

ATTI DEL DEL CONVEGNO  
XVI CONVEGNO NAZIONALE

**“Aspetti clinici, criminologici e psicosociali delle  
condotte aggressive”**

1 Dicembre 2011 – Palermo

Aula Ascoli - Policlinico

a cura di

*Associazione A.F.I.Pre.S. “Marco Saura” Onlus - Palermo*

# INDICE

## *I Parte*

Saluti e interventi introduttivi *di Livia Nuccio, G. Nivoli, T. Varia*

Possibilità e limiti della prevenzione del suicidio *di G. Serafini*

Responsabilità professionale e comportamento suicidario del paziente *di L. Loretta*

Valutazione del paziente psichiatrico con comportamento violento *di G. Nivoli*

La valutazione della Psicopatia con la PCL – R *di V. Caretti*

Pattern psicopatologici di giovani abusanti: una ricerca sui casi trattati presso il Distretto Giudiziario della Sicilia Occidentale *di A. Francomano e L. Fucà*

Rischio auto lesivo e condotte violente nei conflitti di coppia *di M. Ricciardi*

## *II Parte*

Interventi psicoeducativi negli adolescenti con comportamenti violenti *di C. La Cascia*

L'onda: l'emergenza dell'aggressività distruttiva *di M. Guarneri e M. Inguglia*

Il trattamento del paziente violento. Leggere il disagio psichico nella prevenzione del suicidio *di V. Cutaia*

## *Relatori*

## *Organizzazione*

*Saluti*  
*e*  
*interventi introduttivi*

NOTA PER IL LETTORE: *tutti i testi sono tratti da registrazione e conservano le caratteristiche del linguaggio parlato.*

## SALUTI E INTERVENTI INTRODUTTIVI

### **Livia Nuccio**

Buongiorno, ringrazio tutti coloro i quali stanno prendendo parte, oggi, a questo evento.

Purtroppo si è presentata qualche difficoltà legata allo stato di salute di alcuni relatori, naturalmente non prevista, per cui do ora la parola al professore Nivoli che, oltre a svolgere il ruolo di relatore, assumerà anche la funzione di moderatore degli interventi, nell'attesa che il professor La Barbera, momentaneamente assente per problemi di salute, possa intervenire.

Grazie di essere presenti.

Quest'anno, così come ogni anno, abbiamo rinnovato l'appuntamento di cultura sulla prevenzione del suicidio, e come avrete modo di constatare, abbiamo avuto la fortuna di avere con noi dei relatori che sono degli esperti professionisti di grande valore.

Grazie a tutti i presenti, do l'avvio ai lavori. Grazie

### **Giancarlo Nivoli**

Ringrazio tutti coloro i quali si trovano oggi in questa sede, ma in modo particolare un grazie va rivolto, ovviamente, all'A.F.I.Pre.S, cioè all'Associazione Famiglie Italiane Prevenzione del Suicidio e alla sua presidente, la signora Livia Nuccio, donna dinamica che ha organizzato questo evento su un tema di estrema importanza, quale l'aggressività verso se stessi e verso gli altri.

Tutti ne parlano, tutti ve ne fanno riferimento, ma è ora giunto il momento di ascoltare ciò che invece dicono in merito i relatori di questa giornata. Lascio loro la parola, anche perché comunemente si afferma che un moderatore, più è bravo, meno parla, ed io ho già parlato fin troppo.

Prima però un saluto da parte del Dottore Toti Varia, direttore delegato del Dipartimento Salute Mentale di Palermo.

### **Toti Varia**

Buongiorno a tutti.

Oggi, mio dovere, è quello di rappresentare l'Azienda Sanitaria Provinciale, il cui direttore sanitario, il professor Mattaliano, è assente, per impegni precedentemente presi. Mio compito è

anche quello di annunciare e promuovere un programma di prevenzione locale, che prevede un particolare riconoscimento ad un progetto promosso dall' Associazione A.F.I.Pre.S .

Si tratta di un programma al quale, a livello locale, viene riconosciuto un ruolo di rilievo nell'ambito della prevenzione, e allo stesso tempo costituisce una notevole sfida.

Il progetto è denominato "Help Line" Telefono Giallo, e prevede l'attivazione di una linea telefonica con ampio funzionamento, garantito dalla presenza di volontari appartenenti all' Associazione A.F.I.Pre.S. La sede operativa sarà localizzata in una struttura che il dipartimento di salute mentale metterà a disposizione e, seguirà l'attivazione di una serie di collegamenti con le diverse linee operative della salute mentale, varie articolazioni presenti a Palermo e provincia, con servizi per adulti, per soggetti terminali, per tossicodipendenti, ...

Si tratta indubbiamente di una grande sfida, ma, concordando con quanto esposto dal dottor Serafini nella relazione precedente, tramite questo approccio è possibile intercettare il percorso che trova culmine nell'atto suicidario e, individuandolo precocemente, è possibile in qualche modo deviarne il decorso.

## **Giancarlo Nivoli**

Diamo inizio alle relazioni e, al loro termine, daremo spazio alle domande, che vedranno voi tutti gli attori principali della situazione.

Chiedo, quindi, al Dottor Gianfranco Serafini di iniziare ad esporre la sua relazione sulla tematica delle possibilità e limiti della prevenzione del suicidio, preparata in collaborazione con il professor Maurizio Pompili, che purtroppo oggi non può essere presente.

Grazie mille professor Serafini.

# *Relazioni*

## *I Parte*

NOTA PER IL LETTORE: *tutti i testi sono tratti da registrazione e conservano le caratteristiche del linguaggio parlato.*

# POSSIBILITA' E LIMITI DELLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

*Gianfranco Serafini*

Grazie per questa presentazione professor Nivoli. Vi ringrazio per l'invito, è un piacere per me poter essere qui. Oggi sostituisco il professor Pompili che, a malincuore, non può essere presente a causa di un problema familiare che lo ha trattenuto a Roma.

Cercherò di essere breve, per non sottrarre tempo alle interessanti relazioni che seguiranno e proverò a delineare il concetto della prevenzione del suicidio considerando le possibilità di una sua attuazione, soffermando l'attenzione sull'evento drammatico e soprattutto sulle eventuali criticità legate alle azioni preventive.

La presentazione si articolerà, quindi, in due parti: in un primo momento un'overview del fenomeno, successivamente la delineazione, nello specifico, delle strategie di prevenzione.

Di fronte ad un problema drammaticamente rilevante, i numeri forniscono un notevole contributo per rendere più chiaro il quadro. Le proiezioni dell'OMS delineano una situazione ingravescente con previsioni di netto peggioramento nel 2020. Attualmente la stima di morti nel mondo a causa del suicidio è di circa un milione, valore destinato ad incrementare, raggiungendo il milione e mezzo.

Se si considera contemporaneamente il suicidio e il suo tentativo, ogni tre secondi nel mondo ci si trova di fronte ad un fenomeno di questo tipo. I numeri delineano una realtà davvero drammatica ed il suicidio rientra tra gli eventi umani più tragici, rappresenta, nella maggior parte dei casi, l'evoluzione di drammatiche storie di miserie umane, una sfida per il terapeuta che deve, di volta in volta, confrontarsi con questo tema, questa problematica.

Studi passati, di circa vent'anni fa, mostrano come, almeno nel 90% dei casi di tentato suicidio, si individua di base un problema di natura psichiatrica. Oggi la letteratura evidenzia che queste stime si stanno modificando, la percentuale si va riducendo, ma non è ancora possibile comprendere con esattezza l'entità della correlazione tra disturbi psichiatrici e il fenomeno suicidario, o meglio la dimensione suicidaria. Si tratta sicuramente di due condizioni correlate fra loro, esiste un margine di sovrapposizione, ma non è ben nota l'entità di tale correlazione. Il messaggio che si intende quindi diffondere, a partire da queste considerazioni, è che la dimensione suicidaria non scaturisce necessariamente, sempre e comunque, nell'ambito del disturbo psichiatrico.

Ci si trova sempre dinanzi ad un percorso che delinea una strada che viene imboccata fin dall'inizio, quando la persona comincia ad avere pochi motivi per vivere e comincia a desiderare la morte,

giungendo al tentativo di suicidio, precursore più rilevante di eventuali tentativi futuri che costituiscono un atto suicidario in se e per se.

Gli stati che si succedono lungo questo percorso sono così rappresentati: desiderio di morire, si attraversano i pensieri e le idee di suicidio, la pianificazione del gesto, ed infine l'attuazione.

Il pericolo legato ad ogni singolo stato è sempre crescente: è opportuno valutare il modo in cui il fenomeno viene considerato partendo dalle prime fasi. Negli stati intermedi si ha una vera e propria ambivalenza, il paziente cioè vive sia il desiderio di morire che di vivere, sono infatti presenti dei sentimenti vitali, che non si riescono però a manifestare a causa del dolore insopportabile. Segue la decisione del gesto.

Tra i fattori di rischio più importanti è possibile individuare quelli di tipo biologico, fattori predisponenti che si associano, la disperazione, l'aumentato abuso di sostanze, l'impulsività, l'aggressività, tutti elementi il più delle volte fondamentali per determinare quella che è l'attuazione del gesto. Non di meno importanza una serie di fattori che ad oggi vengono considerati nelle strategie di prevenzione, quali l'accesso ai mezzi letali o anche l'evento della perdita, che si delinea spesso nella vita di queste persone.

Nel '99 è stato pubblicato nell'*American Journal* il modello DML in base al quale esist, nei confronti del suicidio, una predisposizione probabilmente biologica, alla quale si deve comunque associare uno stresser, entrambi sono necessari affinché il gesto venga attuato.

Il modello è stato maggiormente rivisitato ed è stato riconosciuto, non solo il valore della genetica, ma anche dell'epi-genetica, cioè di tutta quella serie di fattori ambientali che, riuscendo a modificare chimicamente il DNA e determinando lo spegnimento dell'espressione di alcuni geni fondamentali, possono contribuire inevitabilmente all'attuazione del gesto suicidario.

L'OMS afferma che non tutti i suicidi possono essere prevenuti, ma molte vite possono essere comunque salvate attuando delle strategie di prevenzione, focalizzando l'attenzione su diversi aspetti.

Primo tra tutti è il concetto di prevenzione biologica: l'importanza del trattamento dei pazienti a rischio di suicidio era già chiara in letteratura, soprattutto in merito ai pazienti con disturbo bipolare dove evidenze dimostrano che il trattamento determina una riduzione netta dei tassi di mortalità, rispetto a soggetti non trattati.

Nello specifico fu John Cade con i suoi lavori, a dar vita e a portare avanti il concetto della prevenzione basata sulla somministrazione dei sali di litio.

Nonostante allo stato attuale delle nostre conoscenze questo è sicuramente uno dei presidii psicofarmacologici più importanti, in quello che è sostanzialmente l'effetto antisuicidario, inizialmente non trovò facile approvazione. Questo perché, anche se i trial ebbero inizio già negli

anni '60, soltanto nel '74 il litio fu approvato dall' NBI come farmaco, "utile" nella malattia neuro depressiva. Già vent'anni fa, in maniera quasi profetica, si valutava una delle domande più interessanti dell'attuale neurobiologia, ossia l'impatto dei Sali di litio nella riduzione del rischio di suicidio.

Studi di Pondo Baldi e Sarini sottolineano ulteriormente l'azione del litio sulla dimensione suicidaria. Se, infatti, nella fase pre-trattamento si rileva una notevole percentuale di atti suicidari, questa si riduce drasticamente durante la somministrazione del litio. Dato più drammatico è, però, la correlazione tra l'assunzione discontinua del farmaco ed il rapido incremento, nuovamente, degli atti suicidari. Evidente anche, una differenza tra una discontinuazione rapida ed una graduale: nel primo caso il numero di suicidio è sicuramente in netto aumento, rispetto alla seconda situazione.

È opportuno sottolineare che non esiste solo la prevenzione psico-farmacologica dell'atto suicidario, ma si possono predisporre ed attuare una serie di programmi di preventivi nella comunità. Esempio ne è la presenza di un cartello sul ponte di San Francisco nel quale viene indicata la possibilità di effettuare una chiamata, viene offerta una possibilità alternativa, viene manifestata la propria presenza, proprio in quei momenti in cui ci si sente più in crisi.

Si evidenzia, così, l'importanza delle linee telefoniche di ascolto, che devono essere necessariamente attive nelle 24 ore e rappresentano un ponte di collegamento, una sponda importante, di appoggio per coloro i quali costituiscono dei soggetti a rischio.

Basta poco per poter salvare delle vite umane

Esistono programmi di prevenzione specifici condotti a livello della comunità, che spesso mirano alla riduzione di un altro fattore importante che sembra essere implicato nell'aumento del rischio di suicidio e che è rappresentato dallo stigma. Le attitudini stigmatizzanti nei confronti di coloro che sono a rischio di suicidio rappresentano un fattore che dovrebbe essere ridotto. Si pensi che fino a pochi anni fa, e forse ancora oggi, il suicidio costituiva un tabù, un pregiudizio.

È interessante valutare come, l'introduzione di uno strumento che agisse su questo aspetto nell'ambito di una comunità specifica, quale quello delle forze armate americane, abbia ridotto notevolmente i tassi di suicidio. Dati rilevanti in questa direzione, si sono registrati, negli anni dal'97 al 2002 in seguito ad un implemento del programma.

Un'altra azione preventiva è costituita dal restringimento dell'accesso ai mezzi letali. Si pensi alla rilevanza negli Stati Uniti delle armi da fuoco, che rappresentano sicuramente uno dei mezzi più letali attraverso i quali darsi la morte. A questi, naturalmente, se ne aggiungono altri quale l'utilizzo di potenti farmaci analgesici, antipiretici, tra cui il paracetamolo, che è considerato tra i più epato tossici, o il carbone del brucia, che è uno dei mezzi più diffusi nelle comunità asiatiche per mettere in atto il suicidio.

Uno studio recente del 2010 evidenzia come, l'aver semplicemente ridotto, l'aver posto una barriera all'acquisto del carbone che brucia nei supermercati, abbia ridotto i tassi di suicidio di circa il 76,7% .

Anche i pesticidi sono strumenti di morte molto utilizzati nelle comunità asiatiche. L'obiettivo dell'atto preventivo ha previsto di valutare l'introduzione di scatole dotate di serrature nelle quali poter ermeticamente chiudere i pesticidi, riducendone così l'accesso alle comunità agricole rurali dei posti. Tale azione si è concretizzata nella riduzione dei tassi di suicidio soprattutto nello Srylanca, nel periodo tra il '95 e il'98.

Un fattore da non dover trascurare è la modalità con cui il fenomeno viene riportato dai mass-media. Il rischio di suicidio può essere aumentato dal modo in cui viene riportata la notizia, se in modo sensazionalistico, se scritta in prima pagina, ... se contenuta nel titolo può dar luogo o favorire dei fenomeni di emulazione, se il messaggio viene più volte ripetuto, se si insiste sulle descrizioni dei gesti cruenti, questo potrebbe essere imputato al rischio di contagio, aumentando le implicazioni dell'atto in sé. Anche in questo caso una campagna di promozione potrebbe sensibilizzare i mass media offrendo degli strumenti interessanti. Risultati evidenti si sono riscontrati soprattutto in Cina, dove sono state realizzate delle campagne di sensibilizzazione attraverso l'utilizzo dei giornali. Ne sono derivati più bassi tassi di suicidio..

Azione preventiva nei confronti dell'atto suicidario è l'educazione di alcune figure professionali, quali i medici di medicina generale. Si tratta di fornire una formazione relativa ai segnali iniziali di un disturbo psichiatrico, quale quello depressivo, o del rischio di suicidio. Esistono evidenze in merito, quali quelle emerse dallo studio effettuato sull'isola di Portland dove si è introdotto tale strumento di emulazione sul fenomeno del suicidio nei confronti delle figure dei medici di medicina generale.

Il problema sostanziale relativo a questa tecnica preventiva è connesso al fatto che se la campagna educativa non viene ripetuta nel tempo, non si ha alcuna evidenza di un effetto benefico a lungo termine.

Se tale azione può abbattere nell'immediato i fattori di rischio, può agire sui pregiudizi, ma deve avere una continuità temporale per evitare che questi stereotipi presenti a livello sociale e non solo, riprendano in qualche modo il sopravvento.

Infine, è bene trasmettere il messaggio che per poter prevenire il fenomeno del suicidio è opportuno stabilire un team di lavoro e agire sulla motivazione di questo gruppo, in modo da poter essere realmente efficace, applicabile al contesto. La drammaticità più rilevante, infatti, nell'attuazione di queste strategie di prevenzione, è costituita dal pregiudizio culturale, il tener conto di quello che è il

contesto su cui si va ad agire e quindi capire quali sono le figure carismatiche a livello comunitario, per poterle motivare nella diffusione del messaggio della prevenzione.

È necessario quindi stabilire un team di lavoro ben specifico su questo tema, valutando le sue capacità di agire in modo coordinato, in modo che ciascuna figura all'interno del gruppo possa impiegare le proprie competenze, senza dover delegare ad altri gli aspetti fondamentali. Bisogna stabilire i crediti di formazione del personale, valutare quelle che sono le risorse disponibili, per evitare di avere delle difficoltà per carenza di strumenti.

Interagire con quelle figure che possono aiutare anche in termini economici, veicolare il messaggio di prevenzione, porre attenzione al problema al massimo livello e soprattutto facilitare l'accesso alle risorse disponibili. Fondamentale è testare bene le evidenze. Oggi esiste la medicina basata sull'evidenza, non è possibile sottrarsi da questa evoluzione della pratica medica. Naturalmente le evidenze vanno testate e calate nell'ambiente socio culturale di appartenenza, nel contesto in cui si intende agire, è necessario valutare l'accuratezza delle informazioni a disposizione, soprattutto quando si cerca di rintracciare retro-prospettivamente dei dati e spesso ci si trova di fronte a dei registri incompleti, non si ha quindi, in questi casi la possibilità di accedere in maniera precisa o specifica alle informazioni.

Il messaggio che intendo far emergere da questo mio intervento è che il suicidio è un fenomeno complesso, molto variegato, in cui i fattori di rischio agiscono in maniera poliedrica. Tale fenomeno rappresenta una vera e propria sfida per il clinico a causa della sua elevata complessità. La prevenzione del suicidio è possibile, ciascuno di noi nel suo piccolo può fare qualcosa.

