

PSICHIATRIA E PSICOLOGIA FORENSE

03

*Stefano Biasi
Carlo Andrea Robotti
Cristina Polli*

**“PROSPETTIVE DI CURA PER SOGGETTI
CON “GRAVI DISTURBI DI PERSONALITÀ”
AUTORI DI REATO: UN PERCORSO
TERAPEUTICO-RIABILITATIVO
IN UNA “STRUTTURA PROTETTA”
CONVENZIONATA”**

154 • Introduzione

Si riporta il caso ed il percorso clinico di Francesco, un uomo di 39 anni, affetto da un grave disturbo di personalità di tipo misto, autore di un grave reato per il quale è stato condannato a tre anni e due mesi di reclusione con pena patteggiata davanti al G.I.P. presso il Tribunale di una città del Nord Italia. La pena è iniziata con la reclusione presso una casa circondariale, ma dopo qualche mese Francesco ha ottenuto l'applicazione della misura alternativa degli arresti domiciliari per motivi di salute (stato depressivo con reiterati tentativi di suicidio e insight complessivo molto ridotto), inizialmente presso una casa di cura psichiatrica, per qualche mese e, successivamente, sempre a seguito di provvedimento del G.I.P., presso la nostra Comunità terapeutica di riabilitazione psichiatrica. L'inserimento nel nostro Centro, che è una struttura riabilitativa specializzata ex-art. 26, è avvenuto su proposta del Dipartimento di Psichiatria del territorio di residenza del paziente, che ha autorizzato la copertura delle spese di degenza e che ha mantenuto i contatti con noi e con il paziente durante tutto il percorso riabilitativo.

Francesco dimostra di meno (sembra un ragazzo). Normotipo, con sviluppo intellettuale normale e con aspetto esteriore molto curato anche nei piccoli dettagli. L'abbigliamento sofisticato denota una scelta attenta dei capi e degli accessori indossati. Celibe, vive con i genitori in una cittadina del Nord Italia. Al momento dell'arresto era disoccupato e con invalidità parziale per motivi psichiatrici.

PARTE PRIMA: L'ANAMNESI

1 • Anamnesi personale del paziente

F. da bambino aveva spesso paura della gente e all'asilo stava sempre in disparte, soffrendo perché sensibile agli altri che gli facevano spesso dispetti od erano prepotenti con lui. Per questo motivo preferiva giocare con i giocattoli piuttosto che con gli altri bambini; tendeva a nascondere i propri difetti ed a frequentare solo bambini che egli stesso definisce "sfigati come me" perché anch'essi emarginati.

Dopo le scuole medie, spinto dai genitori, frequenta un istituto tecnico. L'iscrizione a tale scuola è "una scelta dei genitori", malgrado lui fosse contrario e fosse stata perfino sconsigliata dai professori. Fin dall'inizio F. non si sente accettato dai nuovi compagni di classe, perché caratterialmente poco socievole e molto critico ed anche, secondo lui, perché benestante. Non ha avuto rapporti di amicizia importanti, perché continuamente alla ricerca di un'amicizia ideale: odia la superficialità delle persone nelle relazioni, è infastidito dalla banalità dei discorsi e sostiene di sentirsi diverso, una persona

profonda. Afferma di non avere nemmeno trovato “amici sinceri”, in quanto poi ha capito che gli amici che lo frequentavano, puntavano solamente ai suoi soldi. Una serie di delusioni lo portano a perdere la fiducia negli altri e lentamente a chiudersi in sé stesso, isolandosi anche da quelle poche amicizie e restando sempre più in casa.

Verso i 16 anni inizia un periodo di profonda crisi esistenziale: avverte un malessere profondo riguardo a sé stesso, provocato anche da un veloce sviluppo fisico. Sente di essere inadeguato e di non riuscire ad affrontare le difficoltà scolastiche, ma soprattutto l'esame di maturità che si sta avvicinando. È travolto da momenti di sconforto e spesso rimane assorto in pensieri riguardanti le questioni esistenziali, domandandosi quale sia il significato dello studio e della stessa vita. Inizia a bere alcolici, soprattutto nel fine settimana, essenzialmente per distrarsi e cercare conforto rispetto all'umore depresso che lo tormentava. Alla fine della terza superiore è bocciato e lascia la scuola definitivamente. Dopo inizia a lavorare nella ditta di proprietà del padre; iniziano ben presto nuove difficoltà a causa dell'atteggiamento svalutante del padre. A 18 anni svolge il servizio militare durante il quale permane l'abuso di alcol soprattutto il fine settimana.

