

FRAGILITÀ PSICHICHE E PERSONOLOGICHE DI PIÙ FREQUENTE RISCONTRO NEI DETENUTI MINORENNI E ADULTI

**Corso di formazione 2019
per volontari penitenziari fuori e dentro le carceri milanesi
Sesta Opera San Fedele**

**Dott.ssa Tiziana Valentini – Responsabile UOS Psicologia Settore Penitenziario
UOC Psicologia Clinica
DSMD dell'ASST Santi Paolo e Carlo**

ARGOMENTI TRATTATI

- **DIAMO I NUMERI**
- **DISTURBI INTERNALIZZANTI E DISTURBI ESTERNALIZZANTI**
- **DISTURBI DI PERSONALITÀ**
- **TRAIETTORE EVOLUTIVE**
- **RISCHIO DI CRONICIZZAZIONE**
- **AUTOLESIONISMO E SUICIDARIETÀ**
- **CASO CLINICO**

I NUMERI DATI DAL RAPPORTO 2019

«Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere»

- **Prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione detenuta:**
 - **23,6%** disturbi da sostanze
 - **17,3%** disturbi nevrotici e reazioni di adattamento
 - **6,6%** disturbi alcol-correlati
 - **2,7%** disturbi affettivi psicotici
 - **1,6%** disturbi della personalità e del comportamento
 - **0,9%** disturbi depressivi non psicotici
 - **0,7%** disturbi mentali organici senili e presenili
 - **0,6%** disturbi da spettro schizofrenico
- **Negli uomini prevalgono i disturbi da dipendenza da sostanze, nelle femmine quelli nevrotici e reazioni di adattamento**

PROFILI CLINICI DEI DETENUTI

- La fascia d'età 14-24 è quella in cui insorge la maggior parte dei disturbi della personalità, degli esordi psicotici e delle problematiche relative alla definizione della propria identità.
- I disturbi che esordiscono in questa fase hanno una **tendenza evolutiva** cioè a evolvere in altri disturbi.
- La sofferenza che si manifesta **non è ancora consolidata, data la giovane età, dalle conseguenze sociali** che agiscono come rinforzo alla cronicizzazione del disturbo, quindi **un intervento precoce consente un rapporto favorevole tra costi e benefici** da parte della Sanità.
- **Il procedimento penale detentivo è considerato un fattore potenzialmente patogenetico** (soprattutto per chi è al suo primo ingresso) **e/o patoplastico**, capace cioè di modulare l'espressione della patologia già esistente.

DISTURBI INTERNALIZZANTI

- **I disturbi internalizzanti** sono disturbi i cui sintomi primari come i pensieri (di perdita irrimediabile nella depressione, di pericolo/minaccia nell'ansia), le emozioni (tristezza, paura) e credenze (non sono in grado di affrontare perdite o pericoli) risiedono in gran parte nel soggetto.
- **Nelle comunità confinate** troviamo soprattutto:
 - **Disturbi dell'adattamento**, con reazioni miste ansioso-depressive o depressive prolungate si riscontrano (soprattutto nei primi periodi della detenzione e tendono a scomparire entro sei mesi)
 - **Disturbo da stress post-traumatico**, presente soprattutto in soggetti il cui viaggio migratorio ha comportato un'esposizione a serie minacce alla vita o violenza fisica e/o sessuale. Si esprime in sintomi di distress quali incubi e flashback, persistente evitamento di timori associati al trauma, aumento di umore depresso e di intolleranza della frustrazione, elevata irritabilità e reattività a fronte anche di piccole provocazioni, comportamento auto-distruttivo e spericolato, iper vigilanza
 - **Sindromi bipolari, disturbi dello spettro psicotico**

