costituiscono la rete di base necessaria al funzionamento del modello in sperimentazione. È una rete che abbraccia tutte le parti del sistema: l'Amministrazione Penitenziaria (attraverso singoli Istituti, Amministrazione centrale e sistema della probation), ed il Sistema di giustizia (con gli Avvocati e la Magistratura) ma anche la comunità nel suo complesso con la rete delle associazioni e il no profit.

Gli obiettivi specifici sono sintetizzabili:

- Prevenzione della recidiva di sex offender e autori di violenza domestica attraverso un modello di cooperazione inter-sistemica tra istituzioni socio-sanitarie, giuridico e penitenziarie.
- Incrementare le competenze professionali (personale sanitario, penitenziario, volontario) per la successiva realizzazione del Programma di Trattamento dei perpetratori.
- Sviluppare nel contesto locale un modello di lavoro interistituzionale stabile nel tempo (Standardizzazione di metodi e procedure, valutazione impatto economico finanziario - studio di fattibilità per il trasferimento del modello intersistemico).
- Evitare che processi di esclusione contribuiscano a favorire recidive (attivazione di interventi sui perpetratori, internamente ed esternamente al carcere, per il loro reinserimento sociale).

2.3 Descrizione del progetto: attività, punti forza e criticità

L'impianto teorico e il modello di trattamento sono stati appresi da CIPM Milano che vanta un'esperienza pluridecennale in questo campo. I programmi del C.I.P.M. si ispirano alle linee guida internazionali e per questo motivo sono diventati, il punto di riferimento di Conscious.

Centrale, in questa impostazione, è il concetto di 'rete': la collaborazione con le Istituzioni – direzione e personale di polizia penitenziaria, area educativa, UEPE, Magistratura di Sorveglianza, Avvocati, Polizia di Stato, ecc. – è cruciale per il buon funzionamento del trattamento, che dovrebbe proseguire anche fuori dal carcere (come in effetti avviene nelle sedi C.I.P.M. di Milano e Roma) creando un vero e proprio "campo trattamentale", ossia un insieme di luoghi, persone, istituzioni e programmi di intervento che, tutti insieme, costituiscono l'ambiente del trattamento e il punto di riferimento cui rivolgersi nelle situazioni critiche.

Il gruppo di CIPM ha fornito gli strumenti teorici e clinici garantendo la supervisione durante tutto il progetto. Questo approccio utilizza un tipo di trattamento ispirato al Good Lives Model, che sottolinea l'importanza della relazione con gli operatori da un lato, e concentra l'attenzione sugli obiettivi da raggiungere (oltre che sui rischi da evitare), dall'altro. I suoi punti principali possono essere così riassunti:

- Gli autori di reati sessuali e di maltrattamento non sono diversi dagli altri esseri umani. Il loro comportamento deviante è il risultato di un insieme di fattori interagenti di natura neurobiologica, ambientale, familiare e di variabili intervenienti che hanno facilitato la scelta deviante; infatti è di comune riscontro che nelle loro storie personali vi siano genitori e/o caregiver disfunzionali, segreti di famiglia più o meno censurati e relazioni precoci disturbate.

- Tra questi vi sono i fattori di rischio individuali, ma anche gli obiettivi personali che vanno a formare l'idea che ognuno di essi ha di una vita buona, soddisfacente e felice. Anche questi obiettivi non sono diversi da quelli degli altri esseri umani ciò che è diverso, ed inaccettabile, sono i mezzi che hanno usato per raggiungerli.

Le attività trattamentali sono state svolte presso:

la Casa Circondariale di Frosinone dove sono stati contattati ed informati 28 detenuti che hanno ricevuto una prima valutazione individuale di cui 10 hanno aderito all'iniziativa firmando il treatment agreement. La caratteristica della struttura detentiva ha molte volte reso necessario ridefinire l'assetto poiché nel periodo di trattamento 3 detenuti sono stati trasferiti presso altre strutture carcerarie, 1 detenuto ha avviato un percorso in comunità, 1 detenuto ha ottenuto gli arresti domiciliari, 1 ha ottenuto l'art. 21 (lavoro esterno).