I suoi problemi si aggravano in concomitanza con una serie di fallimenti sentimentali: verso i 20 anni inizia una relazione con una ragazza, con la quale manifesta, fin dall'inizio, difficoltà di separazione. Pretendeva da lei un affetto esclusivo: soffriva se usciva con le amiche, sentendosi così minacciato o escluso ed abbandonato; dimostrava in questi momenti la tendenza a reagire con comportamenti aggressivi, in cui lui diventava quello che abbandonava, senza avere poi la capacità di reggerli emotivamente. Dopo circa 3 anni di relazione egli decide di metterla alla prova in quanto dubbioso che ella sia attratta dal suo denaro: si dichiara improvvisamente povero per il sorgere di alcune difficoltà economiche sopraggiunte alla ditta di famiglia. La ragazza decide di lasciarlo e per F. questo è l'unico motivo che l'ha indotta a tale decisione. Subito dopo si accorge di quanto lei fosse importante e di non farcela a vivere senza di lei e tenta di riallacciare la relazione. In seguito al rifiuto della ragazza e al fatto che ella frequentasse già un altro ragazzo, capisce di averla persa per sempre. Reagisce deprimendosi e tentando il suicidio con farmaci; dopo l'assunzione torna dalla ragazza implorandola e a quel punto perde i sensi ed è ricoverato urgentemente in ospedale. Questo suo tentativo di suicidio non è premeditato con chiarezza, ma dettato dal desiderio di alleviare la propria sofferenza e dimostrare a lei il suo amore. In seguito a tale gesto gli viene diagnosticata una “sindrome depressiva” e, da questo momento, inizia ad essere seguito a livello psicoterapeutico, cambiando numerosi terapeuti e assumendo comunque giornalmente anche farmaci antidepressivi. Per un lungo periodo attraversa momenti difficili, con tendenza a vivere alla giornata, senza nessuna prospettiva futura, ma soprattutto senza che la sua vita abbia un ruolo preciso: smette di lavorare e trascorre la giornata a fare acquisti in negozi di vestiti, a frequentare centri

estetici e discoteche. Aumenta l'abuso di alcol, che lo aiuta a sopportare meglio le situazioni di conflitto familiare conseguenti ai suoi comportamenti e ad essere più disinibito nelle relazioni interpersonali.

Segue un altro tentativo di suicidio, circa due anni dopo, ancora con farmaci antidepressivi che lo porta ad uno stato di coma della durata di alcuni giorni da cui si riprende. Francesco vive il fallimento di questo secondo tentativo di suicidio in maniera onnipotente, convinto di aver vinto la morte e di essere stato miracolato. Dopo tale gesto inizia una psicoterapia con un nuovo psichiatra con cui si crea una buona alleanza terapeutica (il paziente ne esalta le doti umane e la grande disponibilità). Durante questo periodo conosce un'altra ragazza con cui inizia una nuova relazione. Incominciano le stesse dinamiche relazionali della storia precedente, con alternanza di ricatti, vendette affettive ed abbandoni, in quanto la percepisce fredda e distante nei suoi confronti. La ragazza, provata da questo rapporto, in un momento di disperazione tenta il suicidio. F. reagisce al gesto di lei con l'intenzione di lasciarla, perché la considera una persona poco affidabile e debole. *Questo segno di fragilità della ragazza ha deluso le aspettative di forza che egli esige dalla sua ragazza ideale.* Alla fine riprendono comunque la relazione e, dopo poco, iniziano i preparativi per una convivenza ed un futuro matrimonio. Acquistano una casa, con l'aiuto dei suoi genitori, ma lei, all'ultimo momento non se la sente di fare questo passo. F. si sente rifiutato, abbandonato e non compreso. Questi sentimenti, uniti all'impotenza nell'assistere all'infrangersi dei suoi progetti lo portano alla decisione di suicidarsi: si fa prescrivere dalla guardia medica i farmaci necessari, si reca in un albergo, per non essere trovato e salvato come le altre volte, e prende tutti i farmaci mescolati all'alcol. Dopo due giorni viene trovato, ricoverato in rianimazione e salvato. In seguito al gesto F. prova un forte sconforto per non essere riuscito a morire e tanta rabbia per essere ancora vivo. Segue comunque il tentativo di scusarsi con la ragazza del suo gesto e la richiesta di non essere lasciato. Lei gli rimane vicina durante tutto il periodo in cui resta ricoverato, ma alla dimissione decide di non continuare quel rapporto e chiudere così definitivamente la loro relazione. Non riuscendo a sopportare la sofferenza di essere abbandonato, F. tenta nuovamente il suicidio, questa volta con il gas di scarico dell'auto. Non porta però a termine il gesto ed esce dalla macchina prima di perdere i sensi.