DISTURBI ESTERNALIZZANTI

- **I disturbi esternalizzanti** sono disturbi i cui sintomi primari sono agiti verso l'ambiente in un modo che viola le regole sociali della condotta e comprende atti contro gli altri e/o contro la proprietà:
1. **Disturbo da Deficit da Attenzione e Iperattività.** Rischio: drop out scolastico sia per difficoltà di rendimento che per esclusione dal gruppo dei pari
 2. Disturbi Oppositivo-Provocatorio, Disturbo della Condotta, Disturbo Antisociale della Personalità , anche denominati **Disturbi Dirompenti**
 3. **Disturbo Esplosivo-intermittente** o disturbo di controllo degli impulsi, caratterizzato da esplosioni impulsive di rabbia in cui è difficilmente identificabile uno scopo, a differenza che in quelli nominati al punto 2
 4. **Disturbi da uso di sostanze/alcool/gioco**

PROFILI CLINICI DEI DETENUTI MINORENNI

- Nel **contesto del Penale Minorile** afferiscono soggetti ancora in fase evolutiva (14-21 anni), che presentano nella stragrande maggioranza dei casi funzionamenti psicologici inquadrabili come **Disturbi della condotta (34%)**, o **Disturbi della Personalità del cluster B (10%)**: Disturbi Borderline, Antisociale e Narcisistico.*
- Gli altri disturbi psichici sono di tipo internalizzante, con alcuni sintomi esternalizzanti che possono favorire la collisione del minore con il sistema della Giustizia.
- Circa il 20% dei soggetti che presentano i summenzionati disturbi è in co-morbidità con un qualche disturbo da uso di sostanze/alcol.

* Dati locali del penale minorile di Milano, archivio della UOC Psicologia Clinica

DIMENSIONI PSICOLOGICHE E TEMPERAMENTALI DEI DISTURBI DELLA CONDOTTA

Dimensioni psicologiche

- **Temper loss:** perdita di controllo della rabbia
- **Low compliance:** scarsa cooperatività
- **Aggression:** sia reattiva che proattiva
 - Reattiva su base impulsiva e di attribuzione di intenzioni ostili agli altri anche a fronte di stimoli neutri, con elevata attivazione fisiologica
 - Proattiva, pianificata e in assenza di percepita provocazione
- **Low concern:** scarsa preoccupazione per gli altri, a cui si è inferto un danno

Dimensioni temperamentali: bassa harm avoidance e alta inclinazione a rischiare (alta sensation seeking e bassa inibizione comportamentale)

Caratteristiche psicopatiche: Callosità emotiva

Queste dimensioni confluiscono nei **tratti patologici** di personalità della disinibizione e dell'antagonismo e, in misura minore dell'affettività negativa

I TRATTI PATOLOGICI DELLA PERSONALITÀ

○ **L'Affettività negativa**

- Esperienze frequenti e intense di alti livelli di una vasta gamma di emozioni negative (per esempio ansia, depressione, senso di colpa/vergogna, preoccupazione, rabbia) e delle relative manifestazioni comportamentali (autolesività) e interpersonali (per es. dipendenza)

○ **La disinibizione**

- Orientamento verso la gratificazione immediata che porta a comportamenti impulsivi guidati da pensieri, sentimenti e stimoli esterni attuali, senza riguardo per l'esperienza passata (perseveranza) o considerazione delle esperienze future (mancanza di pianificazione) e i propri doveri (irresponsabilità).

○ **L'antagonismo**

- Tendenza dell'individuo a mettersi in contrasto con le altre persone, tra cui un esagerato senso della propria importanza e una concomitante aspettativa di essere trattato in modo speciale così come un'insensibile mancanza di empatia verso gli altri che comprende sia l'inconsapevolezza degli altrui bisogni, sia la tendenza ad usare gli altri a proprio vantaggio.
 - Variante seduttiva/manipolatoria
 - Variante esplosiva/violenta

