



**L'AGORA' PENITENZIARIA 2019**  
**Milano 3 e 4 ottobre**

# **L'APPROCCIO PSICOLOGICO AL DETENUTO GIOVANE ADULTO**

**Dr.ssa Tiziana Valentini**

**Responsabile UOS Psicologia Settore Penitenziario**

Gruppo di lavoro: Dr.ssa Tiziana Valentini e Dr. Davide Mezzanotte

**UOC Psicologia Clinica - Direttore Prof.ssa Elena Vegni**

# GIOVANI: FASCIA D'ETÀ PREVALENTE PER L'INSORGENZA DI PSICOPATOLOGIA

- La maggior parte dei disturbi della personalità, degli esordi psicotici e delle problematiche relative alla definizione della propria identità, insorge nella fascia d'età compresa tra i **14 e i 24 anni**, quando il giovane porta a compimento il proprio sviluppo maturativo ed evolutivo.
- La sofferenza che si manifesta **non è ancora consolidata, data la giovane età, dalle conseguenze sociali** che agiscono come rinforzo alla cronicizzazione del disturbo, quindi un **intervento precoce consente un rapporto favorevole tra costi e benefici** da parte della Sanità.
- Questo è il **motivo della decisione di intervenire sui Giovani Adulti**, partendo dalla CC di San Vittore, che ne ospita circa 120, di età compresa tra i 18 e i 30 anni e con un tempo medio di permanenza di circa due mesi (in caso di mancato accesso a misure alternative/diverse dalla detenzione).
- La prospettiva è **l'estensione di questo intervento agli altri istituti penitenziari** afferenti all'ASST Santi Paolo e Carlo, che ha istituito anche, all'interno della UOC di Psicologia Clinica, una Unità Operativa semplice di Psicologia Penitenziaria.

# CORNICE METODOLOGICA DELL'INTERVENTO

- **Promozione della salute come medicina di iniziativa**, rivolto potenzialmente a tutti, non si concentra sulla malattia, bensì sulla salute degli individui e delle comunità, intesa non solo come assenza di malattia bensì come benessere, connesso alla percezione della possibilità di autodeterminarsi.
- **Fornisce conoscenze** (su stili di vita dannosi e processi di pensiero disfunzionali)
- **e favorisce l'attivazione di competenze** per promuovere la partecipazione attiva ai processi di cura (ad es. alla cura della dipendenza) e/o di riabilitazione sociale (ad es. possibilità/capacità di usufruire di misure alternative), aiutando così i soggetti ad **acquisire più potere** sulla propria vita in un periodo in cui questa è sottoposta a una forma molto severa di controllo e giudizio.

# RIFERIMENTI CLINICI E TEORICI

**Il modello rischio-bisogno-responsività** (di Andrews e Bonta, 2010) per la riabilitazione dell'autore di reato con disturbo della personalità prevede di:

- Adeguare il livello di intervento al **livello di rischio** (psicopatologico, autolesivo ed eterolesivo)
- Definire come **targets del trattamento i bisogni criminogeni** cioè le dimensioni psicologiche connesse ai comportamenti aggressivi, reattivi o proattivi (ad es. impulsività, disregolazione della rabbia, distorsioni cognitive dell'antisocialità);
- **Favorire l'aderenza trattamentale** costruendo una motivazione che può non essere presente fin dall'inizio dell'intervento o essere presente solo in modo estrinseco

# PRINCIPIO DEL BISOGNO A CUI L'INTERVENTO RISPONDE

Target dell'intervento è l'**impulsività**, più presente nella fascia d'età giovanile che in quella adulta e che costituisce:

- **un bisogno criminogeno**, cioè una condizione psichica strettamente collegata alla commissione e/o reiterazione di comportamenti aggressivi che possono configurare dei reati;
- **un bisogno sanitario**, connesso all'esternalizzazione della sofferenza psicologica (in termini di autolesionismo, suicidarietà, abuso di sostanze), che ritroviamo nel Disturbo Borderline e Antisociale della Personalità, ampiamente presenti nella popolazione detenuta

# PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA DELL'INTERVENTO RISPETTO AL BISOGNO

**Un intervento di breve durata**, visto il limitato tempo di permanenza dei soggetti nel reparto del Giovani Adulti

- con **obiettivi limitati e definiti con focus sull'impulsività**
- che **esclude, secondo il livello di rischio, i soggetti in acuzie psicopatologica o con rischio autolesivo e suicidario**
  - che sono ampiamente destinatari di interventi psicologici individuali di supporto (nelle celle a rischio, nel SAI) da parte di altri psicologi della UOC Psicologia Clinica
- che **utilizza il setting gruppale**, in quanto isomorfo alla vita quotidiana, e consente meglio del setting individuale, di generalizzare le competenze acquisite e contrastare la tendenza all'isolamento dei singoli, che è spesso alla base del disagio psichico in carcere
  - Il setting gruppale è suggerito dalle linee guida NICE n. 77 come setting elettivo per il trattamento del disturbo antisociale della personalità e del suo antecedente, il Disturbo della Condotta