I punti esposti precedentemente, purtroppo, non sono esenti da criticità, in quanto le campagne di prevenzione del suicidio si scontrano costantemente con aspetti centrali quali retaggi culturali, stereotipi, pregiudizi che ancora molto spesso subdolamente agiscono nelle nostre comunità.

Vi ringrazio per l'attenzione.

# RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E COMPORTAMENTO SUICIDARIO DEL PAZIENTE

*Liliana Loretta*

Ringrazio per l'invito in questa bellissima isola, venendo dalla Sardegna, mi sento anche un po' a casa.

Il tema che tratterò coinvolge prevalentemente gli operatori, ma credo possa suscitare interesse nei familiari, negli studenti, in tutti coloro che possono o potranno confrontarsi con un evento così drammatico, quale è il suicidio.

Sviluppare la tematica relativa alla responsabilità degli operatori, dinanzi ad un paziente che ha messo in atto un comportamento suicidario deriva da una serie di sentenze emesse in aule giudiziarie, già nel passato.

In termini di responsabilità, da parte della magistratura, perviene una richiesta ben chiara, relativa ad una diagnosi corretta ed appropriata del paziente in questione.

Nonostante ciò possa sembrare ovvio, nella realtà dei fatti così non è.

Facendo riferimento ad una sentenza in particolare, ad un paziente era stato diagnosticato un disturbo d'ansia, ma erano stati sottovalutati, o addirittura non rilevati, ulteriori sintomi non riconducibili alla diagnosi, evidenziati anche dai familiari. Il paziente, dopo essere rientrato in casa ha messo in atto un comportamento suicidario ed il medico è stato considerato responsabile.

Gran parte dei suicidi sono correlati alle patologie psichiatriche ed alla depressione: si sottolinea così l'importanza di una corretta diagnosi.

Quanto espresso, cavallo di battaglia caro al professore Nivoli, implica una corretta compilazione della cartella clinica, con l'annotazione di quanto evidenziato. In realtà spesso si tende ad omettere elementi rilevati, proprio per non avere la responsabilità di quanto trascritto. Si genera però un falso ideologico: la possibile presenza di testimoni, infatti, può mettere in discussione quanto indicato nella cartella, o può addirittura evidenziare la mancata trascrizione.

Altro elemento chiave è costituito dall'appropriatezza della terapia: ad una determinata diagnosi corrisponde, generalmente, una terapia. Fondamentale è la trascrizione di quest'ultima, o una sua variazione in relazione al rilevarsi di segnali di rischio suicidario, nella cartella clinica. È opportuno ricordare che si è tenuti a curare in scienza e coscienza, considerando prima la scienza e secondariamente la coscienza.

Si intende quindi sottolineare che, il nostro lavoro, è dettato, in primis, da quanto appreso nei percorsi di studio, e non sulla base del pensiero personale.

Attenzione deve essere prestata anche all'appropriatezza del ricovero, se volontario o secondo trattamento sanitario obbligatorio. Dinanzi ad un soggetto con rischio suicidario tutti si prodigano affinché vi sia la sua disponibilità verso un ricovero. Se si riesce ad ottenere quanto appena esposto tramite la relazione terapeutica instaurata, si ottiene già un gran successo, si evidenzia infatti la presenza di un legame, di un buon aggancio terapeutico ed emerge la richiesta di aiuto da parte del paziente stesso.

Nello specifico, il trattamento sanitario obbligatorio in psichiatria è un momento drammatico. È opportuno, però, non intenderlo in termini negativi. Secondo alcune ideologie e proiezioni politiche e sanitarie è stato visto come un indicatore negativo del funzionamento dei servizi territoriali.

In realtà, anche se lo si può identificare come un indicatore sotto alcuni aspetti, è opportuno ricordare il principio sul quale si basa il TSO, ossia di essere uno strumento che da l'opportunità di cura ad un paziente che, in un dato momento non potrebbe riceverla, in ragione della sua non consapevolezza di malattia, o di non adesione alla terapia. Quando necessario, il TSO deve quindi essere utilizzato. In alcuni paesi, come la Francia, si ha un'indicazione di trattamento sanitario obbligatorio anche in caso di rischio suicidario.

Spostiamo ora l'attenzione su un concetto caro soprattutto agli psichiatri, ossia, il concetto di *posizione di garanzia*.

Che cos'è la posizione di garanzia e qual è la cornice normativa in cui contestualizzarla?

*L'articolo 40 del codice penale al comma 2 recita: non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*

Che cosa si intende? Si intende che un medico, in quanto tale, è tenuto a proteggere il paziente.

È bene comprendere che cosa si intende con il termine "proteggere", dal momento che spesso si assiste, in tal senso, ad una deriva interpretativa, legata anche al fatto che oggi la posizione di garanzia sta acquistando un'applicabilità sconfinata e delle conseguenze medicolegali incredibili.

Con il termine "proteggere", quindi, si intende il compito del medico di garantire un adeguato trattamento del paziente, finalizzato ad evitare un aggravamento della sua condizione fisica o, meglio, a recuperarne la salute. Si identifica quindi con la mission di ogni medico.

Nell'ambito della psichiatria, però, vi sono degli specifici elementi che vengono richiesti, quale l'aspetto custodialistico, sul quale si sta molto lottando, e di controllo sociale. Le richieste in termini di garanzia variano quindi tra i medici appartenenti alle diverse discipline, quale cardiologia, pediatria,... e gli psichiatri.

Riporto uno scontro avuto la scorsa settimana con un magistrato di Siracusa, il quale, durante un suo intervento, affermava che i medici dell'ambito della psichiatria sono tenuti alla cura del paziente e alla difesa sociale. Si sa bene che quanto detto poteva essere corretto in tempi quale il 1904, dove, la legge emanata, poneva come cardine quello della difesa sociale. Non si pensava infatti alla cura del paziente, ma alla difesa della società, tanto da individuare come criterio per il ricovero, la pericolosità del soggetto, per sé e per gli altri. Le leggi successive hanno abbandonato il principio custodialistico, che sembra riemergere con questa deriva interpretativa del principio di garanzia in riferimento alla figura dello psichiatra.

In termini di obblighi giuridici, i medici hanno quindi sicuramente l'obbligo terapeutico a tutela della salute, ma non quello di custodia o di sorveglianza, o ancor peggio, di controllo del comportamento del paziente, il che farebbe sì che, anche in Italia, gli psichiatri acquisterebbero le caratteristiche tipiche dei regimi totalitari presenti in Cina o in Unione Sovietica.

Ci si chiede sicuramente la compilazione delle cartelle in modo specifico. Facendo riferimento ad una sentenza di un caso clinico avvenuto in Piemonte, un paziente, in regime di ricovero volontario, dopo aver chiesto di uscire per prendere un caffè, non è più ritornato, in quanto si è recato al piano superiore e si è lanciato nel vuoto. L'intera équipe curante è stata condannata. Da queste sentenze, anche se evidenziano degli errori, si può e si deve imparare.

Fondamentalmente, la magistratura richiede una cautela nella sorveglianza, un accompagnamento nelle uscite, una cautela nell'informazione nel personale che tratta il paziente... In merito al tema dell'accompagnamento durante le uscite è bene fare riferimento ad un'ulteriore sentenza relativa ad una paziente con depressione e con una storia di tentativi di suicidio. La donna, con l'autorizzazione del primario del reparto in cui era ricoverata, era uscita accompagnata da una volontaria, chiede di potersi recare nella propria abitazione per prendere degli oggetti personali ma, dopo essere arrivata, si defenestra. Responsabile dell'accaduto è stato considerato il medico, in quanto, in questo caso, la massima sorveglianza non è stata richiesta alla volontaria, né le è stata data informazione in merito alla storia di tentativi suicidari della paziente.

Nel caso del Piemonte, precedentemente esposto, nel quale è stata ritenuta colpevole l'intera équipe, incluso il primario, si è assistito ad un tentativo da parte di quest'ultimo, di discolarsi ritenendo che il paziente non era a lui stato affidato. La sua tesi di difesa non è stata considerata, in quanto in termini di posizione di garanzia, questa aveva avuto origine nel momento in cui il primario aveva avuto il primo contatto con il paziente, ne aveva stabilito il ricovero ed il trattamento terapeutico iniziale, nonostante successivamente aveva delegato il tutto al resto dell'èquipe. La posizione di garanzia ha quindi inizio nel momento in cui si instaura una relazione terapeutica.

Altro elemento da considerare è la prevedibilità dell'evento ed il suo rapporto di causalità con la condotta colposa dell'evento stesso. Sempre in riferimento al caso esposto, la presenza di un precedente tentativo di suicidio del paziente durante il ricovero costituiva un elemento in stretto collegamento con la successiva messa in atto e riuscita dell'evento in sé, per il quale era opportuna l'attuazione di una cautela specifica.

In merito al rapporto di causalità tra condotta colposa ed evento, la prima è individuabile nell'aver concesso al paziente di uscire. Lo stesso magistrato che si è occupato di questa sentenza ha sottolineato che, anche nel ricovero volontario, possono esservi dei mandati di custodia concordati a contenuto terapeutico, è possibile cioè rifiutare di concedere di uscire al paziente. Sottolineo quindi, che tra T.S.O. e ricovero volontario, oltre la differenza nella modalità con cui avviene l'accesso al reparto, non ve ne sono altre, nel senso che all'interno della struttura tutto ciò di cui può beneficiare il paziente, lo si può mettere in atto.

La sentenza a cui più volte fatto riferimento sottolineava, da parte del medico l'obbligo giuridico di curare la malattia mentale, di salvare il paziente dal rischio di condotte auto lesive, di attestare cautele specifiche. Infatti, come già accennato, la presenza di un precedente tentativo di suicidio prevedeva una sorveglianza obbligatoria. E questo è stato l'elemento che ha fatto crollare il costrutto difensivo del medico in quanto non sono state attuati interventi preventivi e protettivi. Un cambiamento o meglio un adeguamento della terapia del paziente, seppur corretto, è stato un ulteriore elemento di accusa per il medico che, pur avendo individuato la criticità della situazione non ha messo in atto i dovuti interventi

Quali, quindi, gli elementi critici? Sicuramente la circolazione delle informazioni. È impensabile, in un reparto, e non solo, che ogni operatore possa tenere per sé le informazioni relative ad un paziente. Nel caso della sentenza, per esempio, l'infermiera, nonostante, in seguito alla richiesta dell'utente di uscire, abbia aperto la porta determinando con il suo gesto la maggiore facilità della messa in atto del suicidio, è stata assolta. La sua azione, infatti, in assenza di precise informazioni o di indicazioni di cautela specifica nei confronti del paziente in questione, è rientrata nella normale routine del reparto.

La valutazione del rischio suicidario è fondamentale, e, ad essa, devono corrispondere degli atti ben precisi, che a loro volta, devono essere documentati in cartella, non soltanto presenti nei buoni propositi o nelle buone intenzioni. In un'aula di tribunale, infatti, non ha valore quanto detto o pensato, ma ciò che è scritto, non è la realtà clinica ma quella documentale ciò che conta: l'incongruenza tra le azioni scritte va sempre contro gli operatori.

Infine vorrei valorizzare il ruolo della relazione con i familiari, in quanto costituisce un anello fondamentale per la raccolta di informazioni. Riprendendo ulteriormente come esempio la sentenza

alla quale si è fatto più volte riferimento, era opportuno tenere conto del fatto che il paziente era stato in permesso ed era tornato da questo molto inquieto, qualcosa lo aveva tormentato. I familiari chiedevano di poter proferire con il medico, il quale si mostrò non disposto per mancanza di tempo. L'interloquire con i familiari, sia in questo specifico caso, ma, comunque, in generale, costituisce un valore aggiunto, dal momento che i componenti della famiglia forniscono delle indicazioni che consentono di vedere la realtà dei fatti, che potrebbe apparire diversa da quella che è. Nello specifico, nel caso del permesso fornito al paziente dell'esempio precedente, ciò che conta è sicuramente il feedback di ritorno sul suo andamento. L'interagire con i familiari costituisce quindi una tappa fondamentale

In conclusione, nel momento in cui ci si trova dinanzi ad un problema, ma anche prima, è opportuno domandarsi se effettivamente è stato fatto tutto quello che si doveva fare, e la risposta, sia nel caso del suicidio, che in qualsiasi altra situazione, deve essere affermativa. In caso contrario sorgerebbe spontanea un'altra domanda, alquanto drammatica, cioè se l'evento sarebbe accaduto nel caso in cui tutto ciò che era necessario fare, fosse stato fatto. Si entrerebbe così in un circuito particolare, giuridico.

Termino il mio intervento invitandovi al nostro congresso ad Alghero 25 – 27 maggio 2012. Si tratta del congresso della Società Italiana di Psichiatria Forense, nel quale si tratterà la responsabilità professionale, il comportamento del paziente parliamo suicidario, ...

Grazie per la vostra attenzione.

# VALUTAZIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO CON COMPORTAMENTO VIOLENTO

*Giancarlo Nivoli*

Adesso cercheremo di comprendere il comportamento violento di una persona, cioè cosa può essere presente nella mente di chi commette un atto di estrema violenza, in riferimento sia a chi si toglie la vita, sia a chi la toglie agli altri.

Per avere meglio l'idea di ciò che accade è opportuno prendere in considerazione un caso pratico, come, ad esempio, quello che comunemente viene denominato un reato sessuale, passionale. Vedremo ora di che cosa si tratta.

Consideriamo un uomo e una donna. Quest'ultima, come spesso accade, afferma al suo compagno di essere lui l'uomo della sua vita, il suo grande amore, ma poi ... lo lascia per una relazione con un altro.

Se da ciò scaturisse un abbassamento del tono dell'umore dell'uomo, una tristezza, gli si farebbe forse una diagnosi psichiatrica? Si vedrebbe che è un po' depresso. E se cominciasse ad andare in macchina talmente forte da far pensare agli amici che si potrebbe così facendo ammazzare, e se non prendesse più le pillole per l'ipertensione come era solito fare, che cosa si penserebbe?

Che è depresso, che vuole farsi del male. Ma se lui dovesse affermare che la donna che lo ha abbandonato era tutto per lui, e che non riesce a vivere senza di lei, perché non trova più un senso alla vita in sua assenza, si potrebbe pensare che è depresso o che ha qualche tendenza suicidaria? Certamente potrebbe averla.

Consideriamo il caso in cui qualcuno prende in cura quest'uomo. Se lui concentra i suoi discorsi sul fatto che non ha compreso il motivo per cui è stato lasciato ed esprime il desiderio di parlare e vedere la donna, il terapeuta cosa gli consiglierebbe? Di lasciare perdere o di incontrarla?

In realtà lui ha chiesto delle ultime spiegazioni, e bisogna fare molta attenzione, in quanto, a volte, sono da considerare realmente le ultime, proprio perché il soggetto che prima voleva togliersi la vita e ha portato con se la pistola, alla fine uccide la donna, e questo è tipico dell'omicidio passionale; viene più semplice portare degli esempi in cui è l'uomo ad uccidere la donna, ma non mancano i casi in cui avviene il contrario.

Fondamentalmente, è quindi emerso che un soggetto che si presenta depresso con tendenza ad agiti suicidari in un certo punto può cambiare rapidamente, oltre la sua volontà, senza neanche accorgersene, e vedere trasformato il suo agito da auto diretto ad etero diretto, rivolgendolo verso la donna.

Si tratta in questo caso di un omicidio passionale, dove, una persona depressa, affranta, con una motivazione personale soggettiva molto forte che lo porta a desiderare di uccidersi, alla fine uccide un'altra persona.

Se consideriamo la psichiatria criminologica, in realtà, a volte, nel desiderio di uccidersi c'è anche il desiderio di uccidere qualcun altro. Nel dettaglio ci sono tre desideri, oltre a quelli appena espressi, anche quello di farsi uccidere.

Gli argomenti che stiamo affrontando sono estremamente umani e drammatici. Non se ne può parlare piangendo, ma se ne parla in un modo che sia chiaro e rispettoso dei drammi in sé. Non si manca di rispetto parlandone in maniera banale, ma lo si semplifica per renderlo più comprensibile. Si ha sempre comunque qualche resistenza dinanzi ad argomenti così forti e ci si difende attraverso il raziocinio e la chiarezza.

Il premio Nobel dell'aggressività, dovrebbe essere dato ai mass verber. Per comprendere bene a chi ci si sta riferendo è opportuno prendere in considerazione, anche in questa occasione, un esempio pratico. Il mass verber è colui che, per esempio, lamenta il fatto che il comune non gli fornisce l'acqua calda a casa, e per tale ragione si reca agli uffici comunali e comincia a sparare sui consiglieri o su chi si trova nel posto, viene successivamente circondato dalla polizia, ma spara anche loro per poi uccidersi. Ecco l'aggressività nella quale è possibile evidenziare tutte e tre le componenti: *desiderio di ammazzare*, uccidere qualcuno, ma non importa chi, *farsi ammazzare*, esponendosi al fuoco della polizia, *ammazzare se stesso*. Ecco il massimo dell'aggressività che vi può essere.

Ritornando all'omicidio passionale, si consideri come elemento bibliografico, Play Boy, in quanto, in un numero di alcuni anni fa, era riportato un omicidio passionale, ben descritto.

Un marchese di Roma era sposato con una giovane donna e aveva il piacere che quest'ultima avesse dei rapporti sessuali con un giovane uomo e lui stesse a guardare. Sta di fatto che i ragazzi, trascorso un po' di tempo, cominciarono ad incontrarsi in assenza del marchese, il quale, venutolo a sapere pronunciò la classica frase: "Vi voglio vedere per un'ultima spiegazione".

La donna si presentò e fu uccisa, al contrario del giovane che, essendo amico del guardia caccia del marchese, era stato avvisato telefonicamente che la sera prima il marchese sparava su tutto ciò che si muoveva ed era molto nervoso. Il marchese, dopo aver ammazzato la donna, si uccise.

È quindi importante cogliere che in questi enormi drammi umani è possibile individuare degli step, che è opportuno riconoscere per poter intervenire nell'immediatezza in termini preventivi, così come avviene nel suicidio e le sue fasi. Non avviene il tutto, quindi, come un fulmine a ciel sereno; è possibile intervenire e ridurre e ridurre il numero di possibili suicidi e omicidi.