DISREGOLAZIONE EMOTIVA

- **Tre componenti**
 - Un'elevata reattività del soggetto, anche a stimoli di bassa intensità
 - Un rapido raggiungimento di elevata intensità dell'emozione
 - Un lento e difficile ritorno ad una condizione di pre-attivazione.
- Si manifesta con **elevata impulsività**
- **Rende difficile il processo di costruzione identitaria** perché questo ha bisogno della capacità di regolare le emozioni per perseguire gli obiettivi che ci si è dati a partire dall'identificazione delle aspirazioni personali e tenuto conto altresì dei feedback ambientali.
- Caratterizza il **Disturbo Borderline di Personalità** e quello **Antisociale** (senza callosità emotiva) , e, in misura minore, **il Disturbo Narcisistico della personalità**

IL DISTURBO DI PERSONALITÀ

- **Caratterizza persone che falliscono frequentemente nell'individuare soluzioni adattative a compiti universali in molte aree della propria vita (affettiva, lavorativa e sociale), :**
 - Falliscono nello sviluppo di un funzionamento interpersonale efficace, nel senso che sono inabili a mantenere relazioni intime, a funzionare come figura di attaccamento (passiva a attiva), a mantenere amicizie.
 - Falliscono nell'assumere la responsabilità delle proprie azioni, hanno difficoltà a mantenere un lavoro
 - Falliscono nello sviluppare un comportamento pro sociale, hanno un giudizio morale scarso. Sono fondamentalmente persone egoiste.
- **Il motivo del fallimento** è un deficit nella capacità di **monitorare** i propri stati mentali interni, di **regolare** le emozioni negative (paura e rabbia), di **comprendere l'influenza dei propri stati mentali sulle reazioni degli altri** (per cui attribuiscono sempre agli altri la causa delle proprie difficoltà) e di **assumere la prospettiva dell'altro** (decentramento)

LE COMPETENZE METACOGNITIVE

- Insieme di abilità multidimensionali, che ci consentono di riconoscere gli stati mentali propri e degli altri, ragionarci su e usare la conoscenza degli stati mentali per ridurre la sofferenza soggettiva, affrontare con un repertorio di azioni ampio e flessibile i problemi relazionali e aumentare le possibilità di realizzare i propri desideri.
 - **Autoriflessività**
 - **Comprensione della mente altrui da una prospettiva decentrata**
 - Monitoraggio
 - Comprensione delle variabili
 - Differenziazione
 - Integrazione
 - **Mastery** cioè strategie di coping della sofferenza psicologica, dalle più disfunzionali (ad es. autolesionismo, uso di droga) a quelle più mentalizzanti (ad es. «mi rendo conto che la mia sofferenza psichica dipende dalla mia tendenza a sentirmi svalutato dagli altri»)

LE TRAIETTORIE EVOLUTIVE (1)

- **I profili clinici che sottendono il disturbo della condotta consentono di ipotizzare due traiettorie patologiche:**
 - una **minoritaria, omotipica**, che va dal disturbo della condotta, esordito in pre-adolescenza e sviluppato da un precedente quadro di iperattività, al disturbo antisociale di personalità, in cui persistono sia i comportamenti etero aggressivi che l'assetto personologico antisociale (con prevalenza dei tratti di disinibizione e antagonismo)
 - un'altra **più frequente, eterotipica**, in cui il disturbo della condotta è la manifestazione adolescenziale di un **assetto personologico di tipo borderline**, in cui sono prevalenti i tratti dell'affettività negativa e della disinibizione o, in misura inferiore, di tipo narcisistico in cui prevale il tratto dell'antagonismo.