La Casa Circondariale di Cassino al momento della presentazione del progetto sono stati contattati 54 candidati detenuti presso le Sezioni "Protetti" della CC di Cassino (Fr) che hanno ricevuto una prima valutazione individuale. A seguito di ciò 24 detenuti hanno aderito all'iniziativa firmando il primo Treatment Agreement e di questi 12 hanno firmato il secondo Treatment Agreement per partecipare al Trattamento Intensificato

l'Ambulatorio Esterno dove il reclutamento dei pazienti in stato di libertà è stato più complesso per la necessità di garantire un maggiore livello di informazione alla comunità per sensibilizzare l'opinione pubblica ad una tematica socialmente connotata negativamente e la cui soluzione è demandata all'espiazione di una pena. Nell'ambulatorio Ser.d. 8 persone hanno aderito all'iniziativa firmando il treatment agreement.

Il trattamento, sia interno che esterno, iniziato a giugno 2019 dopo due mesi di assessment, ha seguito il modello proposto suddiviso per moduli, adeguandolo alle caratteristiche dei gruppi e alle condizioni ambientali; Si è concluso a Febbraio e Luglio 2020 per i gruppi intramurari e a settembre 2020 per il gruppo esterno dopo la sospensione dovuta all'emergenza Codiv -19.

L'esperienza del progetto con la presenza di stakeholders non sempre allineati con gli obiettivi del progetto, evidenzia come l'elemento della variabilità, determinata dalla presenza di istituzioni pubbliche con mandati differenti, può aumentare i rischi di un'azione progettuale così complessa; tali variabili devono essere considerate all'interno dell'economia dell'impianto del trattamento e controllate quanto più possibile attraverso una sinergia di intenti di due istituzioni, quella sanitaria e quella della

sicurezza e della giustizia, che agiscono nel medesimo contesto con intenti e finalità con coincidenti. La riflessione che ne abbiamo tratto si sintetizza con i due concetti: *regole e fiducia* attraverso i quali si gestiscono le relazioni tra istituzioni. Il modello di trattamento originario nell'applicazione locale del Progetto Conscious ha avuto un adattamento al contesto e alla tipologia del target. Le direzioni degli istituti detentivi e tutto il personale di P.P. con la loro disponibilità hanno dimostrato non solo apertura all'esterno, ma la volontà di un cambiamento interno, intrinseco agli aspetti personali ed istituzionali come orientamento ad una visione non più e non solo restrittiva ma anche riabilitativa. Un cambiamento del pensiero e della visione, dal passaggio dalla vittima all'autore di reato. Abbiamo sin dall'inizio accettato la sfida di introdurre anche situazioni complesse come la copresenza di una condizione di uso di sostanze e di un livello di reattività all'ambiente molto alto. Ciò ha determinato, nella fase di avvio e di applicazione, la necessità di non essere ancorati ad una modellizzazione troppo rigida nei tempi e nelle modalità. Spesso il comportamento maltrattante, quando si attualizza in presenza di uso di alcool o cocaina determina un livello che potremmo chiamare di scotomizzazione tra Sé e l'azione e il meccanismo della negazione agisce a più livelli perché lo stato di coscienza è esso stesso diverso dal tempo dell'agito a quello della sua rappresentazione cognitiva ed emotiva. Riconnettere nello spazio del gruppo le parti scisse è stata di gran lunga la sfida più complessa ma ha rappresentato, al contempo, un esempio di riproducibilità del modello anche in situazioni finora poco esplorate con un enorme vantaggio nella qualità degli interventi, sia per la potenza rappresentata dalle dinamiche del gruppo, sia per la specificità delle aree oggetto del lavoro trattamentale e di cui molte volte gli operatori delle dipendenze hanno poca consapevolezza. Nell'ambulatorio Ser.D il gruppo ha avuto maggiori resistenze e un percorso meno lineare rispetto al contesto detentivo che di fatto garantisce dei confini anche nel lavoro psicologico (una maggiore percezione del qui ed ora). Il gruppo esterno ha dovuto confrontarsi con un livello più alto di minimizzazione e negazione degli uomini autori di reato: l'essere in un ambiente non controllato ha in aggiunta determinato delle ricadute nel consumo di sostanze che è stato oggetto di ridefinizione all'interno del gruppo. Una delle difficoltà maggiori, a nostro avviso, è stato proprio quello di dover spesso sgomberare il campo dalla prevalenza del tema "droghe". Abbiamo riletto e ridefinito il significato di questo movimento omeostatico del gruppo come un "voler stare" su un terreno conosciuto per non affrontare i temi della violenza di genere e/o domestica anche in associazione ad altri comportamenti. consumo di. Pulire il campo trattamentale è stato sicuramente arduo e il meccanismo di funzionamento arcaico ed automatico si ripresentava sistematicamente ad ogni incontro. Lo sforzo compiuto ha evidenziato come in associazione ad altri comportamenti e elementi di maggiore rilievo psicopatologico i tempi di trattamento devono divenire più flessibili. Oltre a questo aspetto più clinico altro elemento da sottolineare è la resistenza della società civile ad accettare questo tipo di intervento. Ad oggi, dopo oltre un anno di lavoro, dal territorio sono arrivati pochi invii; i servizi sociali dei comuni sono i più sensibili al tema poiché hanno il diretto contatto con vittime ed autori e crediamo che sia una strada da percorrere per garantire maggiori opportunità di azione in termini di trattamento per la prevenzione della recidiva.