Qual è l'atteggiamento che si mette in atto dinanzi ad un soggetto affetto da patologia mentale caratterizzato da aggressività?

Se si è uno psichiatra non lo si considera di propria competenza, lo stesso se si è uno psicologo, un assistente sociale o ancor di più un volontario.

La prima tappa nell'intervento con il soggetto con patologia psichiatrica e aggressività è quello di cercare di capire e fare una corretta diagnosi. Se si riprende il caso pratico dell'omicidio passionale, dire che l'uomo era depresso equivale a non dire nulla.

La depressione è uno dei venti, trenta fattori che possono partecipare alla messa in atto di un comportamento violento su sé stesso o sugli altri. Dinanzi ad un atto suicidario, infatti sarebbe opportuno affermare che il soggetto non si è tolto la vita solo perché depresso, ma anche perché impulsivo, irritabile, ... non tutti i depressi si uccidono. Esistono ben 196 tipologie differenti di depressione.

Con tale termine, quindi, si indica una diagnosi generica, che non basta, in quanto si richiede qualcosa di più preciso, di dimensionale. Il professor Serafini nella sua precedente relazione ha affermato che "il suicidio è una particolare dimensione", qual è quindi nell'aggressività?

Inoltre non basta comprendere solo le dimensioni particolari, ma anche la psichiatria dinamica, capire il perché ha messo in atto un comportamento simile

La risposta tipica di chi uccide in un omicidio passionale è "perché l'amavo". La psichiatria dinamica mette in luce, quindi, come queste persone ragionano, nel rapporto con la propria compagna, secondo il principio "sei mia e di nessuno". Una dinamica caratterizzata da un amore ossessivo, del tutto.

Il messaggio che si intende trasmettere con questa relazione è che la messa in atto di un omicidio non necessariamente è connesso alla presenza di una patologia psichiatrica, ma è opportuno comprendere l'origine della violenza. A seconda dell'ambito di riferimento ognuno darà una spiegazione differente, che si tratti di un politico, o di uno psicologo, o di uno psichiatra. È come se la violenza dovesse avere una sua psicopatologia particolare.

Patologia mentale e violenza sono quindi due concetti differenti.

Dinanzi a colui che ha ucciso la propria compagna è importante capire l'origine del tutto. Può nascere dal fatto sostanziale che si può non avere una buona opinione di sé, che si è un narcisista.

Si può, in maniera molto semplificativa, suddividere il narcisismo in tre parti: un narcisismo sano, quello presente nella maggior parte della gente comune, che si identifica con il volersi bene per come si è, un narcisismo patologico, che lo si individua in chi pensa di essere come Jorge Cloney, o di essere tale e quale a lui, quando si crede di essere, proprio come si vorrebbe essere. È chiaro che

in quest'ultimo caso, si va incontro ad un sacco di frustrazioni. Terzo narcisismo è il narcisismo maligno.

In quest'ultimo caso, la persona tende ad arrabbiarsi, a diventare aggressiva nel momento in cui gli altri non accettano ciò che lui dice.

Allora attenzione il narcisismo sano, quello che abbiamo tutti noi è quando uno si vuole bene e uno si deve voler bene ma si vede com'è, quando uno si vede come vorrebbe essere è narcisismo patologico, ma ceto che a me piacerebbe essere James Cloney e come no, bello, intelligente pieno di soldi e un sacco di successo, ma non lo sono.

Ciò che è importante sottolineare quando si esaminiamo questa tipologia di persone, questi grandi drammi profondi, drammi umani del suicidio, della violenza verso se stessi e verso gli altri ci si renda conto anche delle proprie emozioni. Non si può esaminare chi vuole mettere in atto agiti auto o etero diretti se non si è preparati, se non si ha dimestichezza con l'argomento, ma soprattutto con i propri sentimenti. Per riuscire a vedere i problemi degli altri, non bisogna essere ottenebrati dai propri, altrimenti si rischia di fungere da proiettori. È necessario essere strumenti e soprattutto strumenti funzionanti.

Se si considerano gli omicidi, sono soprattutto coloro che vengono definiti normali a metterli in atto, coloro i quali, cioè non vengono riconosciuti affetti da patologia psichica. È bene sottolineare, però che questa gente, inevitabilmente, deve essere responsabilizzata in relazione all'azione messa in atto. C'è un trascinarsi di tutte le persone sulla normalità e con questo concludo Grazie.

# LA VALUTAZIONE DELLA PSICOPATIA CON LA T.C.M.R

*Vincenzo Caretti*

Buongiorno a tutti. Sono molto lieto di essere qui con voi, ringrazio gli organizzatori di questo convegno, perché mi danno la possibilità di presentare nuovi strumenti da poter utilizzare in ambito peritale, criminologico, clinico, che consentono di introdurre costrutti decisivi, quale quello di psicopatologia..

Chi sono gli psicopatici? Gli psicopatici sono coloro i quali sono stati definiti dal professor Nivoli gli antisociali furbi, sono soggetti fortemente accumulati ai soggetti antisociali, ma dai quali si differenziano per alcune caratteristiche peculiari. Innanzi tutto per una freddezza emotiva, in secondo luogo perché sono abili manipolatori, intelligenti, la loro intelligenza è finalizzata allo sfruttamento ed alla manipolazione degli altri e, soprattutto, non presentano segni di sofferenza psichica, sono assolutamente asintonici. Sono accumulati agli antisociali ma si differenziano da questi per tutta una serie di caratteristiche.

Una definizione di psicopatologia è stata fornita da Reid Meloy nel testo "The psychopathic mind" che non è ancora tradotta in italiano. Definisce la psicopatologia un disturbo deviante dello sviluppo, avente a che fare, quindi, con gli aspetti evolutivi, con l'ambiente e con la dimensione della relazione primaria, con gli ambienti familiari, caratterizzata da una condizione di aggressività istintuale e dalla incapacità di stringere una relazione oggettiva basata sulla reciprocità e sulla corrispondenza delle comuni emozioni.

La psicopatologia è un processo, è un working process che nasce ovviamente insieme all'individuo, all'interno delle condizioni ambientali, che incontra una continua interazione di fattori emotivi e comportamentali che si evolvono implicitamente nella direzione di un particolare punto di arrivo, la perdita definitiva del sentimento umano, di essere nel mondo degli umani.

Chi sono gli psicopatici? Per farvi comprendere chi sono gli psicopatici vi faccio vedere due brevi clip di un soggetto psicopatico che è stato appunto testato con la P.C.L.R.. Lo si potrebbe definire il più grande pedofilo italiano, si chiama Roberto Marino. Aveva costruito una rete di pedofili, ha avuto il beneficio, lo sconto di pena e ha reiterato nuovamente il suo crimine e in questo momento si trova appunto in un istituto carcerario italiano.

La visione delle due clip aiuta a comprendere la dimensione dello psicopatico. Nella prima il protagonista racconta come manipola una bambina di cui aveva abusato mettendola in conflitto, in contraddizione. Da notare l'autocompiacimento nel momento in cui racconta la manipolazione della

minore quando si era decisa a denunciarlo. Lo psicopatico utilizza come elemento manipolativo il padre, che era stato colui che gli aveva dato la disponibilità di poter abusare della figlia. Nella seconda clip, sono pochi minuti, racconta il suo abuso, quando è stato abusato. Da notare l'assoluta freddezza con cui espone il racconto. Viene abusato da un seminarista, cacciato successivamente dal seminario. Questo è Roberto Marino.

Seguono i filmati. Filmati di Vincenzo Caretti. (audio non comprensibile)

Chi sono gli psicopatici?

Il costrutto di psicopatia è assolutamente decisivo in ambito criminologico ed è stato messo in evidenza intorno all'anno 1976 da Cleckley, che ha scritto un volume, "The mask of sanity", *la maschera della salute*, a disposizione di tutti i ricercatori e studiosi. Cleckley è stato il maestro di Robert Hare, il più grande luminare al mondo che si è occupato di psicopatia, i suoi studi rappresentano un punto miliare nella ricerca criminologica mondiale. A lui si deve la costruzione della check list "Hare Psychopathy Checklist".

Robert Hare ha contribuito alla nostra formazione, si è recato a Roma ed ha formato un gruppo di psicologi dei reparti investigativi dei Carabinieri, una serie di criminologi italiani, ed un gruppo di ricerca di Palermo, che fa capo alla mia cattedra con lo scopo di validare la P.C.L.R.

La validazione di tale strumento ha previsto una ricerca complessa della durata di ben cinque anni di lavoro. È stato necessario il permesso dell'amministrazione penitenziaria per testare 200 soggetti, diventati in seguito 139 per tutta una serie di problematiche di carattere statistico; 139 condannati, dal momento che in Italia non è possibile fare ricerche psicologiche, a meno che non venga richiesta una perizia da parte del Magistrato o dell'Avvocato. Tali soggetti erano condannati per pluri omicidio, violenza sessuale e pedofilia, quindi altamente violenti, verso i quali ho provato un sentimento di profonda gratitudine, perché si sono sottoposti spontaneamente a questa ricerca; nessuno è stato obbligato, ma hanno espresso spontaneamente il loro consenso.

Gli psicopatici sono solitamente accumulati agli antisociali, ma si differenziano da questi per alcune condizioni specifiche. Innanzi tutto il disturbo antisociale è caratterizzato dal fallimento dell'uniformarsi alle norme sociali, la tendenza alla manipolazione e l'impulsività.

La caratteristica dell'impulsività nell'antisociale è di essere manifesta; salendo in metropolitana, per esempio, un soggetto antisociale lo si riconosce proprio nella postura, nel modo in cui si comporta.

L'impulsività dello psicopatico, invece, è completamente diversa; egli congela i suoi impulsi, non li mette in atto. In tal senso una spiegazione è stata anche fornita dal punto di vista neurobiologico, dove si è evidenziato come alla base di certi soggetti, in particolar modo di quelli violenti, psicopatici, vi sono situazioni traumatiche che hanno portato il bambino a non poter utilizzare il sistema attacco e fuga, comportando così un'immobilizzazione, un rimanere in silenzio

completamente congelato, ma pronto ad esplodere nell'azione motoria quando le circostanze diventano favorevoli. Il soggetto è congelato, non mette in atto i suoi impulsi, l'impulsività nello psicopatico non è visibile, a meno che non ci si trova nell'ambito delle sue esigenze appunto di sfruttare, di manipolare.

L'altra caratteristica degli psicopatici è il possedere un'intelligenza finalizzata alla manipolazione, caratteristica sulla quale i ricercatori stanno concentrando, in tutto il mondo, i loro studi. Si tratta della "panicshement insensitivity", cioè l'insensibilità alla punizione, il che implica una serie di condizioni sia dal punto di vista clinico che tratta mentale. La psicopatologia rappresenta una condizione del narcisismo maligno che certamente si differenzia sia dal borderline, ma anche dai soggetti antisociali.

Secondo Robert Hare, è possibile distinguere tra gli psicopatici primari, ossia i veri psicopatici, che non sono né violenti né estremamente distruttivi, ma sono socievoli, affascinanti verbalmente, esperti e si presentano dunque come individui calmi e padroni di sé stessi, ma di fatto sono crudeli, manipolativi, egoisti e menzogneri, sono ottimi attori e riescono a suscitare emozioni nei loro interlocutori senza però provarne alcuna nei loro riguardi.

In merito, in conclusione di questo intervento, mostrerò altre due clip di Angelo Izzo, l'omicida del Circeo, al quale ho avuto la fortuna di somministrare la P.C.L.R. nel carcere di Velletri. Il protagonista racconterà l'omicidio del Circeo come se fosse una bravata, come se fosse veramente una grande festa e questo è il tipico atteggiamento che rientra nella definizione del grande psicopatologo Kurt Schneider che nel 1930 definì questo tipo di psicopatico iperchimico, colui cioè che appunto ti racconta la bravata, la festa.

Gli psicopatici secondari, invece, sono quelli che hanno severi problemi emozionali e la loro delinquenza viene attribuita all'isolamento sociale che li caratterizza.

Quando si pensa alla psicopatologia non bisogna ridurla solo alla messa in atto di comportamenti delinquenziali, essa è un costrutto dimensionale; ci sono psicopatici perfettamente adattati nell'ambiente circostante. Nell'ultimo libro di Robert Hare, dal titolo "Sveching source" cioè "Serpenti col vestito buono" si parla di psicopatici col colletto bianco. Recentemente è uscita una bellissima ricerca realizzata tra gli operatori di borsa in Svizzera che ha evidenziato la presenza di un elevato numero di psicopatici che sfruttano, manipolano, utilizzano il denaro altrui, lo perdono senza provare nessun rimorso. Tale ricerca è stata pubblicata 15 giorni fa sul Corriere della Sera.

La psicopatologia è una dimensione, ci sono psicopatici adattati con una doppia vita, con comportamenti illegali. Si è soliti vedere gli psicopatici soltanto negli istituti carcerari, ma nessuno di loro andrà di sua sponte dallo psichiatra oppure dal terapeuta, dal momento che è ego sintonico; a differenza dell'antisociale, non presenta segni di sofferenza psichica, è completamente adattato,

controllante, ipercontrollante. Dati di ricerca mondiale, con riconferma anche in Italia indicano che il 16% della popolazione carceraria sono psicopatici.

Pochi giorni fa ho avuto il piacere di presentare la P.C.L.R., questo nuovo strumento, al presidente del tribunale di sorveglianza di Roma e lo presenterò anche al Consiglio Superiore della Magistratura. Quando, infatti, il Magistrato di sorveglianza dovrà decidere, in un prossimo futuro, se un soggetto potrà accedere ad uno sconto, ad un beneficio di pena, la P.C.L.R. costituirà il criterio “Gold Standard”, a livello mondiale, relativamente alla valutazione del rischio di recidiva e di pericolosità sociale, funzionando meglio della MPI 2, che serve appunto a valutare, dal punto di vista peritale, il grado di pericolosità sociale di questi soggetti, nonché alcuni loro aspetti.

Elementi chiave da un punto di vista neurobiologico, per esempio, è sapere che gli psicopatici, di fronte ad immagini violente, non reagiscono, non provano emozioni. Evidenze di ciò si hanno anche dal punto di vista biologico. L'attività cerebrale relativa alla visione di immagini violente è concentrata nel sistema limbico.

La corteccia orbitale, che consente di empatizzare, definita il cervello morale, nel soggetto psicopatico la si può considerare assente, inattiva. Queste alterazioni dal punto di vista neurobiologico non implicano l'incapacità di intendere e di volere.

La P.C.L.R. è basata su due fattori, il primo è quello affettivo e imperfezionale, che caratterizzano la condizione psicopatica, il secondo riguarda lo stile di vita antisociale e serve proprio a differenziare il soggetto antisociale dallo psicopatico. È basata su 20 item, ad ognuno è possibile attribuire un punteggio pari a 1 o 2 per un massimo di 40. Uno scoring superiore a 25 da una valutazione di psicopatia.

La P.C.L.R. è un'intervista semistrutturata, un'intervista clinica che, attraverso alcune domande, che devono essere eseguite pedissequamente, deve esplorare 20 aree quali la loquacità, il fascino superficiale, in quanto gli psicopatici sono dei grandi parlatori, manipolatori, affascinanti, ma quando li si conosce, nella realtà, sono noiosissimi. Fascino superficiale proprio perché al di là dell'apparenza vi è una propensione alla noia e un bisogno di stimoli. Non di rado gli psicopatici utilizzano sostanze, hanno problematiche legate al gioco d'azzardo o legate ad addiction di tipo sessuale, come nel caso dei pedofili caratterizzati dalla menzogna patologica, dall'impostura, dalla manipolazione, dall'assenza di rimorso, dall'affettività superficiale, dall'insensibilità, dalla mancanza di empatia, ...

È questa la struttura fattoriale della P.C.L.R., i vari item che devono essere esplorati, così come la devianza sociale, gli aspetti dello stile di vita e della antisocialità.

Per validazione italiana della P.C.L.R. sono stati considerati 139 soggetti di sesso maschile e 23 di sesso femminile, 104 sono stati contattati negli istituti carcerari e 35 casi all'interno dell'O.P.G. di

Castiglione delle Stiviere e dell'O.P.G. di Reggio Emilia. Molti di questi erano coloro i quali vengono definiti dalla cronaca *madri assassine*, considerate incapaci di intendere e di volere al momento del fatto, ma perfettamente capaci di sostenere e rispondere ad un'intervista nel momento in cui è stata somministrata la P.C.L.R.

È stato realizzato uno studio di validità concorrente fra la P.C.L.R. e la MPI 2, dal quale è emerso che il primo strumento predice il rischio clinico della pericolosità sociale meglio del secondo.

L'adattamento italiano della P.C.L.R. è stato curato dal sottoscritto e da Giorgio e Stefano Mangi colonnello dei RIS e da Laura Siragusa, mia allieva qui a Palermo, ad oggi responsabile del settore di psicologia dei RIS e infine il professore Adriano Schimmenti, metodologo adesso professore ad Enna.

Ogni soggetto, dei 139 è stato testato per ben 8 ore, 4 al giorno. Sono state realizzate 139 perizie. Durante il primo giorno veniva somministrata la P.C.L.R., il secondo si utilizzava invece la MPI2, test sul trauma, sulla dissociazione, sulla rabbia. Tutti i dati a disposizione vengono elaborati relativamente ai fattori di rischio per la psicopatia.

Alcuni dati preliminari: 22 soggetti dei 139, di età compresa fra i 16 e i 60 anni, tutti i detenuti per crimini, 14 assassini, 4 stupratori e 4 pedofili. Alla P.C.L.R. i soggetti di questo gruppo hanno ottenuto un punteggio medio di 19.5, otto di loro hanno mostrato un punteggio superiore a 24 e come tali sono stati definiti ad alto rischio di psicopatia, comprendenti 5 assassini, 1 stupratore e 2 pedofili.

La P.C.L.R. individua valori elevati nell'abuso sessuale infantile, nel quale bisogna avere una freddezza emotiva, incapacità dal punto di vista empatico e relazionale.

Alta anche la presenza di traumi ed il livello di dissociazione, condizione di impulsività e di rabbia. La MPI2 evidenzia negli psicopatici alti livelli di ipocondria, non si ha la mentalizzazione delle emozioni, e si manifestano una serie di condizioni di alterazioni dismorfobiche. Tali dati possono essere utili da un punto di vista tratta mentale; al momento, infatti, non esiste un protocollo per la cura ed il trattamento degli psicopatici, che non sono per niente facili da trattare.