Ad aggravare la già difficile situazione avviene la morte improvvisa, in un incidente stradale, dello psichiatra che lo aveva in cura. Segue un lungo periodo, circa quattro anni, di peggioramento dei sintomi depressivi, durante il quale non esce di casa, rimane tutto il giorno a letto, non parla nemmeno con i genitori, percepisce l'ambiente di casa come distruttivo; durante tale periodo passa da uno psichiatra-psicologo all'altro (sia per sua scelta oppure perché faceva in modo di farsi "scaricare") e da una clinica all'altra con l'idea che nessuno possa aiutarlo. I genitori, esasperati dai comportamenti del figlio, decidono di cacciarlo di casa. F. spinto dalla disperazione e convinto di essere giunto al punto di

non avere più nulla da perdere, dopo essersi ubriacato, decide di rubare una macchina, minacciando il giovane proprietario con un coltello da cucina che si era portato da casa; torna poi a casa implorando il padre di riprenderlo a dormire. Il giorno dopo i genitori scoprono tutto e decidono di denunciarlo ai carabinieri. Viene condannato (pena patteggiata davanti al G.I.P.) e finisce in carcere. Dopo 11 mesi, con l'aiuto di una assistente sociale, che da tempo si stava interessando di lui, ottiene la misura alternativa degli arresti domiciliari per motivi di salute presso una comunità terapeutica. F. dimostra molte difficoltà di inserimento nella vita comunitaria: si sente diverso dagli altri pazienti che sono dei tossicodipendenti e i rapporti con loro si rivelano difficili e vissuti come pericolosi. Per questi motivi chiede e ottiene dal G.I.P. il trasferimento in altra comunità terapeutica, dalla quale esce non appena finito di scontare la pena. Una volta uscito, torna a casa e riprende il lavoro con il padre, nella ditta di famiglia, ma si imbatte ben presto in difficoltà lavorative (sente di non riuscire a fare molto) e il rapporto con il padre non lo aiuta a superarle, per cui le affronta bevendo alcolici in quantità sempre maggiore.

Dopo circa un anno F. incomincia una relazione con una nuova ragazza. Il rapporto sembra funzionare abbastanza bene e, dopo circa due anni, progettano una convivenza; nel frattempo egli inizia anche un nuovo lavoro come apprendista, prima in un ente pubblico e poi come impiegato in un ufficio. Questo momento di apparente tranquillità e serenità termina velocemente: la sua ragazza, mentre torna a casa in auto, viene coinvolta in un incidente stradale e muore sul colpo. La situazione è ulteriormente aggravata dalla morte, a distanza di una settimana, sempre in un incidente stradale, della "sua" assistente sociale. F. lascia il lavoro e in parallelo a questa serie di abbandoni, di morti, viene spinto a ricercare sempre più frequentemente nell'alcol un momento di conforto: sentendosi più forte gli sembra di sopportare meglio questo intollerabile sentimento di solitudine e di vuoto che sente di provare. Il rapporto con i genitori degenera sempre di più. È in questo stato emotivo che, successivamente, mosso dalla disperazione, si ubriaca ed esce di casa portando con sé un lungo coltello da cucina; resosi irriconoscibile da un berretto calato sul viso e da occhiali, entra in un negozio e rapina, minacciandola con il coltello, la commessa. Tenta poi di scappare a piedi lungo la strada, ma viene prontamente arrestato e condannato a tre anni e due mesi di reclusione (pena patteggiata davanti al G.I.P.). *La delusione, la disperazione lo hanno spinto ad un gesto dimostrativo nei confronti dei genitori: era ancora capace di fare qualcosa e, visto che nella sua vita non era riuscito a fare nulla di positivo, tanto valeva fare qualcosa di negativo! In realtà questo gesto era un'inconsueta richiesta di aiuto: dopo aver provato inutilmente più volte di morire, aver assunto per lunghi periodi svariati psicofarmaci senza evidenti miglioramenti e fallito numerose psicoterapie, F. non sapeva più cosa fare!*

Come già detto nell' "Introduzione", F. trascorre in carcere 3 mesi e poi, per l'intervento del suo legale e con la collaborazione del Dipartimento di Psichiatria territorialmente competente, ottiene dal G.I.P. la sostituzione

158 degli arresti domiciliari con un ricovero presso una clinica psichiatrica. Da qui, dopo circa sette mesi, ottiene, sempre tramite provvedimento del G.I.P., il trasferimento presso il Centro di Riabilitazione Psichiatrica “Villa San Pietro” per terminare di scontare la pena sempre agli arresti domiciliari.