3. Il vertice osservativo degli operatori

La premessa da cui possiamo partire è che Conscious è stata un'esperienza che di per sé ha consentito una riconnessione anche di parti interne di un sistema curante che troppo spesso agisce con il pilota automatico. Durante la formazione degli operatori per l'individuazione dell'equipe trattamentale si è da subito avvertito un clima emotivo sempre molto teso con comunicazione non verbale accentuata come ritrarsi al fondo della stanza, ritrarsi sullo schienale della sedia, mimica facciale ingessata o con espliciti segnali di orrore e disprezzo. Si è manifestata una forte resistenza nella gran parte degli operatori con un uso massivo di meccanismi difensivi sia rispetto a propri ruoli professionali cristallizzati sia rispetto a temi considerati "aberranti" e di cui implicitamente o esplicitamente gli operatori avevano timore. Questa fase della formazione e la supervisione successiva è stata curata dal gruppo CIPM Milano e condotta da Paolo Giulini e dal suo staff con grande abilità e accettazione delle resistenze; quello che ha risuonato emotivamente per noi operatori sono stati due concetti con i quali abbiamo lavorato nel gruppo e che venivano riproposti ripetutamente nei momenti di difficoltà: (*Why Not*) e (*This is not my Job*); essi hanno costituito il mantra entro il quale si è costruito in ognuno di noi l'idea di darsi una possibilità o l'idea di rifiutare. Nel corso della formazione qualcuno si è dato una possibilità, qualcuno è fuggito, altri hanno accettato per obbligo. Di questi ultimi è stato necessario rivedere l'appropriatezza della posizione nella conduzione del gruppo fino alla scelta di lasciare la conduzione stessa. Requisito fondamentale per la gestione di un impianto trattamentale così impattante per la psiche degli operatori è stata la supervisione esterna

e continua effettuata sul doppio binario: il percorso terapeutico con annesso il sistema curato e curante e il funzionamento del gruppo e le risonanze interne dei conduttori con il loro funzionamento individuale e relazionale. Di certo i professionisti psicoterapeuti del servizio pubblico che dopo tanti anni si sono messi in gioco hanno potuto ricavarne una sofferatissima crescita personale e professionale, sono tornati ad essere “quei temerari sulle macchine volanti” che ora non esistono più nei nostri servizi per le dipendenze, coloro che in definitiva sono stati capaci di mettere le mani, il cuore e la testa lì dove pochi osano ma la scelta deve essere una scelta autonoma, deliberata con la possibilità di tornare indietro se le istanze diventano distruttive per Sé e per il gruppo.