Dalla ricerca emerge, anche che analizzando la relazione tra la presenza di traumi infantili precoci e la psicopatia, si rileva un maggior numero di esperienze traumatiche nei soggetti ad alto rischio, misurate con il "TEK", uno strumento che elenca 29 tipi di trauma.

Che cosa si può dedurre da questi risultati? Se un soggetto è positivo alla P.C.L.R. certamente è opportuno valutare quali situazioni traumatiche possono essere intervenute nel periodo dell'infanzia.

Una caratteristica che ha colpito nell'intervistare alcuni famosi psicopatici, Izzo, Marco Bergamo, Luca Vecchino, è l'assoluta vulnerabilità all'umiliazione. Sono soggetti che, propria a causa di situazioni traumatiche molto precoci, sono estremamente sensibili all'umiliazione.

Marco Bergamo è stato un serial Killer che negli anni '90 ha ucciso una bambina di 12 anni e 4 prostitute. La sua intervista è stata interessantissima proprio per gli approfondimenti di carattere psico patologico, ed in conclusione, l' ho ringraziato per la sua collaborazione, dicendo anche:” Bergamo domani verrà una mia collaboratrice per somministrarle la MPI2”. Lui ha risposto con una bella risata e ha detto: “ Senta professore io l'ho già fatta la MPI2 con un professore, uno di quelli che va a Porta a Porta, la famosa trasmissione, e quando mi ha somministrato la MPI2 io ho cercato di strangolarlo”.

Ho compreso subito la motivazione del gesto. Molto probabilmente chi ha somministrato precedentemente il test ha utilizzato frase del tipo: “Bergamo fammi la MPI2”, un gesto così banale che ha messo immediatamente in moto quella vulnerabilità all'umiliazione, che ha fatto scattare il comportamento aggressivo

Adesso vedremo una clip Angelo Izzo in cui racconta l'omicidio del Circeo, da notare lo psicopatico iperchimico.

... Segue filmato...

Come accennato racconta l'omicidio del Circeo come se fosse una bravata, tipico dello psicopatico iperchimico, così come descritto negli anni' 30 da Scheneider. Grazie per l'attenzione.

# PATTERN PSICOPATOLOGICO DI GIOVANI ABUSANTI: UNA RICERCA SUI CASI TRATTATI NEL DISTRETTO GIUDIZIARIO IN SICILIA OCCIDENTALE

*Antonio Francomano*

Vi ringrazio per avermi concesso di anticipare il mio intervento. Per motivi indipendenti dalla mia volontà nel pomeriggio non potrò essere presente, cercherò di condensare comunque il mio intervento nel tempo di un quarto d'ora onde evitare che ne abbiano troppo a patire le relazioni che seguiranno.

Mi preme cominciare cercando di trasmettervi il senso della ricerca che vi presentiamo in questa occasione.

Nasce da quasi vent'anni di attività peritale e di consulenza tecnica presso il tribunale per i minori di Palermo. Con la collaborazione dei colleghi di medicina legale si è voluta effettuare una valutazione sulla casistica a disposizione rispetto ai fascicoli trattati in relazione all'abuso sessuale negli anni che vanno dal 2005 al 2009. Sono stati raccolti, quindi, 70 fascicoli sui quali si è intervenuti.

Qual è l'assunto? È che l'intervento peritale costituisce una dimensione ed un'esperienza significativa ed importante per il clinico e per lo psichiatra forense; il carico diagnostico e valutativo si accompagna alla necessità di dare delle indicazioni all'utenza giuridica, che in generale potrebbe essere non solamente orientata in termine sanzionatorio. A maggior ragione, in un contesto minorile, in cui gli interventi vengono messi in atto per i minorenni, il percorso valutativo assume un significato importante, in quanto prevede il computo elaborativo di una serie di dati. L'iter processuale non è così breve, quindi i fascicoli che vengono esaminati sono molto corposi, costituiti anche da relazioni osservative di effetti istituzionali che hanno permesso e consentito un'osservazione del giovane abusante.

La valutazione clinica, quando presente in tutti i fascicoli, permette di evidenziare un'indagine peritale e aspetti psicopatologici. L'assunto da individuare tra i giovani abusanti è che la presenza o il sortire di pattern psicopatologici proprio nell'età giovanile ed adolescenziale può costituire un'indicazione importante di strategie, di trattamento di carattere psicologico e farmaco terapeutico.

La dottoressa Fucà darà ora maggiori dettagli sulle metodologie che abbiamo seguito per la realizzazione della nostra ricerca.

## **Laura Fucà**

Buongiorno a tutti. In modo abbastanza rapido presenterò le caratteristiche metodologiche del lavoro che abbiamo svolto attraverso la consultazione dei fascicoli messi a disposizione dal Tribunale per i Minorenni di Palermo, che avevano come capo di imputazione l'art. 609 bis, relativo a minori abusanti nel periodo compreso tra il 2005 e il 2009.

Come accennato dal professore Francomano l'attenzione è stata focalizzata sulla rivelazione di elementi di natura di matrice psicopatologica, attraverso l'utilizzo di consulenze tecniche ed eventuali relazioni osservazionali. In modo particolare si è valutato se e in che misura venivano posti in essere interventi sia di supporto, sia di rilevamento riabilitativi sull'abusante stesso.

Abbiamo elaborato una scheda di rivelazione dati che è stata suddivisa in diversi sottomoduli, al fine di rilevare degli elementi sia di significato psichiatrico sia psicologico. Difatti, oltre al modulo socio anagrafico, del quale adesso darò una descrizione, e che prevede una valutazione proprio degli elementi di natura anagrafica degli abusanti ed una verifica medico legale, che consente di registrare tutta una serie di dati relativi alla cronologia processuale, quale l'anno della messa in atto del reato, o l'apertura e chiusura del procedimento giudiziario, consentendo un'osservazione longitudinale degli abusanti, sono stati individuati un modulo psichiatrico ed uno psicologico.

Il modulo socio anagrafico valuta tutta una serie di aspetti legati ad elementi più banali quali il sesso, l'età ed elementi relativi ai procedimenti giudiziari precedenti al reato di abuso, all'eventuale coinvolgimento dell'attività di socializzazione, al livello di scolarizzazione per poi, in maniera più specifica, addentrarsi nell'ambito della medicina legale dalla quale si rilevano una serie di informazioni connesse al reato commesso, alla sua tipologia, a caratteristiche proprie della vittima (età, sesso, rapporto di parentela con il genere abusante, ...)

Si tratta di una descrizione riduttiva del modulo socio anagrafico, nel quale preme focalizzare l'attenzione su aspetti relativi alla condizione lavorativa, ai servizi attivati in un periodo precedente al reato, per poi spostarsi agli elementi chiave del modulo medico legale, che si concentra, principalmente, sulla valutazione della tipologia del rapporto, dell'eventuale intervallo fra l'abuso e la denuncia, dell'esame clinico e della motivazione, nonché valutazioni legate al tipo di reato ed alla modalità con cui questo è avvenuto.

Per quanto riguarda invece gli aspetti psichiatrici si è cercato di raccogliere elementi in due tempi differenti: un tempo definito "T zero", ossia un periodo di valutazione antecedente al reato commesso dal minore, ed un tempo successivo. Questo al fine di valutare l'eventuale presenza di differenze in termini valutativi del soggetto abusante. Per quanto riguarda gli aspetti psichiatrici, ovviamente ci si è avvalsi delle consulenze tecniche e delle relazioni che sono state stilate nel corso

del tempo dagli operatori di comunità, tenendo conto del fatto che alcuni soggetti risiedevano già nelle strutture protette.

Il modulo psicologico, invece, laddove è stato possibile, ha cercato di tenere conto sia del funzionamento della personalità, sia delle relazioni affettive dell'abusante, intendendo come tali sia quelle con le figure genitoriali che con i pari, l'eventuale capacità di gestione degli impulsi e la presenza di progettualità. Infine sono stati registrati anche possibili elementi significativi quali lutti, separazioni, insuccessi scolastici o conflitti intra-familiari.

La scheda di valutazione, nella sua completezza, prevede anche una parte anamnestica, relativa ad eventuale presenza di malattia psichiatrica presente nel soggetto o nel genitore, si valuta quindi se gli abusanti o i loro parenti o familiari avessero una pregressa diagnosi psichiatrica. Si è quindi tenuto conto della scheda clinica ponendo l'attenzione soprattutto sui disturbi dello sviluppo.

Per trattare dei risultati emersi dal lavoro, restituisco la parola al professore Francomano.

## **Antonio Francomano**

L'impianto di ricerca appena descritto ha permesso di ottenere i seguenti risultati: il cantiere prevedeva una prevalenza di soggetti di sesso maschile, dei quali, nonostante distretto giudiziario di riferimento ed il Tribunale di Palermo estendono le loro competenze anche alla provincia di Trapani e di Agrigento, la maggior parte apparteneva alla provincia palermitana. La scolarizzazione, in relazione anche all'età, era la media inferiore, e, relativamente all'attività lavorativa, vi era una relativa equipartizione tra studenti disoccupati e lavoratori con carattere di precarietà.

Si è cercato di rilevare il coinvolgimento in attività extra scolastiche ed è emerso che solamente 15 soggetti partecipavano ad attività gruppali, quali gruppi religiosi o sportivi. I nuclei familiari erano costituiti da 4 o 5 persone il cui livello di scolarizzazione era generalmente media inferiore.

12 soggetti su 67 avevano già dei precedenti giudiziari per rissa, furto, danni contro il patrimonio o anche per violenza sessuale; 7 sono stati identificati, confermando la teoria dell'abusante come vittima a sua volta di un episodio di abuso; 4 le vittime di maltrattamenti non a fondo sessuale.

In 58 casi il destinatario dell'abuso interessa un membro extra familiare, in 9 membri del gruppo familiare; l'età media del destinatario dell'abuso era di 13 anni; 47 casi di abuso erano occasionali, 20 i continuativi; in 41 procedimenti è stata rilevata la partecipazione di terzi al reato, di cui, in 9 il soggetto terzo presentava un legame di parentela con l'abusante, mentre in 32 casi non si è rilevato alcun legame familiare; per 26 casi non è stata rilevata la partecipazione di terzi.

In merito alla premeditazione dell'accaduto, all'eventuale pianificazione, in 55 casi è stato possibile rintracciare le modalità di abuso in termini di tempo, di luogo, di vittime e di mezzi con cui

adescarle; In 12 casi non sembravano esserci invece indicatori specifici di anticipata e chiara premeditazione.

Relativamente alla reazione del soggetto rispetto al reato, la maggioranza degli imputati mostrava una tendenza allo spostamento della responsabilità sulla vittima, 7 soggetti spostavano la responsabilità su altri abusanti, in caso di abusi di gruppo, 4, invece, pur ammettendo la propria responsabilità, accusavano la vittima di avere esagerato.

In anamnesi per 11 casi è stata rilevata una positività alle problematiche psicopatologiche, che comportavano una riduzione delle funzioni cognitive, dell'attenzione in modo particolare, sono state rintracciate tracce di abuso di alcool, di epilessia, di dis-controllo degli impulsi, depressione post partum, disturbi di personalità, tentativi di suicidio.

In epoca antecedente al reato sessuale 8 soggetti avevano già avuto contatti con i servizi di neuropsichiatria infantile, 2 soggetti avevano avuto un ricovero ospedaliero, 5 erano transitati in comunità di accoglienza per minori e, per altri, sono state ritrovate documentazioni di psicoterapia individuale, in 4 casi uso di benzodiazepine, di barbiturici, di farmaci epilettici e, per coloro i quali mostravano deficit cognitivi, erano stati somministrati batterie di test di livello particolare .

Quindi, in considerazione del tempo zero, dei 12 soggetti per i quali era stato predisposta un'indagine peritale, di consulenza, solamente 5 evidenziavano delle problematiche di disturbo cognitivo di varia entità, per 3 soggetti non si arrivava ad una conclusione diagnostica essendo genericamente relazionata una tendenza di isolamento o atti di vandalismo.

Durante il procedimento giudiziario, che prevede comunque tempi non brevi, sono stati documentati, per 2 soggetti, tentativi di suicidio, 4 sono fuggiti dalla comunità, in 1 caso una registrazione di interruzione del trattamento di farmacoterapia, per un altro, invece, l'assunzione di una terapia con farmaci neurolettici; per 14 soggetti vi era un riscontro di psicoterapia individuale e per 22 si erano attivati contatti con la neuropsichiatria infantile, o, comunque con strutture socio sanitarie o comunità del Centro Goian dei servizi sociali.

La valutazione finale, al tempo uno, soprattutto per coloro ai quali era stata somministrata una batteria di indagine testo logica, consentiva di una variazione delle diagnosi, rispetto a quelle evidenziate al tempo zero. Al di là, infatti, dei deficit cognitivi variamente rimodulati, nelle valutazioni sanitarie o peritali in seconda battuta emergevano con maggiore precisione i disturbi del cluster "B", indicazioni per disturbi degli impulsi di controllo emozionale affettivo. Si tratta di una definizione che è stata coniata in relazione a questa indagine peritale. È stata spesso rilevata, infatti, un'organizzazione di tipo passivo aggressivo di personalità. Il tema del controllo di impulsi aveva una sua evidenza sia dal punto di vista osservazionale che clinico per cui, per 25 soggetti, venivano descritti manifestazioni comportamentali e motorie che, in qualche modo, riconducevano a questa

area di disfunzionalità psichica, per 23 venivano rilevate manifestazioni impulsive senza pianificazione, per 18 un'impulsività prevalentemente registrabile sull'area dei fattori della cognizione, per 12 erano registrati acting out aggressivi, 15 evidenziavano acting out solamente verbali.

La scheda di registrazione psicologica ha consentito, relativamente ai sentimenti espressi dall'abusante in relazione alla vittima, di evidenziare in 27 soggetti un'incidenza di sentimenti e di reattività, quindi rabbia o scotomizzazioni, solamente 9, invece, registravano sensi di pentimento, di preoccupazione o di vergogna; in termini di dimensionalità, l'aspetto impulsivo era prevalente su quello che genericamente lo si può individuare come indicatori della dimensione depressiva.

Rispetto alle modalità di gestione del reato e dell'iter giudiziario, 19 soggetti permettevano di rilevare intolleranza che portava a manifestazioni di isolamento, di aggressività, di scarsa adesione ai progetti e alle proposte che nel contempo venivano effettuate, 13 soggetti hanno invece ricercato un supporto emotivo, 51 non hanno richiesto supporto, per 19 si registravano invece aspetti di ambivalenza.

In merito alla dimensione relazionale, in 25 casi si è registrata una tendenza all'isolamento, in 22 disagio scolastico e gli eventi vitali manifestavano l'esposizione ad eventi traumatici come episodi di perdite di figure significative, in 9 casi gravi difficoltà economiche e di marginalità sociale, 8 casi di gravi conflittualità all'interno dei nuclei familiari.

Rispetto poi ad una potenziale disponibilità per percorsi che potessero essere non solamente di generico recupero o di risocializzazione è emerso che per 53 casi non vi erano indicazioni precise, solo per 5 soggetti si evidenziava la presenza di una valida progettualità, una preoccupazione per l'autostima, per il proprio orientamento sessuale, aspetti sui quali interventi di carattere supportivo e psicoterapici avrebbero potuto sicuramente e validamente strutturarsi.

In conclusione, il 16% degli autori di reato del campione investigato, presentava una storia di vittime di abuso. Una piccola percentuale di giovani è stata sottoposta ad accertamenti di natura psicologia e psichiatrica. L'attivazione di tale procedura, della perizia, è conseguente, solitamente, alla rilevanza di disturbi della cognitività o in presenza di anomalie comportamentali.

Sono state rilevate problematiche connesse all'impulsività o gravi problemi disadattativi.

Spesso i percorsi previsti per casi simili prevedono il provvedimento della messa a prova che, nella gran parte dei casi, comporta percorsi di generica rieducazione in cui risultano preminenti interventi di carattere pedagogico o socializzanti, in assenza di un definito e strutturato progetto personalizzato, senza un intervento centrato sul soggetto e frutto di una forte integrazione della multidisciplinarietà delle figure professionali, così come avviene nei contesti riabilitativi.

Gli interventi che vengono quindi effettuati sono in genere chiamati interventi di counseling o terapie farmacologiche finalizzate a silenziare la sintomatologia per ridurre gli effetti più scandalosi delle manifestazioni comportamentali. Non vi è, quindi, la possibilità di interfacciare un programma riabilitativo individualizzato anche a causa di una carente fase di indagine, di valutazione dei dati, di presupposti su cui poter costruire una progettualità.

È questo il tema più generale che vede noi psichiatri muoverci in questa fascia dell'età dell'adolescenza, dei giovani adulti, sia sul piano clinico che sul piano terapeutico. Sulla base di questi presupposti, il nostro ruolo, la nostra funzione professionale potrebbe e dovrebbe essere più esaltata in queste circostanze, consentendo di intervenire tempestivamente, utilizzando tutte le possibilità valutative.

Ad oggi la ricerca si sta proiettando verso un tempo due presso il Tribunale Ordinario, relativamente agli abusanti adulti. I fascicoli del Tribunale di Sorveglianza sono estremamente sterili, per quanto riguarda la ricerca, perché privi di tutta quella connotazione osservazionale e psicologica-sociale che i servizi per i minori, invece, possono fornire.

E con questo io ringrazio per l'attenzione.

# RISCHIO AUTO LESIVO E CONDOTTE VIOLENTE NEI CONFLITTI DI COPPIA

*Melita Ricciardi*

Ringrazio tutti per l'invito a partecipare a questo evento, la dottoressa Lo Baido e tutti gli organizzatori. Cercherò di essere più celere possibile. La mia relazione si collega a quelle esposte dal professore Nivoli e dal professore Caretti in quanto affronterò il tema dei conflitti di coppia e rischio di autolesionismo.

Cos'è una coppia? Una diade, la si può considerare, quando i due individui condividono i tre aspetti fondamentali, quello sessuale, emotivo e sociale. Il partner non è colui o colei che ci compensa.

In relazione all'intervento del professore Caretti, sarebbe fondamentale affrontare il tema dei rapporti antisociali psicopatici.