LE TRAIETTORIE EVOLUTIVE (2)

L'evoluzione verso il **Disturbo Borderline di Personalità (DBP)** o il **Disturbo Antisociale della Personalità (DASP)**, ed in misura inferiore, verso il **Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP)** avviene in funzione dello schema interpersonale soggiacente al disturbo e dell'intensità della disregolazione emotiva presente in esso:

- Se lo schema interpersonale è prevalentemente caratterizzato da una rappresentazione di sé come indegno e vulnerabile e una rappresentazione dell'altro come deprativo e abbandonico, la traiettoria più probabile è verso un disturbo borderline di personalità.
- Se lo schema interpersonale vede contrapporsi una rappresentazione di sé come debole/vulnerabile e una rappresentazione dell'altro come dominante e violento, allora l'evoluzione più probabile è verso un disturbo antisociale
- se lo schema interpersonale vede contrapporsi una rappresentazione di sé come vulnerabile nella percezione della propria autostima e quindi bisognoso dell'ammirazione di altri che sono invece invidiosi, l'evoluzione è più probabile **verso un disturbo narcisistico della personalità (DNP)**
- La disregolazione emotiva è molto più intensa nei DBP e nel DASP (senza callosità emotiva) rispetto a quanto avviene nel DNP

PROFILI CLINICI DEI DETENUTI MAGGIORENNI

- Per quanto riguarda il **contesto detentivo degli adulti** il profilo di personalità più ricorrente è quello **Antisociale***, spesso in comorbidità con l'uso di sostanze, il cui tratto caratteristico e pervasivo è l'antagonismo che può facilmente esitare nella commissione di un reato.
 - La più alta prevalenza del DP antisociale (**maggiore del 70%**) è tra i campioni più gravi di maschi con disturbo da uso di alcol o abuso di sostanze nelle carceri o in ambiti forensi (DSM V). Fattori socio-economici come le migrazioni favoriscono queste problematiche cliniche.
 - La maggiore presenza del Disturbo Antisociale della Personalità rispetto al Disturbo Borderline nella popolazione detenuta adulta dipende da due fattori: la capacità del soggetto con DBP di sostare in stati meno «offensivi» del borderline e la disponibilità di protocolli di cura EB per il DBP, per l'Antisociale no.

LE DISTORSIONI COGNITIVE Dell'antisocialità

Pensiero egocentrico: considerare valido solo il proprio punto di vista, «io vengo prima degli altri»

Assumere il peggio: Gli altri sono malvagi, hanno sempre intenzioni ostili

Rimproverare gli altri per i propri guai e problemi

Minimizzare i danni provocati dal proprio comportamento

Razionalizzare un «falso consenso»

PAZIENTI A RISCHIO CRONICITÀ

Per:

- **inconsapevolezza di malattia** a fronte di deficit cognitivi/metacognitivi
- La **comorbidità con l'uso di sostanze aumenta il rischio** di cronicizzazione sia perché aumenta l'impulsività, sia per l'effetto di mascheramento del bisogno originario che ha mosso l'abuso
 - sostanza stupefacente/alcool da rinforzo positivo diventano rinforzo negativo
- **assenza di modelli di identificazione** evolutivamente validi
- **emarginazione dai contesti appropriati al perseguimento degli obiettivi evolutivi**
- **difficoltà nella presa in carico a lungo termine da parte dei servizi sanitari territoriali**

AUTOLESIVITÀ/ETEROLESIVITÀ

- **Gesti auto ed etero lesivi e altre condotte impulsive (uso di sostanze)**, frequenti in questi quadri patologici, spesso rappresentano il tentativo disadattivo
 - di modulare e gestire i propri stati emotivi più intensi
 - e/o di manipolare l'ambiente al fine di soddisfare i propri bisogni
 - e/o di esercitare un potere contro chi ha privato il soggetto della libertà (presente in molti detenuti magrebini)
 - in assenza di altre risorse di fronteggiamento delle situazioni di stress (capacità di comunicazione assertiva, problem solving, tolleranza dello stress)

LA CRISI SUICIDARIA

È UNA CONDIZIONE PSICHICA, CHE SI ATTIVA A FRONTE DI UN EVENTO SCATENANTE, DI:

- Intensa sofferenza (vissuto di disperazione e angoscia)
- Breve durata (da qualche ora a qualche giorno)
- In cui il pensiero è totalmente focalizzato sull'intenzionalità suicidaria e sulla problematica sottostante, con modalità rimuginative /ruminative

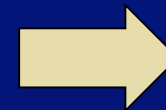
COSA SCATENATA LA CRISI SUICIDARIA: I FATTORI DI RISCHIO PROSSIMALI

E' il punto di SVOLTA in una situazione
divenuta insostenibile

Situazione insostenibile è associata a:

1. Inappagamento dei bisogni primari
2. Condizione vissuta come stressante (supera le proprie capacità di gestione o di sopportazione)
3. Bisogno di sottrarsi a questa situazione

“Se mi togliessi di mezzo tutto questo finirebbe”,
OVVERO LA MORTE COME SOLUZIONE



TS



**PUO' ESSERE CONCEPITO COME UNA FUGA DA UN DOLORE
INSOPPORTABILE**

IL SISTEMA COGNITIVO DELLA SUICIDALITÀ

- **Sentimenti di disperazione** (inaiutabilità e mancanza di speranza)
- **Rigidità dell' immagine di sé**, in termini negativi (essere un fallito, essere inutile...) che si originano da:

Modalità improprie di selezione delle informazioni
(astrazione selettiva)

Interpretazioni distorte
(ipergeneralizzazione, pensiero dicotomico)

Triade Cognitiva:

1. Sé: sono inadeguato, senza aiuti esterni, senza speranza
2. Altri: rifiutanti, abbandonioci, critici, esigenti
3. Futuro: privo di speranza

IL PROCESSO IN CUI SI SVILUPPA



CAPACITA' ACQUISITA

Precedente TS
Storia di agiti autolesivi



CREA UN SCHEMA COGNITIVO DOVE EMOZIONI/PENSIERI/IMPULSI ESITANO
IN UN' AZIONE
CHE PUO' RIDURRE LA PAURA DEL DOLORE FISICO E DELLA MORTE, IN
QUANTO, ORA, FENOMENI CONOSCIUTI



QUINDI, RENDE MAGGIORMENTE DISPONIBILI
COMPORTAMENTI AUTODISTRUTTIVI IN CASO DI FUTURI
STRESSORS, FAVORENDO LA RECIDIVA

COME VI FA SENTIRE UN SOGGETTO CON UN FUNZIONAMENTO BORDERLINE

- **Spinto a soddisfare i suoi bisogni** perché vi appare come un bambino vulnerabile e bisognoso e voi non volete essere come tutti gli altri che lo hanno sempre abbandonato;
- **Preoccupato, e anche un po' arrabbiato, per le minacce autolesive o suicidarie**, che sono la strategia di iper compensazione con cui il soggetto cerca di prevenire l'abbandono e voi non volete rischiare di essere rimproverati per avere omesso di intervenire.
- **Impaurito, quando il soggetto vi dice, con rabbia e ostilità**, che siete un essere spregevole e odioso perché non tenete nel conto il suo bisogno di essere riconosciuto come persona valida e degna di aiuto. Qui il soggetto usa una strategia di iper compensazione per non sentirsi vittima, di cui si può pentire in seguito;
- **Moderatamente tranquillo, quando il soggetto non vi cerca più, e le sue emozioni sono silenti** questo è uno stato mentale di anestesia emotiva e vuoto. Qui il rischio suicidario e autolesivo, la ricerca di azioni pericolose sono maggiori.