# FORMATO DELL'INTERVENTO

- **Formato breve:** 4 sessioni, di circa un'ora e tre quarti ciascuno, in edizioni da ripetere per raggiungere una popolazione più ampia possibile
- **Formato flessibile-** ampliabile in termini di uno sviluppo congruente per tematica e metodi, in funzione dell'interesse e delle richieste dei partecipanti all'intervento
  - Il modello proposto è stato ampliato con altre tre sessioni sulla **resilienza**, cioè la capacità dell'individuo di mantenere un funzionamento adattivo, alternativo all'impulsività, in presenza di una minaccia dall'ambiente esterno,
- **Formato tracciato** da documentazione consegnata ai partecipanti, comprensiva degli esercizi esperienziali e delle schede di automonitoraggio
- **Formato che valorizza** il contributo portato dai giovani (ad es. l'espressione « *macchia che si allarga* » per indicare la produzione dei sintomi ad opera di strategie cognitive attivanti come la ruminazione ed il rimuginio), con uno stile simile al colloquio motivazionale, al fine di **rinforzare** l'impegno nell'esplorazione di sé, la cooperazione fra di loro e con i conduttori.

**La prima edizione** ha coinvolto 8 soggetti 2 italiani, 3 nordafricani, 3 latinoamericani

# COME INTERVENIAMO

## IN OGNI SESSIONE

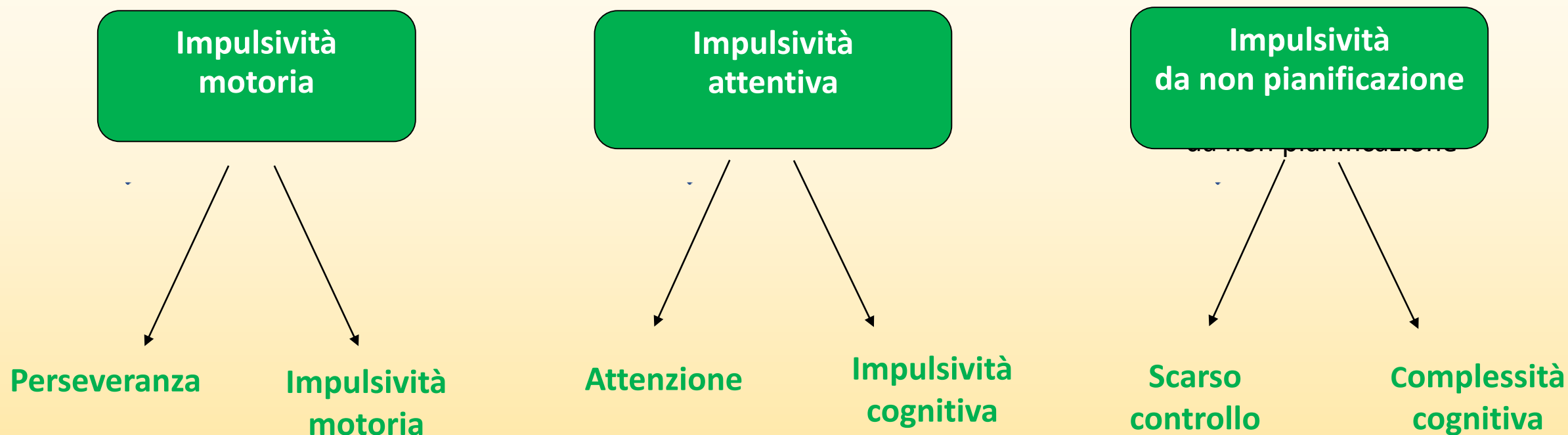
- **Si effettuano interventi psicoeducativi** che potenziano gli aspetti conoscitivi del tema impulsività. Si usa, quindi, un approccio esplicativo-didattico (suggerito dalle Linee Guida NICE citate) a cui si accompagna l'invito ad esplorare episodi della propria storia di vita, con un orientamento a quelli recenti e contemporanei.
  - Si favorisce così **l'attivazione di competenze metacognitive di auto-riflessività** in termini di monitoraggio dei propri stati mentali e di comprensioni delle variabili
- Si utilizzano anche **interventi individuali o interattivi di mindfulness** per favorire la consapevolezza non giudicante dei propri stati mentali o di **riduzione dello stress** mediante tecniche di radicamento nel corpo e nello spazio, di regolazione del respiro, di rilassamento muscolare ed esercizi immaginativi.
  - Ciò costituisce un pre-requisito per ampliare il repertorio di scelte comportamentali a disposizione del soggetto