Tempo fa ho dedicato parte del mio tempo nel valutare come, i criteri diagnostici del DSM IV, per la diagnosi di disturbo antisociale, distribuiti secondo un ordine gerarchico, potevano essere collegati a due possibili raggruppamenti, che davano luogo ad un profilo di tipo psicopatico, quindi freddo, con un notevole utilizzo della razionalità ed uno, invece, più sul versante antisociale caldo, quindi con reazioni al cortocircuito, con impulsività espressa nell'immediato.

Di rilievo anche il tema della perdita del sentimento umano, di essere nel mondo, dell'evidenza naturale. Si genera una sorta di condizione e dimensione di distacco e di raffreddamento affettivo.

I soggetti psicopatici hanno una storia naturale caratterizzata da eventi traumatici; spesso sono bambini che sono stati abusati, la configurazione specifica che poi consiste nella difficoltà ad identificarsi con la vittima e difficoltà a rappresentare un super io modulato con sensi di colpa, con una rappresentazione di una condotta morale. Sicuramente i comportamenti messi in atto possono in parte essere associati con un trauma precoce di questo tipo, cioè con la necessità di identificarsi nel persecutore, diventando esso stesso, il bambino abusato, abusatore, mettendo così alle spalle l'esperienza traumatica, come se fosse in un altro luogo, non accessibile alla mente.

La quota psichica correlata all'esperienza affettiva viene dissociata, cioè esclusa definitivamente.

Relativamente alla dimensione della freddezza emotiva e, soprattutto, l'insensibilità al dolore, i soggetti psicopatici sono insensibili alla punizione, ma sono insensibili sia al dolore che loro procurano agli altri, ma anche a quello che possono loro stessi provare. Da un punto di vista neurobiologico sono emerse delle evidenze.

Relativamente alla psicopatologia italiana, le riflessioni che emergono sia considerando il singolo caso, sia la relazione che si può instaurare con questo tipo di soggetti credo portano verso la

necessità di un salto di qualità. È opportuno imparare a saper misurare i costrutti, perché oggi si hanno a disposizione strumenti che consentono di poter fare delle affermazioni, non soltanto sulla base dell'intuizione clinica che rimane comunque elemento fondamentale.

Nella P.C.L.R., per esempio, ho avuto l'intuizione di far scrivere la prefazione al professor Ugo Fornari, al quale son molto grato, per quale motivo?

Fornari nella prefazione del manuale della P.C.L.R. esplicita un concetto basilare.

Egli infatti evidenzia l'importanza dell'utilizzo della P.C.L.R., ma sottolinea la rilevanza della relazione clinica. Nel rapporto con un soggetto psicopatico, per esempio, bisogna essere capaci di stabilire una buona compliance, per poi poter realizzare un'intervista che implica, nell'intervistatore, una regolazione della paura e dell'ansia, dal momento che dinanzi non si hanno soggetti qualsiasi, e poi saper utilizzare delle strumentazioni adeguate.

Quando un Magistrato di sorveglianza domanda esattamente come comportarsi in merito ad un soggetto, se, cioè concedergli uno sconto di pena, l'operazione da mettere in atto deve essere molto cauta. Non si tratta di fare una diagnosi qualsiasi, come ad esempio ossessivo compulsivo, ma si ha a che fare con la vita stessa delle persone. È necessaria quindi una formazione clinica, ma anche dal punto di vista metodologico.

Attualmente stiamo realizzando un'altra ricerca nella quale si utilizza la P.C.L.R. per testare soggetti ad alto rischio di psicopatia e la "adult attachment interview" in modo tale da analizzare l'aspetto evolutivo del singolo, non soltanto evidenziando i traumi, ma valutando proprio l'ambiente del processo di evoluzione.

Nel numero di maggio della rivista *Psychiatry Reserce*, due ricercatori scozzesi hanno descritto una loro ricerca che prevedeva l'incrocio dell'utilizzo della P.C.L.R. e della *Impulsivity Scale* ed hanno evidenziato che i soggetti psicopatici non sono impulsivi. Non si tratta solo di un'intuizione clinica basata appunto su un chilometraggio peritale, in quanto ciò che è stato espresso è stato misurato. È opportuno, quindi, cominciare a saper misurare i costrutti, in quanto, il rischio verso cui si va incontro, è quello di avere delle buona intuizioni, che però rimangono solo come patrimonio del singolo valutatore.

La scienza è democratica, ciò che si realizza a Palermo, lo si può realizzare anche altrove, in Nuova Zelanda. Ha un valore etico, per cui prima di affermare qualcosa, bisogna provare a misurarlo, in modo tale da poterlo replicare ovunque

Centriamo adesso l'attenzione su cos'è una coppia e sul fatto che nella relazione d'amore, in una coppia sana, non si necessita di conferme; non si può amare una persona della quale si è dipendenti. Le disfunzioni, quindi, nascono nel momento in cui i rapporti sono sbilanciati.

Esistono individui che nella loro infanzia non hanno conosciuto l'intimità, hanno avuto come genitori figure fredde che non li hanno coccolati, accarezzati e hanno subito spesso l'indifferenza e la svalutazione. Questa mancanza di rinforzi sul comportamento, a lungo andare, invalida l'identità, impedendo a queste persone di entrare in contatto con le loro emozioni.

Un individuo, senza un contatto con il proprio rimosso, difficilmente potrà dedicare amore ed attenzione ad un'altra persona.

Vi sono poi le donne che amano troppo; semmai vi è capitato di essere ossessionate da un uomo, forse vi è venuto il sospetto che alla radice della vostra ossessione non ci fosse l'amore ma la paura. Chi infatti ama in modo ossessivo è colmo di paure, paura di restare sola, di non essere degna di amore, di considerazione, di essere ignorata, abbandonata o annichilita. Si offre il proprio amore con la speranza assurda che l'uomo dell'ossessione protegga dalle paure, e invece le paure e le ossessioni si approfondiscono, senza offrire amore, nella speranza di essere ricambiate e diventa la costante di tutta la vita, in quanto, non funzionando la strategia, si riprova e si ama ancora di più, si ama troppo.

Nella coppia propende l'attenzione a provocare conflitti quando c'è violenza; la violenza fisica è collegata a quella psicologica in quanto nella vittima è già presente un costante stato di umiliazione e qualsiasi comportamento diventa un pretesto per legittimare la lite. Maggiori reazioni sono la svalorizzazione del se, la perdita di autostima, il sentimento di inadeguatezza, insicurezza, vergogna rispetto a qualsiasi cosa si compia, si pensa o si sente. Talvolta è talmente così grave la violenza psicologica, da far sì che la vittima non capisce che non potrà mai cambiare.

Secondo l' O.M.S. la violenza è l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere minacciato o reale contro se stessi o un'altra persona, contro un gruppo o una comunità, che determina un elevato grado di probabilità di determinare lesioni di morte o danno psicologico, cattivo sviluppo e privazioni. Esistono diversi tipi di violenza, ma parlando di coppia, ci si riferisce a quella intrafamiliare.

La violenza domestica si presenta spesso nella forma di violenza composita in quanto si associano varie tipologie: fisica, psicologica, economica e sessuale. La prima è costituita dal picchiare senza uso di oggetti, spintonare, tirare per i capelli, dare schiaffi, pugni, calci, strangolare; la seconda dal minacciare, insultare, umiliare, attaccare, l'identità e l'autostima, impedire a contrarre le relazioni del partner con gli altri, essere sbattuti fuori di casa, essere rinchiusi in casa; di recente in merito sono state annunciate delle storie di cronaca, nelle quali donne venivano legate in casa e chiuse, in quanto erano presenti situazioni conflittuali legate prettamente a violenza fisica.

Non meno presente è la tipologia economica dove si ha un utilizzo e manipolazione dell'altro per questioni economiche, riuscendo ad obbligare a lasciare il lavoro, impedire di trovarne uno nuovo,

firmare documenti e contrarre debiti. Ed infine la violenza sessuale caratterizzata dal fare battute, prese in giro, telefonate oscene, costrizione a rapporti sessuali non voluti, obbligazione a prendere parte alla costruzione o a vedere materiale pornografico, stuprare, comportamenti sessuali dolorosi, imposizione di gravidanze, costrizione a prostituirsi; si tratta ovviamente di un amore malato ed è una violenza contro il partner che può portare alla morte.

Secondo ricerche di tipo clinico tra le sevizie fisiche e traumi evoluti vanno inclusi ematomi della regione orbitaria, fratture scheletriche, marchi da ferro da stiro, da cinghie, ematomi con ferite lacero contuse e fratture, ustioni, bruciature da sigarette e scottature. Questo è il quadro delle sevizie fisiche e dei traumi che si presenta in una coppia.

Recenti ricerche condotte nei paesi più industrializzati, relativamente alle dinamiche delle violenze da parte del partner, hanno evidenziato come le forme di violenza non siano uguali in tutte le coppie che vivono una situazione di conflitto. Sembrano esistere almeno due modelli: una è una forma di violenza progressiva, anche caratterizzata da molteplici forme di abuso, terrore e minacce, nonché da un atteggiamento possessivo e di controllo sempre maggiore da parte dell'abusante, l'altra è più moderata, all'interno della relazione in cui la frustrazione e la rabbia continua sfociano in un'aggressione fisica. Nelle società più tradizionali, picchiare la moglie è considerato una conseguenza del diritto dell'uomo, così come, ricorrere a punizioni fisiche, fa parte della loro quotidianità.

Tra le situazioni, che si ritiene favoriscono la violenza da parte del partner, si ritrova il disobbedire al marito, rispondere a tono, non preparare il pasto al momento giusto, non occuparsi in modo sufficiente dei figli e della casa, fare domande relative a soldi o amanti, recarsi da qualche parte senza l'autorizzazione del marito, rifiutare le richieste sessuali del marito e sospettare l'infedeltà, sono tutte cause che portano al conflitto nella coppia e quindi ad autorizzare il partner alla violenza. Nel 90% dei casi sono donne a subire, ma come mai non c'è violenza sugli uomini? In tal senso, non si parla più di violenza domestica ma più di mobbing e presenta una serie infinita di definizioni, di sfumature.

Si sta sempre più diffondendo, nella società moderna, rispetto al passato, l'abitudine di mobbizzare ed escludere dalla vita familiare il maschio, che da qualche tempo a questa parte, specie nelle cause di separazione con i figli, è la vittima tra i due componenti. La violenza, quindi, che si trova sull'uomo è legata più ad una problematica con i figli, rispetto al caso in cui, nella coppia, la donna subisce le violenze dell'uomo.

Dati della Polizia di Stato sulla violenza intrafamiliare, quindi omicidi in ambito familiare, mostrano che nel '92 gli omicidi erano 97 su un totale di 1441 con una percentuale, quindi, del 6,7%; nel 2006 sono, invece, 192 su un totale di 221, la percentuale è del 30,9 %, un netto aumento.

Su scala nazionale, invece, nel 2006 gli omicidi in famiglia rappresentano il 30,7%, secondo il Rapporto Eurex, molto simile a quello della Polizia di Stato; 195 casi è il totale nazionale di omicidi al Nord, con il 48,2% delle vittime, al centro il 39%, al Sud il 31,8%. Le vittime sono maggiormente concentrate al Nord rispetto al Sud.

Entrando nell'ambito specifico della coppia e quindi degli omicidi legati ai conflitti educati, il 52,8% dei casi riguarda la coppia affettiva, quindi o ex coniugi o conviventi, invece il 23,6% riguarda la relazione genitori figli, il 68,7% delle vittime sono donne e il 19,5% sono ultrasessantenni.

In riferimento ai dati del 2011 dell' Eurispes, nel biennio 2009 – 2010, relativamente agli omicidi domestici, si ha l'85,6 % nel 2009 e l'84,9 % nel 2010 e su 126 autori di omicidi il 34,1% era un coniuge o convivente, quindi mariti o compagni. Sempre nello stesso periodo le donne che avevano commesso un omicidio erano la maggior parte dei casi madri, nell'8,7% o figlie, 3,2%.

La passività di una donna alla violenza fisica dipende, è condizionata dalla paura di ritorsioni sui figli, la speranza che il marito possa cambiare, nonché una dipendenza affettiva. Tra i fattori che limitano le donne a separarsi da partner violenti vi è anche la mancanza, a volte, di sostegno economico.

Ho seguito una coppia in cui la donna, per ben tre volte, è finita al pronto soccorso. Due soggetti di cultura, l'apparenza fisica a volte non corrisponde con quello che poi in realtà è il comportamento in se, infatti l'uomo aveva, nei confronti della compagna, sistematicamente, un comportamento aggressivo e violento tale da provocare fratture, ecchimosi, anche un danno alla cornea. Dopo varie violenze subite per 10 anni, finalmente decide di fare psicoterapia. Essendo psicoterapeuta nel comportamentale ho lavorato sulla parte della ristrutturazione cognitiva e sui processi comportamentali; queste le parole in merito alle sue sensazioni, tratte dal suo diario:” oggi ho come la sensazione di non sentire il mio corpo, è come se ne dovessi portare addosso il peso, e lo trascino lentamente facendo degli sforzi immani. Ogni gesto, come alzare una mano o pronunciare una parola o solo ascoltare o respirare sembra richiedere energia, stare immobile e ritta fissa nel vuoto, perché neppure gli occhi vogliono muoversi, non ho voglia di percepire stimoli, non sono in grado di sopportarli, guardo le mani che tremano e sento dentro vibrare ogni vertebra ...” - vive nella paura di subire sempre violenza fisica - “.... come se fossero pronte a frantumarsi in mille pezzi. Delle volte in queste occasioni mi distendo e chiudo gli occhi per non pensare a nulla ed aspettare che questo senso di morte passi, non capisco nulla, vorrei solo scomparire, cosa mi è successo? Perché devo soffrire la morte se sono in vita? Perché non posso scrollarmela addosso come si fa di una mollica di pane in un vestito?” – Così ha descritto cosa può provare una donna in una situazione

di questo tipo, con un partner aggressivo e violento come lo era il marito che, apparentemente, tutto gli si poteva dire, tranne che sembrare una persona violenta.

Il fenomeno è universale, le cifre parlano chiaro, tra le donne assassinate in tutto il mondo tra il 35% e il 70% sono uccise dai partner a toni pregressi. Nei paesi islamici si sfiorano le percentuali più alte, in America il 35% delle donne vengono uccise dai loro partner e in Europa si oscilla tra valori del 40 - 50%.

Vi ringrazio tanto dell'attenzione.

# *Relazioni*

## *II Parte*

# GLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEGLI ADOLESCENTI CON COMPORTAMENTI VIOLENTI

*Erica La Cascia*

Buon pomeriggio a tutti. La mattinata è stata molto densa e altrettanto interessante sarà questa sessione pomeridiana. Il mio intervento si discosterà almeno parzialmente rispetto ai contenuti della mattina. Verrà infatti trattata una forma di violenza e di aggressività caratteristica e tipica dell'età adolescenziale, con uno spazio particolare ad una forma di interventi che, allontanandosi un po' dalle tradizionali forme di psicoterapia, trovano particolare humus fertile nell'ambito della cura e della gestione dei comportamenti adolescenziali.

I comportamenti aggressivi nell'infanzia e nell'adolescenza sono in qualche modo parte integrante e tipica dell'evoluzione fisiologica e psicologica di ognuno di noi, tanto che una delle prime questioni da porsi è quale e come possa essere individuato il confine che ci consente di poter parlare di normale aggressività o di una vera e propria violenza, tipica quindi di un'espressione patologica.

Nell'adolescenza, ma anche in età adulta, la violenza non ha un significato univoco. Si è molto oggi discusso delle sue diverse forme, auto diretta, etero diretta, agita da soggetti con disturbi psichiatrici, agita nel senso di patologia mentale, agita nei confronti dei minori, ma anche nei confronti delle donne.

Nell'adolescenza il significato della violenza sicuramente è diverso ed è particolare. Può essere solo espressione, sintomo di patologie in via di evoluzione o espressione di un disagio che non necessariamente andrà a configurarsi in una vera e propria condizione psichiatrica, quindi non andrà ad assumere le caratteristiche di un disturbo psichiatrico futuro. In ogni caso, ciò che è possibile individuare nel gesto violento ed aggressivo dell'adolescente è un aspetto comunicativo e simbolico che dovrebbe essere ascoltato, sottoposto all'attenzione dei genitori, degli insegnanti, e di tutti coloro i quali sono, sia per la formazione, sia per il ruolo che rivestono, ma anche per la propria sensibilità, a contatto con gli adolescenti.

Al di là delle difficoltà di definizione e di inquadramento nosografico, e nonostante anche i tentativi di trovare delle categorie scientifiche ed etiche all'interno delle quali incastrarli ed inserirli, i comportamenti violenti sono estremamente diffusi e costituiscono la principale ragione per cui gli adolescenti arrivano all'attenzione dei servizi. Rappresentano oggi, più che in passato, una significativa preoccupazione sociale, in quanto si identificano comunque con un gesto, spesso reiterato, estremamente diffuso, non più individuabile in determinate categorie sociali e che può

costituire il precursore di quello che sarà un'escalation di violenza con gesti che tenderanno a cronicizzarsi e a reiterarsi.

Ovviamente si tende a cercare comunque una qualche forma di classificazione che ci consenta a volte di usare un linguaggio che sia comprensibile in maniera trasversale. È giusto differenziare un gesto aggressivo, di natura difensiva, con una reazione, se pure mal adattativa, di una provocazione ricevuta, da un'aggressività di natura offensiva che viene manifestata in assenza di provocazione, in assenza di una plausibile spiegazione al perché del gesto. È opportuno ovviamente dare a questo un senso che magari orienta più verso un ambito clinico, oppure ad una forma di aggressività relazionale che in qualche modo viene esperita dagli adolescenti che hanno difficoltà nel rapporto con i pari, di inserimento che poi, a volte, vengono tradotte in atteggiamenti quasi dispotici, quali le varie forme di bullismo.