COME VI FA SENTIRE UN SOGGETTO CON UN FUNZIONAMENTO BORDERLINE

- Sarebbe un errore pensare che quando il borderline vi appare come un bambino o minaccia di farsi del male «ci fa» e quando, invece, utilizza l'aggressione «ci è». No è sempre lo stesso soggetto con stati mentali diversi che non riesce a integrare adeguatamente.
 - **Auto invalidazione**
 - **Aggressivo-abusante**
 - **Colpevole/inadeguato**
- che chiede aiuto in modo disregolato e incontrollato,
 - **Usando/strumentalizzando la vs/capacità di contenimento per regularsi.**
- Quando si sente validato, aiutato e confortato sa instaurare relazioni intense, significative e a tratti anche empatiche, ma questa **capacità è molto contesto-dipendente.**

COME VI FA SENTIRE UN ANTISOCIALE

- **Spinto a erogare benefici** dopo avere sperimentato una qualche condivisione che il mondo è ingiusto a fronte di una manipolazione esercitata con compiacenza, fascino e seduzione;
- **Controllato dall'atteggiamento predatorio dell'antisociale** che ipercompensa il proprio schema di debolezza con la rappresentazione di sé come un lupo tra i lupi e che si relaziona agli altri cercando di avere su di loro un controllo onnipotente.
- **Portato a vedere la simulazione**, sempre possibile, ci dice il DSM V, in un contesto medico-legale.
 - Il **rischio autolesivo** è collegato alla dimensione dell'impulsività presente in questi pazienti e
 - il tentato o il **suicidio** può essere un **esito non intenzionale di un atto ricattatorio** nei confronti di chi detiene un potere su di lui: «per farti vedere che faccio sul serio mi faccio del male»
- **L'antisociale può ricorrere all'acting-out** anche perché non tollera le emozioni dolorose (ad es. di sconfitta con correlata sottomissione).

COME VI FA SENTIRE UN NARCISISTA

- **Piccolo e «condotto» nel colloquio dal paziente,** che vi presenta un'immagine grandiosa di sé;
- **Irritato o annoiato da una narrazione di sé in «assetto teorico»** (io sono uno che non sopporta l'ingiustizia...) che non ti fa arrivare alle motivazioni «in carne ed ossa» delle sue azioni;
- **Investito da richieste di riservargli un trattamento speciale,** questa richiesta corrisponde alla credenza patogena nucleare del disturbo per cui solo se sono speciale mi sento bene altrimenti vengo invaso dalla vergogna;
- **Portato a sottovalutare il rischio auto-aggressivo:** L'attacco contro gli altri/ sé è utile a mantenere una rappresentazione di sé grandiosa a fronte di una rigidità dello schema (la perfezione è l'unico modo per sentirmi bene) e dell'intolleranza del vissuto di vergogna.

L'IDENTITÀ DEL SOGGETTO APPARE FLUTTUANTE

- Impegnato nell'esplorazione di un impegno in attività che potrebbero essergli utili a reperire un lavoro «fuori», quindi coinvolto nel perseguimento di un compito evolutivo (**dimensione identitaria dell'exploration**);
- Impegnato come mandante o gregario di una spedizione punitiva nei confronti di un detenuto di «serie c»: il soggetto vi riferisce, dopo essere stato scoperto), che era la cosa da fare, perché le regole (del gruppo deviante) si rispettano: cioè il soggetto è impegnato (**dimensione identitaria di commitment**), in una scelta di vita che definisce le relazioni come relazioni violente;
- aggiunge inoltre che tanto, quando uscirà dall'IPM o da San Vittore, chi darà un lavoro ad uno come lui?, cioè, non avendo fiducia nell'utilità dell'esplorazione di scelte di vita alternative a quelle antisociali, **chiude l'esplorazione identitaria stessa in modo anticipato**;
- La sensazione che se ne ricava è di **una difficoltà a stabilire e raggiungere obiettivi personali soddisfacenti e ad attribuire agli altri la colpa di ciò.**