# I CONTENUTI DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI

- **Prima sessione:** definizione dell'impulsività e descrizione delle sue diverse declinazioni
- **Seconda sessione:** mente emotiva, mente razionale e mente saggia, trappola mentale del ragionamento emotivo, illustrazione dell'uso della scheda di monitoraggio dell'impulso
- **Terza sessione:** la rabbia (ovvero l'emozione che spinge più di altre a mettere in atto comportamenti impulsivi di tipo aggressivo), le sue componenti, descrizione e illustrazione dell'uso del diario della rabbia, le credenze che favoriscono la rabbia
  - In questa sessione si descrivono anche le distorsioni cognitive dell'antisocialità ( egocentrismo, pensare al peggio, rimproverare gli altri per i propri problemi, minimizzare il danno inferto ad altri, razionalizzare il falso consenso da parte dell'altro)
- **Quarta sessione:** strategie di cambiamento, credenze che favoriscono soluzioni alternative al comportamento impulsivo

# MISURAZIONE DELL'IMPULSIVITA: Barrat Impulsiveness Scale (BIS 11)



A tutti i soggetti è stato somministrato il test BIS-11 ed i risultati del test sono stati loro consegnati in busta chiusa al termine dell'intervento e spiegati dallo psicologo di riferimento del reparto.

I soggetti hanno totalizzato tutti punteggi clinicamente significativi di impulsività e prevalentemente ad un livello medio (5 su 8). Le dimensioni dell'impulsività più rappresentate sono quelle **dell'impulsività da non pianificazione** e la tendenza a perseverare nelle risposte già fornite e già punite (**impulsività motoria**).

# SCHEDA DI MONITORAGGIO DELL'IMPULSO

Giorno E ora	Situazione	Sensazione	Emozione	Impulso	Vantaggi dell'azione impulsiva	Svantaggi dell'azione impulsiva

# ESEMPIO DI INTERVENTO PSICOEDUCATIVO SUL TEMA DELLA RABBIA A PARTIRE DA UN'EPISODIO RIFERITO

Componenti dell'attivazione rabbiosa	Modalità di gestione della rabbia
Evento scatenante esterno	Valutare l'opportunità di una minore esposizione agli eventi scatenanti
Evento scatenante interno cioè il significato cognitivo attribuito all'evento scatenante esterno	Provare a cambiare/ristrutturare il pensiero
Comportamento	immaginare e realizzare il comportamento in linea con il cambiamento ipotizzato (ampliamento del repertorio cognitivo)

# ASSETTO ECOLOGICO DELL'INTERVENTO

- **Raccordo con la dirigenza medica** sull'avvio del programma
- **Conduzione del gruppo con lo psicologo del reparto**, Dr. Davide Mezzanotte
- **Raccordo con l'istituzione che ha acconsentito alla realizzazione dell'intervento e attribuito importanza allo stesso**
  - chiedendo alla scrivente una presentazione dell'intervento agli operatori del carcere;
  - garantendo che il setting del gruppo non fosse disturbato da comunicazioni che potevano essere rimandate ad altro momento.

# QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

- **Cinque soggetti su 8** hanno risposto alle domande di gradimento.
- Elementi positivi evidenziati dai partecipanti al gruppo sono stati la riferita sensazione di avere un maggior controllo delle loro emozioni negative e una più intensa forza di volontà
- È emersa la richiesta di continuare oltre al 4° incontro e di prolungare il tempo dell'ultimo incontro a 3 ore, anziché 1,45 per approfondire il tema dei sistemi motivazionali d'azione.

# BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association -APA (2014). **Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta Edizione DSM V.** Raffaello Cortina Editore. Milano
- Andrews D.A., Bonta J. (2010) **The Psychology of Criminal Conduct** (quinta edizione). Anderson, Cincinnati, (OH) in W. J. Livesly, G. Dimaggio, J. F. Clarkin (2017). **Trattamento integrato per i disturbi di personalità. Un approccio modulare.** Raffaello Cortina Editore, Milano
- Antonella Delle Fave, Luca Negri (2015). **La psicologia positiva: promozione della salute come strumento di prevenzione.** *In Psicologia in Medicina: vantaggi e prospettive.* A cura di Giorgio De Isabella e Giuseppina Majani. Franco Angeli, Milano.
- BALL S. (2011). **Modelli cognitivo-comportamentali basati sugli schemi per il trattamento dei disturbi da uso di sostanze** - in “Schemi Cognitivi e Credenze di Base” di Lawrence P. Riso, Pieter L. Du Toit, Dan J. Stein e Jeffrey E. Young, Eclipsi, Firenze.
- G. Dimaggio, P. Ottavi, R. Popolo, G. Salvatore (2019). **Corpo, immaginazione e cambiamento.** Raffaello Cortina Editore. Milano
- Maria Pugliatti (2017). **La psico traumatologia nella pratica clinica.** Mimesis. Sesto san Giovanni

GRAZIE PER L'ATTENZIONE