Parlando di comportamenti violenti ed aggressivi molte sono le condizioni e le espressioni: l'abuso di sostanze, di alcool possono essere esse stesse fonte di gesti aggressivi per via della disinibizione che possono comportare. Le condotte aggressive possono essere dirette verso se stessi in maniera volontaria, quindi con i gesti auto lesivi, ma possono essere anche agiti in maniera involontaria, si pensi alla guida pericolosa, con risvolti di pericolo per la persona e inevitabilmente anche per l'altro; possono essere comportamenti francamente aggressivi nei riguardi dell'altro, il bullismo, le risse sono intese come forme di aggressività passiva rispetto al rifiuto dell'autorità, che possono comportare degli agiti violenti, come il vandalismo, o essere fonte di condotte francamente illegali. Chiaramente si parla di comportamenti che, per quanto abbiano un comune denominatore, possono avere poi in realtà delle condizioni sicuramente differenti che non stanno alla base e quindi dei comportamenti differenti.

Negli ultimi decenni si è cercato molto di studiare i comportamenti violenti in età adolescenziale, cercando di capire quali possono essere i numerosi fattori che stanno alla base di questi, anche perché ciò che si è evidenziato è che maggiore è la precocità e l'entità della violenza agita, minore sarà la possibilità che questa tenderà ad estinguersi. È quindi vero che, riuscendo ad approfondire le motivazioni che vi stanno alla base, si potrà interrompere fin dall'origine un circuito che potrebbe diventare vizioso e tenderà ad autorigenerarsi.

Quando si parla di violenza o di aggressività nei riguardi degli altri si pensa anche a ciò che potrebbe essere considerato una sorta di percorso criminale, che potrebbe dare esito a ciò di cui oggi si è ampiamente discusso. Per potere considerare quando e se questo può configurarsi, ci sono degli elementi che bisogna tenere in considerazione, onde evitare di generalizzare e di enfatizzare fenomeni che invece possono essere ridimensionati e ascoltati ed attenzionati in maniera diversa.

Chiaramente la gravità del comportamento in se dice molto delle condizioni alla base.

Più sono le condizioni che rinforzano il soggetto, di personalità carenti, più grave è il comportamento agito, più facile è che tutto ciò possa determinare un'escalation in termini veri e propri di percorso. Si parla quindi di fattori di vulnerabilità; si è ormai usciti da una logica di causa effetto e, quale che sia la sindrome psichiatrica o la condizione clinica a cui ci si riferisce, si è abituati a pensare che bisogna tenere in considerazione una molteplicità di fattori. Questo vale anche per la spiegazione o il tentativo di comprendere i disturbi legati a condotte aggressive. Sulla base di ciò, alcuni fattori individuali di vulnerabilità sono stati individuati in numerose ricerche. Generalmente si tende a considerare il genere maschile maggiormente esposto rispetto a quello femminile, sebbene dati di cronaca parlino di forma di bullismo eseguiti da donne, crimini realizzati da giovani adolescenti appartenenti al sesso femminile.

Tra i tratti di personalità, ovviamente, la tendenza all'impulsività, l'incapacità di tollerare la frustrazione, l'iperattività, l'instabilità, la fragilità sono tutte caratteristiche che possono essere fisiologiche per l'età vissuta oppure essere propulsori di un disturbo vero e proprio.

Si discute sempre di più del fatto che la violenza viene agita soprattutto in coloro che, in qualche modo, la vivono con facilità, con quotidianità. È quindi chiaro che la presenza di comportamenti violenti in famiglia o fra i pari può determinare, dal punto di vista della strutturazione cognitiva dell'individuo, una tendenza ad attuare comportamenti reputati comunque normali o comuni, privati del loro aspetto patologico.

In termini di elaborazione cognitiva da parte dei giovani, questi sono in piena evoluzione. La capacità di elaborare adeguatamente gli stimoli ambientali non è sempre presente e quindi i ragazzi possono facilmente sentirsi offesi da parole altrui. Può essere presente una sorta di distorsione cognitiva rispetto agli stimoli ambientali tale che i ragazzi si sentono autorizzati, dal loro punto di vista, ad agire a delle ipotetiche offese vissute. Vi possono anche essere bisogni profondi di approvazione da parte dei pari: minore è la capacità di integrarsi, maggiore sarà la possibilità che il ragazzo tenda ad agire a dei comportamenti che richiamino l'attenzione. Tra gli adolescenti del nostro territorio, non necessariamente nelle fasce più disagiate, il gesto di sfida è considerato un strumento di approvazione e di riconoscimento come figura di riferimento.

Fortunatamente ci sono anche dei fattori protettivi che possono quindi attutire l'impatto di un comportamento aggressivo, limitarne l'insorgenza: la capacità di impegnarsi in obiettivi a lungo termine, la proiezione verso una carriera scolastica, professionale, la capacità di attuare strategie di problem solving, la presenza di limiti esterni e la loro percezione, ne costituiscono alcuni esempi.

Un altro aspetto che rende difficile la classificazione o una diagnosi tout court di certi comportamenti è la percezione dei rischi in adolescenza: si tratta di un'età in cui, inevitabilmente, il rischio viene cercato, vissuto. Che tipo di percezione del rischio ha quindi il ragazzo e quanto è in

grado di capire le conseguenze del proprio gesto e gli svantaggi che egli stesso può vivere? Come, in qualche modo, poter intervenire?

Gabard parla di una dimensione di speranza presente nell'adolescenza. Winnicot, ancor prima, ha insegnato a capire come sia presente la speranza, da parte del bambino, dell'adolescente, di essere visto, fermato e curato. Una dimensione, quindi, quella adolescenziale, che consente comunque di nutrire delle speranze. Intervenendo precocemente ed efficacemente determinate tendenze possano ridursi e non esacerbarsi, non cronicizzarsi. D'altro canto però, proprio a causa della sua apertura della sua costante instabilità l'adolescente costituisce un paziente molto difficile da agganciare e anche da evitarne il drop out: anche gli interventi psicoterapici veri e propri non sempre sono facilmente applicabili.

È in questa panoramica che è possibile introdurre gli interventi psicoeducativi. Essi riprendono gran parte degli spunti teorici delle terapie cognitivo comportamentali. Qual è la loro caratteristica?

Gli interventi psicoeducativi nati e sviluppati nell'ambito della riabilitazione psicosociale, attuabili con varie forme di patologia a numerosi pazienti, hanno come loro caratteristiche una serie di elementi che li rendono particolarmente fruibili e spendibili con gli adolescenti.

Non essendo i comportamenti aggressivi caratteristiche di poche persone, e, trattandosi di un'emergenza, è necessario introdurre nuove strategie alternative a quella che può essere la psicoterapia classica, da svolgere in un assetto squisitamente clinico o nel privato. Il fatto che la violenza viene agita quasi costantemente in maniera dilagante, necessita il fatto che tutti coloro che sono chiamati ad occuparsi di giovani violenti debbano, in qualche modo, uscire dal proprio ambito tradizionale di riferimento. Gli interventi psicoeducativi hanno la possibilità di essere svolti in strutture cliniche e non essere svolti da psicologi, ma anche dai tecnici della rieducazione psichiatrica, ovviamente dagli psichiatri in collaborazione o non con insegnanti, assistenti sociali formati. Hanno l'aspetto positivo della breve durata e di essere mirati su specifici obiettivi. Non sono la panacea, così come non lo è qualsiasi forma di psicoterapia. La loro realizzazione spesso in assetto grupppale consente una buona efficacia grazie all'effetto di specchiamento e di rinforzo positivo reciproco che generano. Consentono di individuare nuove aree di potenzialità tra i ragazzi che partecipano ai gruppi, e possono rappresentare una sorte di ponte tra l'esterno e i settori clinici veri e propri.

Secondo una visione cognitiva, quindi, l'aggressività può essere appresa dall'osservazione, dall'imitazione, dall'esperienza diretta, dall'esposizione ed, alla stessa maniera, può essere in qualche modo disappresa.

Gli interventi tipicamente possono essere rivolti all'adolescente o alla famiglia.

Si considerino ora quelli che, secondo la letteratura scientifica, sembrano oggi gli approcci più efficaci. L'idea di base è quella di focalizzarsi, sostanzialmente, sugli aspetti che fanno scatenare un vissuto rabbioso o un comportamento violento. Attraverso l'Anger Management Training si insegna al soggetto a conoscere l'aspetto fisiologico della rabbia, comprendere l'emozione, i segni, anche fisici, quali per esempio il rossore o l'accelerazione del battito cardiaco. Si lavora, in un secondo momento, sulla carenza delle capacità del problem solving, sulle distorsioni, sulle erronee aspettative e sulle credenze che spesso sono alla base di certi agiti adolescenziali.

Spesso carente è negli adolescenti la capacità di usare la comunicazione linguistica ed interpersonale come strumento per affrontare i conflitti. La tendenza è quella di agire la propria aggressività, piuttosto che capirne i sintomi, comprenderne le motivazioni in modo da gestirle attraverso una comunicazione efficace

È possibile applicare delle tecniche di rimedio a quanto appena esposto che prevedono la messa in scena di ciò che può determinare l'evento aggressivo. Si tratta quindi della tecnica del role playing che consente, in modo anche graduale, di porre il soggetto dinanzi agli eventi vissuti, affinché possa sperimentare nuovamente l'emozione legata al momento ed intervenire sulla sua modulazione.

È prevista, per i ragazzi, la riproduzione, attraverso compiti a casa, delle abilità apprese, sia per consolidarle, sia per generalizzarle, oltre che per sperimentare la possibile nuova reazione dell'ambiente.

In media l'intervento si struttura in 10 sessioni; secondo la lettura scientifica risultano sufficienti a tracciare gli aspetti fondamentali. Possono essere introdotte ulteriori tecniche durante il percorso, quali della dialettica, strategie per la regolazione emozionale e per l'aumento dell'efficacia personale.

Altre tipologie di intervento psicoeducativo prevedono lo sviluppo di un modulo che mira a contribuire ad una formazione civica, che è solitamente carente. Diverse ricerche dimostrano l'efficacia di questa tipologia di training soprattutto nel momento in cui non si agisce solo sulla creazione di skills efficaci, di abilità efficaci, ma anche sul controllo dell'aggressività, sul suo aspetto etico

Un altro tipo di modello si basa sulla capacità di problem solving. Anche nel mondo degli adulti la difficoltà maggiore è quella di gestire i problemi. Sia se li si chiama conflitti che stressor, essi si identificano con i problemi di ordine quotidiano. Più si arriva pronti ad una situazione stressante, con più facilità il soggetto riuscirà a non soccombere e a non eccedere a comportamenti inadeguati. Gli interventi focalizzati sulla capacità di problem solving non sono indicati per tutti gli adolescenti, ma per coloro i quali mostrano una maturità e disponibilità a mettersi in gioco ed ad apprendere dai training.

Molto di ciò che viene appreso, nella vita, si amplifica nel rapporto con gli altri, anche con la famiglia, soprattutto quando si parla di violenza. Una notizia riportava che tre giovani erano stati condannati dal Tribunale circa a 8 anni di carcere per uno stupro compiuto su una giovane rumena. I familiari presenti, dopo la sentenza, reagirono con violenza aggredendo giudici, il personale amministrativo del Tribunale, le Forze dell'Ordine, distruggendo e danneggiando anche fisicamente il tribunale stesso. Ne evince l'importanza di un intervento rivolto anche al nucleo familiare.

Secondo le ricerche compiute in America ed in Inghilterra il tipo di disfunzione genitoriale, di assenza, di conflitto influenzano notevolmente l'aggancio con il paziente, il drop out, la qualità dei risultati ottenuti con i giovani, la durata nel tempo, in quanto, conclusosi l'intervento, nel background familiare si trova qualche forma di disconferma, se anche i genitori non si metteranno in gioco.

In questo senso esistono dei training che sembrano risultare validi in quanto il genitore, chiamato ad intervenire per aiutare il figlio, può egli stesso giovare del trattamento e rivedere i propri atteggiamenti. Da un punto di vista psicoeducativo è chiaro che non si lavora sui conflitti come si potrebbe fare in assetto psicoterapico, si mira però a trasmettere un senso di controllo e sostegno verso i figli, secondo delle modalità differenti a quelle utilizzate nel passato, spezzando le catene inadeguate di funzionamento familiare.

L'efficacia degli interventi, secondo i dati di ricerca, sembra essere maggiore nella fascia pre adolescenziale, periodo in cui ancora il peso della famiglia, dal punto di vista cognitivo, ha un impatto notevole sul vissuto dell'adolescente.

Altra forma di psicoeducazione è quella di Alexander, di derivazione di Faloon, applicabile, oltre in ambito schizofrenico, anche in famiglie con soggetti bipolari o, secondo numerose ricerche, in famiglie con ragazzi violenti. L'approccio prevede di individuare lo stile affettivo della famiglia, nonché le sue capacità di fare fronte alle situazioni, proponendosi di migliorare la reciprocità, la chiarezza del sostegno all'interno delle relazioni familiari.

È stato utilizzato nel trattamento di giovani delinquenti con buoni risultati, tuttavia la sua efficacia a lungo termine va ancora verificata, come, del resto, quella di altri approcci simili. Si giova sostanzialmente di tre fasi che riguardano la formazione e l'intervento per migliorare le strategie comunicative, dove, in alcuni casi, più che migliorare, si intende semplicemente ad instaurare una comunicazione intrafamiliare e lavorare per potenziare le capacità di problem solving della famiglia.

Un ultimo sguardo va rivolto ad interventi che, anche se non strutturati come quelli precedentemente accennati, sono comunque indirizzati al setting squisitamente scolastico. Si basano sull'idea che lavorare esclusivamente con i ragazzi che attuano comportamenti antisociali, violenti o

più in generale aggressivi, non sia del tutto efficace a causa di un circuito di autoreferenzialità. Per questo gli interventi tendono ad essere svolti con gruppi misti e con l'inserimento anche di pluri ragazze. La presenza di ragazzi normali o con problematiche differenti tende a mitigare ed influenzare il giovane che mira a comportamenti devianti, riducendo così quelli aggressivi.

In conclusione, non ci sono ricerche che consentano di indicare gli interventi come migliori, o come somministrarli, perché l'eterogenità dei comportamenti attuati, delle personalità, dei disturbi che possono stare alle spalle è tale da spingere verso l'introduzione di interventi diversi della psicoterapia pura.

Grazie.

# L'ONDA: L'EMERGENZA DELL'AGGRESSIVITÀ DISTRUTTIVA

*Maurizio Guarneri, Michele Inguglia*

Da alcuni anni è stato formato un gruppo costituito da allievi dell'Istituto di psicoanalisi di gruppo e allievi di specializzazione in psichiatria. Gli incontri prevedono la proiezione di un film, selezionato di volta in volta in relazione a tematiche specifiche dei gruppi, seguita da una discussione secondo, appunto un assetto grupale. Si tratta di un gruppo chiuso, come un consulto terapeutico.

Passo la parola a Michele Inguglia.

## **Michele Inguglia**

Un ringraziamento alla signora Nuccio per aver rinnovato questo invito e la generosità che le riconosco, nel portare avanti, giorno per giorno, un progetto faticosissimo.

Come accennava il professore Guarneri, da due anni conduciamo questa rassegna che è dedicata e riguarda la tematica dei gruppi. Il film che adesso verrà proiettato riguarderà la tematica della violenza nei gruppi e di quali possono essere i meccanismi con cui l'aggressività e la violenza si istituiscono e crescono all'interno di un gruppo. Sono state già realizzate 3 rassegne, nelle quali, come appena detto, il soggetto tematico è rappresentato sempre dal gruppo. Ogni proiezione ha previsto la raccolta ed elaborazione delle associazioni, riflessioni dei singoli componenti. Il materiale rielaborato viene suddiviso in aree tematiche in relazione ai temi preminenti che sono stati colti.

Il film che adesso verrà proiettato è sembrato assolutamente adatto al tema di oggi. È un film di Belsun Ganssenn del 2008, "L'onda"; nasce da un'esperienza reale di un docente californiano che nel '67, mette in atto un esperimento all'interno di un gruppo classe. Sarà così possibile cogliere quali dinamiche si possono attivare all'interno di un gruppo. La visione del film sarà seguita dalla relazione del professore Guarneri che elaborerà il lavoro che è stato fatto.

## **Maurizio Guarneri**

Le riflessioni che nascono dal lavoro col gruppo ovviamente si devono al contributo di tutti i componenti del gruppo stesso, che quindi teniamo a ringraziare.

Tali considerazioni costituiscono una sintesi degli interventi emersi dal gruppo di discussione. Ciò che caratterizza la violenza è il fatto che essa obbliga ad una risposta e comporta sempre una

dimensione di estrazione, costringe l'ambiente a reagire ed esso reagirà con la sua comprensione, con la sua ideologia.

Il primo tema che emerge è quello di una dimensione emotiva all'interno di una dimensione gruppale. Il gruppo preso in esame attraverso la visione del film, naturalmente, ha dei rimandi ai gruppi adolescenziali, nonché a quelli terapeutici.

Il gruppo funge da schermo e il senso di appartenenza ad esso può creare una corazza per difendersi dalle frustrazioni e dalle debolezze. Questo contagio può portare ad una totale perdita del controllo anche da parte del leader, che può così essere travolto, insieme agli altri membri, portando l'intero gruppo verso una degenerazione; infatti, partendo da un'idea iniziale di unione, di scopo comune, di aiuto reciproco si chiude in se stesso annullando la libertà di pensiero dell'individuo e un'idea diversa viene vissuta come minaccia, instaurando un pensiero dogmatico, paranoico al posto di un pensiero creativo metanoico.

In ogni gruppo, in una fase iniziale, vi è una certa quota di contagio emotivo, di fenomeni di depersonalizzazione: la dimensione gruppale, specialmente all'inizio, disorienta un po' richiedendo una transitoria rinuncia ad alcune dimensioni individuali. Si può osservare, inoltre, il fenomeno dell'illusione gruppale, in base al quale si crede di far parte del gruppo giusto, ma, svanita l'illusione, si passa alla delusione con un ritorno ad un piano di realtà.

Che cosa intendiamo per illusione gruppale?

È una delle tre componenti insieme all'attesa messianica e ai vissuti di depersonalizzazione, che caratterizzano il cosiddetto stato gruppale nascente. Si tratta di una necessità iniziale di conferire un valore non realistico e sovente, sovrastimato, al proprio gruppo di appartenenza, un desiderio di sicurezza e di preservazione dell'io minacciato dall'esperienza gruppale.