L'IDENTITÀ DEL SOGGETTO APPARE FLUTTUANTE

- Nel caso del minore straniero ricongiunto o anche non accompagnato, in cui il disturbo della condotta si può essere manifestato come **sindrome da disadattamento alle condizioni di vita nel paese** di immigrazione, la tenuta nelle attività intra-murarie ed il fallimento nel progetto di permanenza in comunità, orienta a ipotizzare **un'incoerenza tra istruzioni culturali (garanti metapsichici) e comportamentali (garanti metasociali) seguite in carcere e quelle seguite in comunità:**
 - «dentro» mi do il tempo, sia perché non posso fare niente altro sia perché soddisfo i miei bisogni emotivi grazie al contenimento dato dagli operatori, di esplorare un'identità adattiva alla società in cui mi trovo, perché l'istruzione culturale del paese di immigrazione è di costruirsi in adolescenza gli strumenti con cui inserirsi socialmente;
 - «fuori» il soggetto si determina all'azione secondo l'istruzione culturale della famiglia d'origine (essere un uomo che contribuisce al bilancio familiare) con i garanti metasociali già incontrati e che consentono un successo veloce (pratiche illegali con metodi illegali), cioè **chiude molto precocemente l'esplorazione identitaria**

CASO CLINICO

CRITICITÀ NEL REPERIMENTO DI CT

- Tareg **egiziano, clandestino**, collocato in diversi Centri di Accoglienza (dalla Puglia all'Emilia Romagna) dai quali è sempre fuggito. Comune di Piacenza **Tutore**.
- Arrestato per rapina aggravata, in CPA presenta un episodio di agitazione psicomotoria con agiti aggressivi contro cose e persone per il quale viene ricoverato in SPDC.
 - Lo psichiatra dell'SPDC ritiene tale sintomatologia di origine esotossica, (in seguito, la valutazione del SerT interno al carcere toglie fondamento a questa considerazione eziologica). T. viene dimesso dopo pochi giorni e collocato in IPM con richiesta dell'AG di individuare in tempi brevi una comunità
- La Direzione dell'IPM preme per una rapida dimissione del ragazzo.

CASO CLINICO

CRITICITÀ NEL REPERIMENTO DI CT

- **Valutazione clinica:** Disturbo della Condotta (esordito prima dell'ingresso in Italia), Episodio maniacale senza sintomi psicotici e Ritardo Mentale medio. Il mondo è rappresentato come un posto pericoloso e ostile alla realizzazione dei propri desideri e contro di esso è valorizzato l'uso della violenza per garantirsi la predazione delle risorse.
- **Valutazione NPI:** Umore espanso, tratti ipertimici; terapia a base di Olanzapina ed EN due volte al die.
- **Segnalazione alla UONPIA di Piacenza** che delega il Comune per il reperimento di una CT, che avviene il mese successivo
 - T., al momento della visita in CT (Villa Plinia), ancora **completamente inconsapevole di malattia**, comunica al responsabile della Comunità che sarebbe fuggito dalla struttura.

CASO CLINICO

CRITICITÀ NEL REPERIMENTO DI CT

- Per un anno non si riesce a reperire alcun'altra CT: **declinano tutte la richiesta di collocamento a fronte della complessità clinica.**
- T. viene inserito **nel Gruppo Avanzato** per diminuire il rischio che possa essere usato dai leader negativi come arma contro altri ragazzi (dinamiche più presenti nei cd gruppi di orientamento), ma proprio nel gruppo Avanzato T. , su mandato di ragazzi più grandi, si rende complice di un grave atto di aggressione contro un ragazzo.
- Al processo per rapina riceve una condanna di un anno e 6 mesi di carcere al termine dei quali si dovrà applicare la misura di sicurezza della CT. Nonostante le **minacce anticonservative a chiara valenza di ricatto ambientale proferite prima di essere tradotto al processo** (che avevano comunque portato a definire la presenza di un RS basso su base impulsiva), T. accoglie la condanna senza agiti auto o etero-aggressivi.