2 • Anamnesi familiare

E è il secondogenito di tre fratelli.

Il fratello maggiore di un anno, sposato e con tre figlie, vive nella sua stessa cittadina e lavora in qualità di dipendente con il padre. A 20 anni decide di professare un'altra religione; questo crea in famiglia un clima di tensione, in quanto per diverso tempo, questa scelta non viene accettata dai genitori che sono cattolici. Il paziente descrive il rapporto con il fratello come positivo e profondo.

La sorella, minore di un anno, sposata con una figlia, vive da qualche anno in un'altra regione. La madre sembra aver sofferto la lontananza dalla figlia. Con la sorella il paziente ha un rapporto di indifferenza reciproca senza un effettivo motivo.

Il padre da molti anni è proprietario e gestisce una ditta. La madre lo aiuta nella conduzione della ditta di famiglia, occupandosi della parte contabile. La ditta, ben avviata, ha prodotto buoni guadagni economici, permettendo alla famiglia di condurre una vita agiata.

Il paziente ricorda la sua infanzia in cui entrambi i genitori erano sempre ed unicamente presi nelle questioni lavorative e pratiche. Descrive il rapporto con il padre come inesistente, in quanto sempre assente ed impegnato nel lavoro. Provava compassione per lui che lavorava anche la domenica e perché era sempre stanco (lo ricorda addormentarsi sul tavolo dopo cena). Il padre non parlava mai con i figli, non si interessava alla loro vita e non giocava mai con loro, delegando tutto questo alla moglie. Ricorda con dolore le dispute continue tra i suoi genitori a tavola, negli unici momenti che passavano con i figli, esclusivamente a riguardo di questioni lavorative (la ditta inizialmente ha attraversato momenti difficili). Lo descrive come molto introverso, poco comunicativo e con un carattere debole. Con tutta la famiglia, compresa la moglie, era freddo e poco affettuoso. A causa di questa sua assenza fisica ed affettiva, in alcuni periodi lo percepiva emotivamente come un estraneo. È stato per lui un modello negativo, mai un punto di riferimento maschile: “mi ha insegnato a prendermi cura delle persone amate unicamente attraverso il denaro e senza alcuna dimostrazione di affetto”. Il paziente descrive entrambi i genitori come persone insicure con un continuo bisogno di conferme esterne ricercate in vari professionisti.

La madre, dopo un lavoro giovanile da sarta, si è occupata della contabilità della ditta e del rapporto con i clienti. Anche lei viene descritta come poco affettuosa e come una donna stressata ed ansiosa. Il paziente ricorda che gli tra-

smetteva spesso agitazione e preoccupazione per tutto e in maniera spesso esagerata: drammatizzava le cose più banali, infondendogli, malgrado l'atteggiamento iperprotettivo, mancanza di sicurezza e di protezione. Ricorda di non essere mai stato incoraggiato, di non aver mai potuto affrontare nulla, ma di essere sempre stato confrontato con chi faceva meglio, soprattutto il fratello maggiore, che era più forte, più serio, più preciso rispetto a lui. La madre non lo accettava: lo considerava debole e fragile, cercando, in qualche modo, di cambiarlo con consigli che cozzavano contro il suo essere. Crede che la madre desiderasse un modello di figlio perfetto, perché malgrado andasse bene a scuola, a casa tenesse tutto in ordine e praticasse tutte le attività sportive che lei desiderava, c'era comunque e sempre qualcosa che non andava in quello che faceva oppure non era mai abbastanza. *Risulta evidente l'atteggiamento pretenzioso e critico della madre, con la tendenza a svalutare e denigrare il figlio. Il fratello invece era più vicino all'ideale della madre: era più determinato, più forte e più serio; spesso veniva usato come confronto negativo rispetto al paziente. Per questo egli è cresciuto sentendosi "l'ombra del fratello maggiore" e cercando di imitarlo il più possibile.*

Con entrambi i genitori non c'è mai stato dialogo, ma solo un atteggiamento di indifferenza verso i suoi bisogni, provocando in lui un grande senso di solitudine e di abbandono. Il paziente non ricorda mai un gesto di affetto tra suo padre e sua madre: il padre sempre assente, la madre sempre nervosa perché non andava d'accordo con il marito. La madre più volte lo accomunava al padre, sostenendo che avevano lo stesso carattere, che erano entrambi deboli.