Alla minaccia del narcisismo individuale, generato dall'immersione nel contesto del gruppo subentra, a tal fine, un narcisismo gruppale; se l'illusione a cui fatto precedentemente riferimento, ha quindi il senso di una protezione dall'angoscia e smarrimento, generati dal rischio della depersonalizzazione, dal gruppo, contemporaneamente, ha anche la valenza di legante, venendo incontro all'urgenza di creare una preliminare coesione del gruppo ancora non esistente, come entità strutturale e funzionale.

Mentre in un gruppo sano si favorisce la comunicazione e il rispetto del pensiero di tutti, la libertà delle emozioni e il leader ne favorisce espressione e circolazione, in un assetto paranoico, invece, il senso di appartenenza crea l'illusione, non di una vera fratellanza, ma di un gruppo potente che per essere tale deve contrapporsi all'esterno e, non potendo affrontare l'aggressività circolante al suo interno, la costringe a seguire vie sotterranee. Si tratta, quindi, di un tipo di contagio che si muove sia verticalmente, e cioè fra leader e componenti del gruppo, ma anche orizzontalmente fra questi

ultimi. Si ha il bisogno di un persecutore, di un nemico, dapprima individuato fra tutti quelli che non aderiscono, successivamente fra coloro i quali dall'esterno esprimono dissenso.

Ma oltre ad essere repressa l'aggressività, anche il dolore non ha spazio all'interno di un gruppo che è in assetto di lavoro. Esso rimane nascosto, invisibile dall'immagine del gruppo coeso, unito, felice, dove tutta la violenza viene proiettata all'esterno con un pensiero paranoideo.

In un'esperienza con gruppi svolto nella scuola, i ragazzi hanno prodotto degli elaborati, dall'analisi dei quali è emersa una valorizzazione di alcuni aspetti, quali la coesione e la solidarietà, generati dall'affetto gruppale, mentre i conduttori cercavano, a conferma del loro lavoro, la presenza di un pensiero creativo originale. Il pensare assieme viene dato per scontato, ma esso comporta una dolorosa ridefinizione di conflitti tra l'illusione di soggettività e l'esigenza del gruppo, la messa in crisi del bisogno umano di certezza.

Il piccolo gruppo analitico strutturalmente si costituisce non come somma di individui, bensì come insieme unitario che funziona mediante attività mentali trans individuali, metanoiche ed usa un pensiero multiplo di tipo metalogico.

Con il termine metanoico si vuole intendere un pensiero aperto, che ne segue un altro e ne prevede un altro ancora come conseguenza logica, come idea o costruzione nuova, evolutiva, riflessiva, multipla, dove l'eventuale contraddizione non abbia l'effetto di un conflitto immobilizzante, ma di una spinta verso un livello di comprensibilità superiore. Il pensiero metanoico, che ogni gruppo esprime, è sempre in qualche modo influenzato e dimensionalizzato dal pensiero precedente, arricchito. Si tratta allora di pensieri pronti al cambiamento, all'adattamento, alla fantasia, alla creatività, alla poliedricità.

In un gruppo adolescenziale sono importanti il senso di appartenenza, la complicità, solidarietà, la coesione. È altresì fondamentale che sia in grado di generare idee, emozioni, sentimenti, nonché di elaborare al suo interno l'aggressività dei vari componenti. Non sempre il contagio emotivo ha una connotazione negativa. Esempio ne è il fenomeno di Addio Pizzo, che può rappresentare l'espressione positiva.

Nel caso del film "l'Onda" i gruppi adolescenziali simili non presentano a monte un obiettivo comune, un'idea, non vi è veramente qualcosa contro cui lottare. Tutto è centrato sul gruppo, che avverte la necessità di trovare un nemico sia per la sua coesione, sia per la copertura della fragilità di ciascuno. E questo è ciò che si osserva in alcuni gruppi violenti, come i Black Blok per esempio, gli ultrà degli stadi, in cui si coglie proprio questa violenza e aggressività che viene convogliata verso tutto e tutti, compreso le istituzioni. In questi casi il gruppo esiste solo per poter scaricare la propria aggressività, evacuarla dall'interno all'esterno, verso un qualsiasi nemico.

L'Onda, dotata di forza propria, sfugge al leader e ai membri del gruppo, fino ad un punto di non ritorno; non si può fermare ciò che è stato attivato, perché non avviene nessuna trasformazione e allora, o si va sull'Onda, o si muore. Il contagio e la suggestione, se presenti in modo eccessivo, assumono una connotazione negativa, soprattutto se l'intento inconsapevole è quello di creare un gruppo forte.

Un gruppo sano si fonda su un progetto con un obiettivo, o persino un'utopia; l'onda che travolge, che non permette possibilità trasformativa, dà l'idea di un gruppo pseudo forte che va oltre i propri limiti; quando ciò non accade può generarsi un delirio gruppale, come in questa situazione in cui il contatto con la realtà salta. Spesso si individua un capro espiatorio, la voce stonata è colui che magari si propone come anti leader o fuori dal coro e finisce per autoescludersi.

Qualcuno esce dal gruppo, non tanto per scelte del leader ufficiale, ma inconsciamente ad opera del gruppo che lo esclude, lo induce, isolandolo, ad un'auto esclusione. Può anche accadere, così come nel film, che il gruppo in modo cosciente e consapevole espelle i componenti che non si adeguano al pensiero unico.

La potenziale trasformazione di un gruppo è legata ad una possibilità di oscillazione fra le opposizioni consentendo un salto trasformativo. La direzione iniziale deve essere una escalation, in assenza di un gioco dialettico, di forza. Si stabilisce un percorso obbligato, che porta verso la distruttività, se i più fanatici del gruppo stabiliscono un forte legame con il leader, solo sulla base di comuni sentimenti di inferiorità e di frustrazione, si crea una collusione che porta verso una posizione paranoidea. In tal caso non vedremo dei cambiamenti attraverso una trasformazione, bensì assisteremo ad una coesione basata solo sulla forza: non un gruppo di persone che si uniscono per combattere qualcosa, bensì per trovare soluzioni che eludano i vissuti di inferiorità, frustrazione e fallimento.

Oltre ai fattori economici e all'insoddisfazione di una comunità, la mancanza di contenimento democratico delle istituzioni, a partire dalla famiglia, può far scivolare una società verso la dittatura che impone dall'alto delle limitazioni. Ciò può avvenire tanto più in una società che si caratterizza per assenza di confine e di capacità contenitive, cioè un sistema debole che può indurre a ricercare un sistema forte fondato sull'autoritarismo. La storia si ripete, tutti i regimi totalitari hanno presentato caratteristiche simili. Hitler e Mussolini sono due personalità che attraverso l'appoggio della folla sono riusciti ad affermarsi, ma, anche in questo recente periodo politico, la crisi delle ideologie, la mancanza di punti di riferimento politici certi spingono verso la ricerca di un padre carismatico, che imponga ad un popolo la direzione da seguire. Questa è una condizione che inevitabilmente non permette di pensare, si traduce piuttosto ad una delega assoluta al leader.

Il paranoico o la cosiddetta malattia paranoica non è un fatto individuale, ma è qualcosa che si sviluppa in un contesto familiare, gruppale, istituzionale. Come diceva Bergmann nell'uovo del serpente, perché nasca un Hitler ci deve essere una società, un qualche cosa che alimenti la futura nascita del leader paranoico, pertanto non va indagato il contenuto, ma soprattutto va indagato il contenitore. Ne consegue che se si intende curare o indagare la paranoia bisogna occuparsi del contenitore. Probabilmente l'impatto forte è che il gruppo si ponga come intermediazione tra la cura del singolo e la cura dell'istituzione, come un punto medio che può sicuramente avere un'utilizzazione molto fruttuosa.

Parlando di società è inevitabile fare riferimento alla famiglia, la prima istituzione in cui un adolescente deve imparare a riconoscere dei limiti, che vengono proposti dagli adulti, ma deve anche trovarvi una funzione contenitiva: contenimento e sostegno accompagnati da una dimensione affettiva all'interno della famiglia.

Si profila all'orizzonte un dilemma, modello permissivo o modello autoritario, famiglia permissiva o famiglia autoritaria, imporre una regola o cercare alternative all'imposizione della regola?

Il dilemma è mal posto; piuttosto di oscillare fra situazioni in cui bisogna lasciare liberi e situazioni in cui si impongono dei limiti, il gruppo, la famiglia può prevedere momenti diversi. Il problema è quindi stabilire quale dei due modelli è quello buono.

Analogia si riscontra anche nel rapporto psicoterapeutico: da un lato, infatti, si ha la libertà di utilizzare le libere associazioni, dire tutto quello che passa per la mente, qualsiasi cosa che possa anche riguardare la relazione del terapeuta con il gruppo, dall'altro ci sono le regole e le tecniche ben precise che fanno da cornice; un movimento, quindi, libero, all'interno di un contenitore che sostiene e che limita. L'assenza del limite, tipico di un sistema eccessivamente permissivo, può al contrario generare conseguenze disastrose.

Limitare, come dice Janett, non è reprimere, ma al contrario aprire uno spazio di libertà potenziale, rendere possibile la conquista di un territorio che sia quello scoperto dal soggetto stesso e non più una proprietà del mondo genitoriale; significa svincolarsi dalla relazione di esclusività e dal mondo dell'onnipotenza. In questo senso il limite ha sempre una dimensione di violenza, quello dello strappo necessario alla separazione e alla autonomizzazione, una violenza radicalmente opposta a quella che mira a squalificare l'altro.

È necessario in prima istanza che il terapeuta abbia dentro di sé un setting con le sue regole adeguatamente introiettate per poterle proporre al gruppo, devono avere un senso e non avere il carattere di una imposizione critica, insensata e violenta, che danneggia la stessa funzione di contenimento.

In realtà, il conduttore all'interno di un gruppo, così come il genitore all'interno di una famiglia, deve essere in grado di gestire le forze che agiscono nel gruppo e quelle che agiscono all'interno di se stesso.

Per questi motivi è necessario che il terapeuta, attraverso un'analisi personale, acquisisca la capacità di comprendere i movimenti sia del gruppo che propri, così come il genitore, nell'esercizio della sua funzione, sia in grado di garantire il rispetto delle regole e dei limiti e di gestire la dinamica degli inevitabili conflitti generazionali fra i vari membri della famiglia. È proprio implicito nel concetto di progresso la necessità di una conflittualità traumatica tra le generazioni, quando viene negata o abolita si crea una difficoltà ad evolvere a maturare, ad andare verso l'autonomia e la differenziazione: non solo si crea una situazione di stallo ma si pongono le premesse per una patologia individuale e di gruppo.

Grazie.

# IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE VIOLENTO. LEGGERE IL DISAGIO PSICHICO NELLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

*Viviana Cutaia*

Nelson Mandela nel rapporto OMS sulla violenza afferma che: «Il ventesimo secolo verrà ricordato come un secolo segnato dalla violenza. Ci addolora con il suo carico di distruzioni di massa, di violenza inflitta su scala mai vista e non immaginabile precedentemente nella storia degli uomini. Questo carico è il risultato di nuove tecnologie al servizio di ideologie basate sull'odio e non è l'unico che ci affligge, né l'unico di cui ci dobbiamo occupare. Meno visibile, ma forse ancora più diffuso, è il peso della sofferenza quotidiana, individuale, il dolore dei bambini che subiscono abusi da parte delle persone che dovrebbero proteggerli, delle donne percosse o umiliate da partner violenti, degli anziani maltrattati da chi li assiste, dei giovani tiranneggiati da altri giovani e di persone di ogni età che si fanno del male. Questa sofferenza - e potrei citare molti altri esempi - è un carico che si riproduce, poiché le nuove generazioni apprendono dalla violenza della generazione precedente, le vittime imparano dai loro carnefici e le condizioni sociali che alimentano la violenza vengono lasciate proliferare. La violenza prolifera dove non c'è democrazia, dove manca il rispetto per i diritti umani e il buongoverno.

Spesso discutiamo di come una "cultura della violenza" possa mettere radici. Ciò è indubbiamente vero: come sudafricano che ha vissuto l'apartheid e ne sta vivendo le conseguenze, l'ho vista e l'ho vissuta. È anche vero che le modalità di comportamento violente sono più diffuse e radicate nelle società in cui l'autorità avalla il ricorso alla violenza con le proprie azioni. In molte società, la violenza è così radicata da vanificare le speranze di sviluppo economico e sociale.

Non possiamo lasciare che questa situazione continui».

La diffusione della violenza, sotto le forme più diverse, costituisce purtroppo uno dei tratti salienti della società contemporanea.

Afferma G.H. Brundtland «La violenza permea la vita di molti individui in tutto il mondo, e ci riguarda tutti in qualche modo. Per molte persone stare lontani dal pericolo significa chiudere a chiave porte e finestre ed evitare luoghi pericolosi. Per altri non esiste via di fuga. La minaccia della violenza è dietro quelle porte, ben nascosta alla vista degli altri. E per chi vive in una situazione di guerra e conflitto, la violenza permea ogni aspetto della vita».

Nel 1996, la 49° Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato la risoluzione WHA49.25, in cui si dichiara che «la violenza è un problema di salute pubblica di fondamentale importanza e in progressiva espansione in tutto il mondo».

In quell' occasione, hanno aggiunto le seguenti azioni:

1. La violenza: un problema globale di salute pubblica; 2. La violenza giovanile; 3. L'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini da parte dei genitori e di chi se ne occupa; 4. La violenza da parte del partner; 5. L'abuso nei confronti degli anziani; 6. La violenza sessuale; 7. La violenza autoinflitta; 8. La violenza collettiva; 9. Il futuro: raccomandazioni per l'azione.

Ogni anno, più di un milione di persone perde la vita, e un numero ancora superiore è vittima di lesioni non mortali, a seguito di atti di violenza autoinflitta, interpersonale o collettiva.

La violenza è una tra le maggiori cause di morte a livello mondiale per gli individui di età compresa tra 15 e 44 anni. Il costo della violenza si traduce in tutto il mondo in una spesa annua di miliardi di dollari USA per l'assistenza sanitaria e in ulteriori miliardi per le economie nazionali in termini di giornate di lavoro perse, azioni giudiziarie e investimenti perduti (*stalking*).

Il costo umano in termini di sofferenza e dolore, naturalmente, non può essere calcolato. Si tratta infatti di un costo fondamentalmente invisibile.

La ricerca più recente indica che, se da un lato fattori biologici e altri fattori individuali spiegano in parte la predisposizione all'aggressività, spesso questi fattori interagiscono con la famiglia, la comunità e con altri fattori culturali ed esterni creando una situazione in cui la violenza diventa possibile.

L'OMS la definisce 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.*

L'intenzionalità gioca un ruolo importante e comprende tutti gli atti di violenza, sia pubblici sia privati, reattivi (in risposta a eventi quali una provocazione) e proattivi (strumentali o anticipatori di risultati vantaggiosi per chi li compie), criminali e non criminali.. Si classifica in:

- violenza autoinflitta: comportamento suicida e autoabuso;
- violenza interpersonale: si consumano in gran parte tra membri della famiglia e tra partner;
- violenza collettiva: violenza nella comunità.

La violenza, secondo Walters e Parke, viene determinata culturalmente

Se consideriamo gli aspetti psicologici, fu S. Freud che, nel 1920 con la nuova formulazione dell'apparato psichico (seconda topica), introdusse il concetto di "pulsione di morte" e lo definì come la tendenza di tutti gli esseri viventi a tornare allo stato inorganico. A questa forza, sempre secondo Freud, si oppone la "pulsione di vita", in quanto tendenza alla riorganizzazione della

materia organica. Nel suo Dizionario di Psicoanalisi e Micropsicoanalisi S. Fanti afferma che *l'aggressività è neutra e priva di ogni finalità.*

Considerando gli aspetti psicologici tra la vittima e il reo notiamo che l'incapacità di spostare l'interesse su altre mete o di sublimarlo in attività sostitutive, determina molte volte gli agiti violenti. *L'acting-out* o passaggio all'atto, presuppone che il soggetto non abbia un controllo attivo sulle proprie pulsioni. Un soggetto che utilizza l'altro a fini meramente strumentali, per scaricare una tensione, utilizzando modalità arcaiche di risoluzione dei problemi.

Tra i termini associabili a quello di violenza troviamo *trauma* che proviene dalla parola greca "trauma", vuol dire ferita e deriva da *titrosco* = perforare e designa una ferita con lacerazione; *post-trauma*; *trauma psichico* che tocca le corde fenomenologiche dell'esistenza; *desiderio e il senso di colpa*; *coazione a ripetere* intesa come necessità inconscia di rimettersi in una situazione traumatica e dolorosa anche se assurda e umiliante; *reazioni depressive*; *disagio psichico*; *disturbi psichiatrici*; *stati irrazionali*; *deliri*; *persecuzioni*; *sadismo/rabbia/ potere*; *emozioni negative*;

Facendo una breve panoramica del fenomeno e quindi una sua stima possiamo affermare che la violenza contro le donne è pandemia. In Italia 651 omicidi in cinque anni, 6 donne su 10, in tutto il mondo, hanno subito aggressione sessuale nel corso della loro vita, quasi sempre ad opera di mariti e familiari.

I dati della violenza sulle donne sono: 6,7 milioni di donne in Italia tra i 16 e i 70 anni (che corrisponde al 31,9% delle donne in questa fascia di età) hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita; 7,1 milioni di donne hanno subito o subiscono violenza psicologica; 2,7 milioni di donne hanno subito comportamenti persecutori (stalking); il 69,7 % degli stupri è opera di un partner ex o attuale; il 17,4 % degli stupri è opera di un conoscente, solo il 6,2 % è opera di estranei.

La misura del sommerso 2,9 milioni di donne hanno subito violenza fisica o sessuale dal partner attuale o dall'ex partner Ma ... solo il 18,2% delle donne considera la violenza subita in famiglia un reato; il 45,2% di chi subisce violenza dal partner attuale non ne parla con nessuno; il 93% delle violenze causate da un partner il non viene denunciato.

All'apparente benessere dell'attuale società si attribuisce la responsabilità del disagio giovanile. L'affermazione secondo cui *i giovani d'oggi hanno tutto*, non tiene conto di ciò che manca oggi, rispetto ai loro desideri.

La società, così accelerata, sfuggente, disuguale per le profonde trasformazioni nei valori e nelle credenze, appare come un continuo *campo di battaglia*, un *film horror*, un *inferno*, disseminando ininterrottamente le macerie del disagio, ma anche presidiata da numerose truppe che combattono per garantire l'agio e il benessere collettivo.