CASO CLINICO

INTERVENTI DELL'AREA SANITARIA

- **Monitoraggio farmacologico** da parte della psichiatra (la terapia farmacologica dopo diversi mesi viene ridotta)
- **Intervento psicologico di supporto (in IPM) :**
 - **interventi semplici di rinforzo (ripetuto) della connessione tra variabili psicologiche:** (sensazione di piacevolezza connessa all'attività nel laboratorio di musica e pensiero che il tempo trascorso in carcere non è un non-tempo/tempo sprecato; tra fatica sentita in palestra durante gli esercizi e gratificazione narcisistica nel vedere allo specchio il proprio corpo robusto e più piacente).
 - Ciò ha avuto l'effetto di **contrastare la credenza per cui solo una volta uscito dal carcere sarebbe potuto stare meglio** e che, quindi, non valesse la pena di investire nelle attività intramurarie; e di dismettere la minaccia anticonservativa (dopo alcuni mesi). Questo pensiero è stato suscitato nel ragazzo usando ricordi anamnestici della difficile vita di strada che T. aveva intrapreso.

CASO CLINICO

INTERVENTI DELL'AREA SANITARIA

- **Convalida empatica dei bisogni di cura e di legame:** sulla base della richiesta del ragazzo, rivolta alla psicologa (ancorché considerata prevalentemente un mezzo per essere collocato in CT), di poter parlare con il fratello in Egitto (non avendo egli a disposizione alcun numero telefonico dei familiari), è stata attivato il Tutore che ha rintracciato un connazionale che aveva il numero telefonico del fratello. T. ha modo di parlare regolarmente con il fratello dal quale riceve suggerimenti in ordine al comportamento da tenere (*“fare il bravo in IPM, andare in comunità e rimanerci per lavorare”*). Seguire quei suggerimenti lo fa sentire collegato alla famiglia. Sollecitato a dire come questo lo fa sentire, T. riferisce che “insomma bravi....”
- **Indicazione all'èquipe** di usare un linguaggio molto «basico» con T.; inserirlo in attività non eccessivamente richiestive , tollerare che i suoi tempi di concentrazione nell'impegno fossero più brevi di quelli di altri ragazzi; esercitare una vigilanza molto forte su eventuali dinamiche di prevaricazione nel gruppo di inserimento.

CASO CLINICO

LA CT AL MOMENTO GIUSTO

- **Dopo circa 6 mesi l'episodio maniacale senza sintomi psicotici è in fase di compenso**, come confermata anche dal ridotto bisogno farmacologico (dimezzamento dell'Olanzapina), dal buon adattamento alla detenzione e dalla capacità mostrata da T. di gestire comunicazioni stressanti ricevute da casa (lutto per un familiare morto ammazzato) senza agiti/minacce autolesive.
- **La relazione clinica che evidenziava tali miglioramenti è stata inviata al Comune di Piacenza e alla UONPIA.** Ciò ha reso possibile reperire la disponibilità di una CT, in cui T. sarà collocato al termine della pena.
 - In realtà T. non è tanto consapevole della sua malattia, ma sente che una vita regolare, un po' impegnata e senza aggredire gli altri, presenta molti vantaggi, lo ha fatto uscire dal carcere e fa sentire bene e approvato dalla sua famiglia.

BIBLIOGRAFIA

- **APA (2015) Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM V**
Milano, R. Cortina Editore
- **G. Dimaggio, A. Montano, R. Popolo, G. Salvatore (2013)**
Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità. Milano, Cortina Editore
- **K.C. Thompson, R.J. Morris (2016)**
Juvenile Delinquency and Disability. Springer, Cham (CH)
- **M. Romani, D. Calderoni, L. Cirigliano, R. Faruggia, G. Levi (2010)**
Il disturbo borderline della personalità in età evolutiva. Roma. Fioriti Editore
- **P.H. Tolan, B. L. Leventhal (2013).** *Disruptive behavior disorders.* Springer New York
- **W. J. Livesly, G. Dimaggio, J.F. Clarkin. (2017)**
Il trattamento integrato per i disturbi di personalità. Un approccio modulare. Milano, Cortina

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**