Sembra dunque evidenziarsi un grande vuoto affettivo: le figure genitoriali sono riportate come impegnate in cose non riguardanti le esigenze affettive del figlio, incapaci di creare in lui una riserva affettiva ed una sana fiducia di base. L'attenzione dei genitori era sempre rivolta ai bisogni concreti, poco spazio veniva dato alla comunicazione, allo sviluppo dell'indipendenza e alla crescita psicologica. Questo tipo di ambiente familiare ha reso F. più vulnerabile agli eventi negativi, sviluppando insicurezza e scarsa stima di sé. Anche nel rapporto con le donne è evidente l'influenza del modello negativo della figura paterna, sviluppandosi in lui l'idea di non essere all'altezza del rapporto con una donna e di poter essere per questo motivo tradito, ma anche insicurezza e senso di minaccia rispetto ad ogni evento o situazione esterna.

PARTE SECONDA:

IL PERCORSO RIABILITATIVO A VILLA SAN PIETRO

3 • Quadro psicopatologico presentato dal paziente durante i primi mesi di ricovero

I primi mesi di ricovero non sono stati facili per Francesco, a causa del meccanismo degli arresti domiciliari che non permetteva la fruizione di permessi di uscita dal Centro, né da solo, né accompagnato, dovendo F. convivere con altri

160 pazienti suoi coetanei, che invece erano più liberi di muoversi. In questo periodo iniziale tutti i problemi emozionali, comportamentali e relazionali che F presentava nella vita quotidiana di comunità, venivano sistematicamente ricondotti, con meccanismi proiettivi, a cause esterne contingenti o a quanto gli era successo nel corso della sua vita. Il suo comportamento tendeva a nascondere l'immagine di sé debole e sofferente, presentando esternamente un aspetto di persona normale e senza problemi. Solo in seguito, dopo alcuni mesi, ha mostrato in modo chiaro gli aspetti disfunzionali della sua personalità.

La situazione familiare ha condotto il paziente a basare il proprio valore personale sulle aspettative e sulle richieste dei genitori, ma soprattutto della madre. Il paziente ha imparato quindi a ricercare negli altri il proprio valore personale ed è per questo che egli risulta particolarmente vulnerabile al tema dell'abbandono, dimostrando la tendenza a controllare l'altro come soluzione alternativa.

La lunga storia di F e gli elementi emersi non sembrano lasciare dubbi circa un inquadramento diagnostico che lo pone tra il disturbo narcisistico e il disturbo borderline di personalità.

Risultano evidenti comportamenti borderline, quali una marcata svalutazione degli altri ed l'attuazione di comportamenti impulsivi (rapine e abusi alcolici) con scopi rivendicativi verso i genitori e il mondo. Il consumo alcolico non sembra avere aspetti di dipendenza patologica, ma piuttosto appare una modalità disfunzionale di affrontare difficoltà emotive e relazionali. L'autostima del paziente sembra infatti molto compromessa e si basa prevalentemente su criteri di giudizio esterni, quali l'aspetto esteriore e viene perseguita con una continua ricerca della perfezione e con l'esigenza di controllare gli altri. F ha dimostrato un'inclinazione ad una rigida pianificazione e programmazione di ogni aspetto della sua vita, aggravato da un funzionamento cognitivo caratterizzato dal pensiero dicotomico.