4. Conclusioni

Per iniziare questo lavoro psicoterapeutico con gli autori di violenza domestica e/o di genere ci si è interrogati, aldilà della competenza professionale, come poter incarnare quel ruolo di catalizzatore di un cambiamento così intriso di fattori e come essere efficaci conduttori del gruppo. Quali erano i nostri *Why Not?* L'elemento che ha unito gli operatori, soprattutto i terapeuti di sesso femminile, ad accettare la conduzione è stato la sfida. Sfidare quelle condotte, sfidare quegli autori, sfidare tutto quel sistema che da sempre soggioga l'essere donna, sfidare la cultura che sostiene tale agiti, sfidare, forse o anche, la propria trama familiare. Terapeuti che hanno sempre lavorato nei servizi per le dipendenze, che si sono confrontate con dinamiche violente, manipolative, e che forse attraverso questo gruppo hanno sviluppato una sensibilità particolare per il riconoscimento di aspetti maltrattanti all'interno delle relazioni. Sostituire il “This is not my job” con il “Why Not” ha consentito di sviluppare una sorta di fiducia nelle proprie potenzialità e nelle proprie capacità intrinseche, riconoscendo al contempo anche i propri limiti. Il gruppo ha confermato la conoscenza dell'essere una palestra di verifica delle proprie abilità sociali, per sviluppare canali comunicativi efficaci, per sperimentare il confronto. Il ruolo del conduttore non è stato improntato alla dinamica di trasferimento, ma piuttosto ha mirato alla facilitazione dei processi comunicativi e di realizzazione del compito, evitando interpretazioni, ma sostituendole con azioni di chiarificazione e restituzioni nel “qui e ora” alla globalità del gruppo e sulle variabili legate all'obiettivo del gruppo. Trovare il self-empowerment ha avuto un vero e proprio ruolo per gli operatori, influenzandone l'equilibrio psichico e la percezione di [autoefficacia](#), sostenendo la motivazione a continuare anche in momenti difficili, la sicurezza in sé per gestire la paura percepita nell'aggressività verbale dei partecipanti e ristabilire una adeguata energia psichica individuale e di gruppo. Rifacendoci agli insegnamenti di Bion, nel gruppo emerge e si sviluppa un'esperienza sensoriale, affettiva, emotiva, inconscia, una “vita propria” definita come “mentalità di gruppo” o “gruppo di base”. La mentalità di questo gruppo si rintraccia nel film “Ritorno al futuro”, proprio in relazione a quel tempo passato e a quel futuro incerto, difficile da immaginare ma nello stesso tempo colmo di speranze. I movimenti osservati nel gruppo sono stati proprio nel gioco ad incastro delle linee temporali, dove ognuno non solo ha potuto incontrare i propri genitori, le proprie trame familiari da giovani, ma anche costruire una versione di se stesso nel futuro, rendendosi così conto delle conseguenze che un gesto ha prodotto in un determinato momento. Con questa esperienza del tempo ciò che s'impara è il *kairos*: il concetto di tempo interno, diverso dal Kronos ovvero il tempo sequenziale esterno. Kairos era la divinità greca che personificava il tempo giusto, il momento opportuno, il dio raffigurato come un giovane rasato sulla nuca, ad indicare che bisognava acciuffarlo al volo perché, una volta passato, sfuggiva per sempre. Ed è un po' ciò che è successo, il riuscire a conciliare questo “tempo interno” di tutti i partecipanti con i tempi di un progetto: la commissione europea, l'Asl, le istituzioni, gli istituti di pena, gli operatori, i detenuti come in una armonica sinfonia dove le forme –sonate sono state il preludio della possibilità di cucire e/o ricucire lo strappo con “il vecchio modo” creando un “nuovo modo” di percepirsi operatori dei servizi pubblici e di vedere e trattare gli uomini autori di violenza di genere e domestica.