E così in contesti come questi, per far fronte alle difficoltà e agli insuccessi, il giovane mette in atto comportamenti anormali, scappatoie, o uscite di sicurezza attraverso le quali egli cerca di comunicare al sordo mondo della società il suo disagio.

C'è un grande frastuono in cui le voci si sovrappongono e si confondono, i messaggi sono contraddittori, le indicazioni vaghe ed imprecise. Crescere è diventato più complicato, più impegnativo. Manca il tempo di elaborare e assimilare le nuove cose che ci coinvolgono o ci passano accanto, scarseggia lo spazio per conoscere sé stessi e gli altri. Ogni esperienza è folgorante e attraversa l'esistenza come una meteora che non lascia nulla dietro di sé, neanche un ricordo.

«Il Multitasking, che significa fare troppe cose con la tecnologia. Termine preso in prestito dal linguaggio informatico (multi-operazione), sta assumendo i termini di una patologia di massa: milioni di persone, sotto il peso del multiuso di tecnologia digitale e informatica, sono costrette a svolgere mansioni incrociate, passando da un'azione all'altra, con la conseguenza che viviamo in uno stato di "attenzione multicondivisa"»

La locuzione latina di Cartesio “Cogito ergo sum” che letteralmente significa:”Penso dunque sono”, pone in stretta relazione il pensiero all'esistenza.

Potrebbe risultare apparentemente distante dai processi di pensiero, dalle idee disfunzionali, dall'ideazione suicidaria e dalla regolazione affettiva che caratterizzano tutto lo spettro delle dipendenze patologiche e delle condotte auto- ed etero- aggressive, tra cui il suicidio.

Il suicidio “appare” come la negazione della Vita, in particolare in adolescenza nel “non voler diventare grandi”, “nel non volere assolvere ai compiti evolutivi tipici dell'adolescenza” e “nell'interrompere volutamente la dolorosa Vita in età adolescenziale”.

«E' quella dimensione del vuoto»: è quel disagio esistenziale, caratteristico dei giovani del nostro tempo, che a poco a poco diventa invisibile annullando la propria esistenza.

Recenti Studi Cognitivisti, Cognitivismo di II Generazione studiano i processi di pensiero, le emozioni e il comportamento. «Uno dei suoi primi principi fondamentali di base sostiene infatti che negli esseri umani le cognizioni (pensieri, idee, convinzioni,...) rappresentino la più importante determinante delle emozioni».

«L'ideazione suicidaria, non corrisponde a un interrogatorio filosofico, perché essa non si pensa. Profondamente patologica, deriva dalla concentrazione di idee nere che si esprimono quando il pensiero non è più in grado di articolare un linguaggio interiore, né un discorso. Quando le risorse cognitive d'adattamento falliscono ripetutamente, il giovane può essere indotto a deprimersi a tal punto, da giungere ad una condizione di disperazione e assenza totale di speranza, che lo condurrebbe ad effettuare condotte suicidarie e vederle senza soluzione al proprio dramma esistenziale».

I dati dell'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, sono eloquenti: nel mondo ogni anno circa un milione di persone muore per suicidio, con costi stimabili in milioni di euro, rappresenta circa il 3 per cento fra le cause di morte ed ogni 40 secondi una famiglia piange per la perdita di un proprio caro. Nel mondo ogni giorno si verificano circa 3 mila suicidi e un numero molto superiore di persone tenta di porre fine alla propria vita senza riuscirci.

Il suicidio è invece la prima causa di morte per le persone dai 15 ai 24 anni in moltissimi Paesi e lo è pressoché in tutti i Paesi del mondo per gli adulti tra i 25 e i 55 anni: per questa fascia di età il numero di morti per suicidio è superiore - in numeri assoluti - della somma dei morti per guerre e omicidi. Il suicidio nei bambini e nei giovani adolescenti (meno di 15 anni) è raro e rappresenta il 2 per cento di tutti i suicidi.

In Italia si valutano ogni anno tra 3.500 e 4.000 i suicidi ogni anno. L'Italia si colloca tra i Paesi europei a più basso rischio di suicidio, con livelli di mortalità per questa causa comparabili a quelli che si registrano in Grecia e Spagna. Lo 0,43 per cento ha dichiarato di aver tentato il suicidio nell'ultimo anno. Questo corrisponde a 430 su 100.000 persone, 10 volte di più dei tassi ufficiali.

L' "undereporting", la sottostima dei suicidi deriva da fattori diversi: la vergogna dei sopravvissuti, il voler celare il suicidio per motivi assicurativi, la negligenza di chi stila i rapporti. Spesso le morti che vengono rubricate come "morte improvvisa" o "causa sconosciuta", in realtà sono suicidi: soprattutto in caso di anziani soli, in casa di riposo e ospedale. Mancano alle statistiche le persone morte, magari dopo giorni, "in conseguenza" di un tentativo di suicidio.

Dopo le morti in diretta Tv di Gheddafi, Saddam Hussein, Marco Simoncelli, ci si interroga sull'eticità e sul rispetto che si apporta alla morte. Le morti violente attraversano i media e ne travolgono l'esistenza. Il tema della morte è sempre presente.

La "morte in diretta" TV dà assuefazione, lo rileva un'indagine del Corriere della Sera. Aldo Grasso sul Corriere afferma che possiamo ormai considerarci assuefatti alla morte in diretta, sì da non esserne più impressionati.

A tal proposito, la morte veicola sui Social network e esistono numerosi cimiteri virtuali, online in cui si può apporre un fiore, un ricordo al defunto, anche noto.

E' possibile rintracciare i saluti di addio sul proprio blog, account Facebook, su posta elettronica, tramite mail.

Il rischio diviene una sorta di anestetico che agisce per alleviare il dolore psichico, che il disagio tipico di questa fase evolutiva comporta. Parlare di comportamenti a rischio, oggi comporta un riferimento costante alla situazione della società attuale, caratterizzata dalla presenza di una cultura della globalità e da una disgregazione dell'identità collettiva, sempre più orientata verso il raggiungimento di una dimensione incerta del vivere quotidiano.

Queste le parole scritte in una delle pagine più toccanti di Facebook dedicata ad una giovane suicida Dominika, "Suicidarsi a 17 anni per amore"...

Da qualche settimana poi nella bacheca della ragazza polacca, figlia di un magazziniere e di una casalinga di Capena, a nord di Roma, erano comparse frasi preoccupanti. E al nome sul profilo, la ragazza aveva aggiunto il suo soprannome: «Cry», piangere. L'ultimo pensiero all'alba di ieri: «Paradiso arrivo, finalmente è venerdì. Ti ho amato, addio». Scrive due lettere: Una indirizzata ai genitori e l'altra alla Scuola, posta un video di addio su Facebook.

Dominika, 17 anni si suicida a Monterotondo (Rm) il 4 Febbraio 2011. Tra le cause del suo disagio, la giovane ha vissuto una tragedia di amore. «Mi ammazzo perché lui mi ha lasciato per un'altra». Buoni voti a scuola. La giovane aveva una Depressione in atto, una dipendenza affettiva e una dipendenza dal cibo. Continue diete e un passato di anoressia. *"Perdonatemi se ho fatto questo ma non ero contenta di questa vita. Tutti mi giudicavano male, anche voi, non vi bastavano i miei voti, il mio comportamento, niente! Ho fatto questo perché in questa vita non mi andava bene niente! Mamma, non credevi che avrei potuto fare questo! Dicevi che dico sciocchezze... però come vedi la matta di Dominika ha fatto questo, si è ammazzata! Genitori...vi aspetto in un altro mondo!"*

*"Vorrei che questa lettera viene letta davanti a tutti gli alunni del Marco Polo...Me ne sono dovuta andare da questo fottutissimo mondo di merda perché non era più possibile viverci! Ok, mi considerate una pazza ad essermi ammazzata! Ma dovevo farlo...Da mercoledì avevo programmato già tutto...ieri tutto il giorno mi sentivo come se dovessi partire! CHIEDO SCUSA ...Che io vinca o che io perda, è sempre la stessa merda!*

Ma al papà rimangono solo delle parole vuote, ha infatti detto «Quando l'ho salutata stamattina mi ha abbracciato forte, mi ha dato un bacio e con gli occhi mi ha chiesto scusa per la pagella. Le ho detto non fa nulla. Non mi capacito, spero che almeno abbia lasciato una lettera. Era dispiaciuta per quel ragazzo. Era innamorata di un ragazzo che non decideva se voleva stare con lei o no. Voleva iscriversi all'università. Siamo distrutti, era l'unica figlia. Sapevamo che era depressa. Diceva di essere stanca di vivere, ma faceva progetti per il futuro. Era in dieta perenne. È una cosa normale a quell'età. Ma non può bastare per fare una cosa del genere...»

Sul piano **emotivo** le persone, durante la visione di scene violente, provano emozioni in modi differenti per intensità, tono edonico e variazioni fisiologiche; le loro esperienze emotive dipendono non solo dalla valutazione riguardo allo stimolo emotigeno ed a ciò che stanno vivendo, ma anche da processi di regolazione emotiva, come la rielaborazione cognitiva della situazione, la soppressione dell'espressione emozionale e le diverse forme di autoefficacia emotiva.

Il legame tra cognizione ed emozione È studiato dai teorici dell'approccio del cognitive appraisal, la valutazione cognitiva. Arnold ha introdotto per prima il termine *appraisal* per indicare il processo cognitivo con cui valutiamo se lo stimolo che percepiamo buono o cattivo. James, secondo cui alla base dell'emozione ci sarebbe una retroazione dalla periferia al sistema nervoso centrale, tra percezione e cambiamenti fisiologici.

Nel caso di esposizione a stimoli con alto potenziale di arousal, sia donne sia uomini hanno mostrato le reazioni emotive maggiori. Le donne, però, reagiscono

La rielaborazione cognitiva è un processo centrato sui momenti antecedenti l'emozione, si riferisce a che cosa si fa prima che l'emozione sia pienamente vissuta e abbia influenzato il nostro comportamento e/o alterato il sistema periferico.

Sul piano comportamentale la visione di scene violente È stata spesso indicata come una delle cause dell'aumento degli episodi di violenza nella vita quotidiana. Per valutare l'impatto della visione di scene violente sulla tendenza a mettere in atto condotte violente si sono considerati due indicatori della condotta aggressiva: irritabilità e ruminazione. L'irritabilità è riferita alla propensione a reagire impulsivamente ad una provocazione o dissapore anche minimi, mentre la ruminazione si riferisce alla propensione a superare con difficoltà rancori o desideri di vendetta.

Per quanto riguarda i processi di regolazione delle emozioni, si ipotizza che la rielaborazione cognitiva e l'autoefficacia nel controllo delle emozioni negative possano anch'esse contribuire a contenere gli stessi vissuti emotivi negativi.

Prima di concludere mi sembra opportuno spendere due parole in merito all'A.F.I.Pre.S.

L'Associazione Famiglie Italiane per la prevenzione del suicidio, A.F.I.Pre.S. Marco Saura, è una Associazione di Volontariato impegnata principalmente nella prevenzione del suicidio, dell'autolesionismo e del disagio psichico, più in generale nel disagio giovanile nell'ottica della prevenzione socio-sanitaria.

Coerentemente alla sua finalità l' A.F.I.Pre.S. offre: sostegno morale e materiale alle famiglie dei giovani suicidi; attività di prevenzione sulla sindrome del suicidio giovanile e sulle problematiche del disagio giovanile in genere; documentazione ed iniziative volte allo studio e all'approfondimento delle questioni connesse alle varie forme di disagio adolescenziale; informazione e sensibilizzazione sul tema della prevenzione del suicidio attraverso convegni, tavole rotonde e seminari pubblici in collaborazione con Scuole, Enti pubblici e privati. attività di sostegno, di integrazione e di anticipazione dei servizi integrati socio-sanitari; collabora ed affianca i Servizi per la realizzazione degli obiettivi e delle finalità degli interventi socio-sanitari e di difesa sociale, soprattutto impegnandosi nell'umanizzazione delle strutture sociali.

Tra le attività dell'Associazione, oltre a quella principale costituita dal servizio di Ascolto Telefonico "Telefono Giallo", vi sono la gestione di un "Centro di Accoglienza" e del "Centro Aggregativo per adolescenti", l'organizzazione di percorsi di formazione e la promozione di incontri pubblici di varia natura (convegni, tavole rotonde, giornate di studio, incontri, seminari) volti all'approfondimento e alla sensibilizzazione sulle tematiche relative al suicidio ed al disagio giovanile, in collaborazione con Scuole, Enti pubblici e privati.

Parlare di A.F.I.Pre.S. significa offrire una traccia quando tutti i sentieri sono difficilmente praticabili. L'A.F.I.PRE.S. è presente sul territorio nazionale erogando una serie di servizi al fine di operare non soltanto in quelle situazioni di disagio conclamato, ma ad un livello preventivo, fornendo sostegno ed assistenza in favore di coloro che vivono il disagio psichico sia in prima persona, che indirettamente in veste di familiari, amici o altro, all'interno di un quadro di prevenzione secondaria e terziaria.

Per poter effettuare prevenzione è opportuno individuare, se esistono, i Fattori di rischio: Generici specifici, precipitanti:

Tra i fattori di rischio suicidario generico si trova che il Suicidio è  $M > F$ ; mentre il Tentato Suicidio è  $F > M$ ; età, il rischio di suicidio tende ad aumentare con l'età; la razza, nella razza bianca il suicidio è più frequente rispetto alle altre razze; lo stato civile, i celibi/nubili, vedovi, divorziati sono maggiormente a rischio; l'occupazione, tra i disoccupati vi è maggiore rischio rispetto gli occupati; l'emigrazione, il rischio è maggiore negli immigrati rispetto gli indigeni.

Tra i Fattori di rischio specifici si ha: patologia psichiatrica tra cui i Disturbi affettivi; malattia fisica, acuta e cronica; fattori genetici e quindi familiarità suicidaria; disturbi di personalità.

Tra i Fattori precipitanti invece: episodi di rottura della relazione con una persona affettivamente molto significativa, partner o genitori; un evento frustrante che sconfigge le aspettative proprie o altrui; la perdita di una persona significativa affettivamente.

La valutazione e il trattamento del rischio suicidario avviene attraverso la raccolta dell'anamnesi, il colloquio gruppi auto aiuto, peer education, attività socio educative, affettive, diagnosi,...

Tra le scale per la valutazione del rischio di suicidio le più comuni sono le Scale di stampo cognitivista che lavorano sia sull'ideazione suicidaria che sul rischio.

Una volta accertato il rischio, si pone il problema della gestione del soggetto con intenzione suicidaria. Si devono, innanzitutto, valutare le possibili risorse vicine a disposizione (familiari, amici, altre persone) e che siano dei punti saldi di riferimento e che possano contribuire alla gestione nell'assistenza del soggetto. Interventi favoriti sono le psicoterapie e il modello integrato. È opportuno porre attenzione al nucleo familiare e al gruppo dei pari.

La gestione della crisi suicidaria deve imporre tempestività e competenza utilizzando l'èquipe multidisciplinare e se necessario anche le Forze dell'Ordine.

Mi piace concludere questo mio intervento con le parole di Nelson Mandela:

*“Il nostro compito È quello di dare ai nostri figli - i cittadini più vulnerabili in qualsiasi società - una vita libera dalla violenza e dalla paura. A questo scopo dobbiamo impegnarci instancabilmente a costruire la pace, la giustizia e la prosperità non solo in ogni paese, ma anche in ogni comunità e tra i membri di una stessa famiglia. Dobbiamo occuparci delle radici della violenza. Solo a quel punto trasformeremo il carico del secolo passato da peso schiacciante a lezione di ammonimento”*

## RELATORI

**Prof. Caretti Vincenzo** - Professore Ordinario di Psicopatologia dello Sviluppo Università degli Studi di Palermo

**Dr.ssa Cutaia Viviana** – Psicoterapeuta in formazione, Musicoterapista, Coordinatore dell’Help line “Telefono Giallo” A.F.I.Pre.S. Marco Saura

**Prof. Francomano Antonio** – Professore Aggregato di Psichiatria Università degli Studi di Palermo, Presidente SIP Regionale

**Prof. Guarneri Maurizio** - Professore Aggregato di Psichiatria Università degli Studi di Palermo

**Dr. Inguglia Michele** – Psichiatra Dirigente ASP Salute Mentale Palermo

**Prof. La Barbera Daniele** - Professore Ordinario di Psichiatria Università degli Studi di Palermo

**Prof.ssa La Cascia Caterina** - Professore Aggregato Dipartimento Biomedicina sperimentale e Neuroscienze cliniche Università degli Studi di Palermo

**Prof.ssa Loretto Liliana** – Professore Associato di Psichiatria Università degli Studi di Sassari

**Prof. Nivoli Giancarlo** - Professore Ordinario di Psichiatria Università degli Studi di Sassari - Presidente Società Italiana Psichiatria Forense

**Prof. Pompili Maurizio** – Ricercatore Universitario di Psichiatria Università La Sapienza di Roma, Rappresentante italiano dell’International Association for Suicide Prevention (IASP)

**Dr.ssa Ricciardi Melita** – Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. Vice Presidente Ordine Psicologi Regione Sicilia

**Prof. Sarno Lucio** - Professore Ordinario di Psicologia Clinica e Psicoterapia Università Vita – Salute San Raffaele di Milano

## ORGANIZZAZIONE

**A.F.I.Pre.S. Marco Saura - Associazione di Volontariato**

**Presidente: Livia Nuccio**

Sede: “I Girasoli” Via Besio n. 33/35 – 41/47 – 90145 Palermo

Tel. 091.6859793 – Tel. 091.6855610 – Cell. 333.8733186

Web: [www.afipres.org](http://www.afipres.org) – Mail: [afipres1@afipres.org](mailto:afipres1@afipres.org)

### **Segreteria scientifica**

Dott.ssa Viviana Cutaia

Tel. 349.8484180 – Mail: [vivianacutaia@virgilio.it](mailto:vivianacutaia@virgilio.it)

### **Segreteria organizzativa**

Rania Consulting Soc. Coop

Tel. 091.6788006 - Mail: [afipres1@caracci.net](mailto:afipres1@caracci.net)