Bibliografia

- Baccaro L., “Linee Guida nazionali dei programmi di trattamento per uomini autori di violenza contro le donne nelle relazioni affettive”, Rivista di psicodinamica criminale, 2015.
- Bion, “Esperienze nei gruppi”, Armando Editore, 2016.
- Carabellese ed altri. (2012) La gestione degli autori di reati sessuali tra psicopatologia e rischio di recidiva. Prospettive tratta mentali in Rassegna Italiana di Criminologia, anno VI n° 2

- Clarke J., "Working with sex offenders: Best practice in enhancing practitioner resilience", *Journal of Sexual Aggression*, 17(3), 335-355, 2010.
- Finkelhor D., *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. Free Press New York, 1984.
- Freud S., "Totem e Tabù", Mondadori, Milano, 1997.
- Gabbarg G.O. "Violazioni del setting", Raffaello Cortina Editore, Milano 2017.
- Giorgio A., "La dimensione del fenomeno della violenza di genere", Istituto Nazionale di Statistica, 2018
- Giulini P., Xella C.M., "Buttare la chiave? la sfida del trattamento per autori di reati sessuali." Raffaello Cortina, Milano, 2011.
- ISTAT, "Donna oltre il silenzio Riflessione multidisciplinare sul fenomeno della violenza sulle donne Roma", 11 aprile 2018.
- Jung C.G., "La dinamica dell'Inconscio", Opere, vol. 8, Bollati Boringhieri, 1994.
- Kalsched D., "Il mondo interiore del trauma", Moretti&Vitali, 2014.
- Marshall W. L., Marshall L. E., Serran, G. A., Fernandez, Y. M. "Treating Sexual Offenders: An Integrated Approach", Routledge, 2006
- Marshall, W.L., Anderson, D. e Fernandez, Y. "Il trattamento cognitivo-comportamentale degli aggressori sessuali", Tr.it Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.
- Ruggiero G., Basilisco S., Scardaccione G., Fontanella L., "La condizione detentiva, il trattamento e la relazione professionale con il detenuto autore di reati sessuali. Una visione esperienziale", *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, 2019.
- Volpini L., Mannello T., De Leo G., "La valutazione del rischio di recidiva da parte degli autori del reato: una proposta", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2010, p. 150-151.
- Ward, T., Gannon, T. A., "Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*", vo. 11(1), pg. 77-94, 2006.
- Ward, T., Beech, A., "An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*", vol. 11(1), pg. 44-63, 2006.
- Willis, G. M., Prescott, D. S., Yates, P. M., "Application of an Integrated Good Lives Approach to Sexual Offender Treatment. In L. E. Marshall & R. Mann (Eds.), *Treatment of Sexual Offenders*" (Wiley-Blackwell). West Sussex, UK, 2015.
- Willis, G. M., Prescott, D. S., Yates, P. M., "The Good Lives Model (GLM) in Theory and Practice. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*", vol. 5(1), pg. 3-9, 2013.
- Xella C. M., "La valutazione del rischio di recidiva per gli autori di reati sessuali. *Rivista Italiana Di Medicina Legale*", 2014.
- Xella C.M., "L'application du Good Lives Model en détention" in Dieu E.", *Les innovations criminologiques*, L'Harmattan, 2016.
- Yates P.M., Prescott, D., Ward, T., "Applying the Good Lives and Self-Regulation Models to Sex Offender Treatment: A Practical Guide for Clinicians", The Safer Society, Brandon, Vermont, 2010.
- Yates, P.M, Prescott D., "Building a better Life. A Good Lives and Self-Regulation", Workbook, The Safer Society, Brandon, Vermont, 2010.

The research leading to these publication has received funding from the Rights, Equality and Citizenship Programme of the European Union (2014-2020) under the agreement n. 810588. This publication reflects only the author's view and the European Commission is not responsible for any use that may be made of the information it contains