Il disturbo narcisistico, caratterizzato fin dall'inizio da un buon livello di intelligenza, è risultato complicato da modalità relazionali seduttive e manipolatorie verso pazienti ed operatori. L'aspetto narcisistico, incentrato su temi di superiorità e grandiosità, sembra essere precipitato in seguito alla carcerazione per l'ultimo reato commesso. L'essere messo in cella assieme a dei comuni delinquenti ha creato nel paziente una profonda "spaccatura narcisistica" incrementando i sintomi depressivi latenti e soprattutto l'ansia. In questo caso le strategie abituali di reazione allo stato di vuoto ed allo stress, facendo abuso di alcolici, si sono rivelate inattuabili, determinando così sia l'intensificarsi di strategie narcisistiche di sollievo temporaneo (giochi seduttivi), sia il prodursi di moderati sintomi ossessivo-compulsivi (rituali complessi di protezione da paure di contaminazione infettiva) aggravati da idee ipocondriache. Questo comportamento incontrollato ha a sua volta generato sentimenti di colpa per la perdita di controllo e di disistima, che a loro volta hanno alimentato rimugini depressivi che lo induco-

no a reagire con condotte di evitamento, innescando così un circolo vizioso che si autoalimenta.

Comunque il quadro era dominato dalla presenza della sintomatologia del quadro grave narcisistico: fantasie di grandezza (crede che il suo talento sia sottostimato, si sente sprecato perché essere speciale ed unico, meno superficiale e migliore degli altri), aspettative e ricerca continua di ammirazione (esalta le sue doti sessuali e la sua intelligenza emotiva, gli piace essere guardato ed apprezzato, deve essere al centro dei pensieri delle sue partner), comportamenti fortemente manipolatori combinati con assenza di empatia (mostra aspettative di trattamenti di favore o soddisfazione immediata delle proprie aspettative, devono essere gli altri a doversi adeguare alle sue abitudini ed alle sue esigenze, si approfitta degli altri per i propri scopi), scarso controllo degli impulsi con esplosioni emotive intense ed agiti auto ed eteroaggressivi in risposta a vissuti di minaccia della propria autostima.

Il paziente manifestava inoltre alcuni deficit metacognitivi, quali una certa difficoltà a riconoscere la capacità rappresentativa del pensiero e quindi a distinguere la realtà interna da quella esterna, talvolta una difficoltà ad integrare, nei momenti di massima tensione emotiva, legata soprattutto ad espressioni di rabbia e tristezza ed infine una grave difficoltà a decentrare, in quanto incapace di assumere la prospettiva dell'altro, dimostrando un pensiero prettamente egocentrico. Era inoltre evidente una marcata instabilità emotiva, tra stati prevalenti di grandiosità e reattività depressiva (autosvalutazione, sentimenti di fallimento e rovina, coartazione assoluta del futuro), inframezzati da stati di transizione (non appartenenza, alienazione, disintegrazione dell'identità). Era perciò intuibile una condizione mentale di disadattamento permanente, che il paziente manifestava rispetto all'ambiente comunitario e a tutte le sue regole, disadattamento con caratteristiche esplosive ricorrenti, anche perché amplificato dal dispositivo giudiziario degli arresti domiciliari, che gli vietava di uscire dal Centro anche se accompagnato.

4 • Strumenti terapeutico-riabilitativi utilizzati

A) *Strumenti specifici*

- **Presenza contemporanea da parte di tre terapeuti del Centro, due psichiatri e una psicologa**, con suddivisione di ruoli, competenze e funzioni, all'interno di un approccio integrato e strettamente interagente nelle strategie di intervento. I tre ruoli erano fondamentalmente questi: 1) il garante del rispetto delle regole concordate, espressione razionale dell'autorità costituita; 2) la figura paterna di guida empatica e autorevole; 3) la figura materna aperta alla confidenza ed alla

accoglienza critica e costruttiva anche dei vissuti e degli agiti più irrazionali e disturbati del paziente.

- **Psicofarmacoterapia:** inizialmente benzodiazepine ed antidepressivi di seconda generazione, con il ricorso all'uso di neurolettici sedativi di prima generazione, a dosaggio moderato, per brevi periodi nei momenti di crisi; dopo qualche mese è stato introdotto il litio, che ha prodotto un miglioramento della forte instabilità emozionale, evitando il ricorso ai neurolettici al bisogno.
- **Psicoterapia:** 1) intervento ad orientamento cognitivo-comportamentale, condotto dalla psicologa, basato principalmente su sedute individuali bisettimanali, con il corollario di incontri di gruppo settimanali di tipo psicoeducazionale (vedi più avanti il paragrafo con la dettagliata descrizione delle modalità operative di tale intervento); 2) intervento ad orientamento familiare-sistemico, coinvolgendo nel Centro periodicamente e regolarmente i genitori del paziente. Tali incontri, che sono avvenuti con cadenza bimestrale, sono stati condotti dallo psichiatra, con la psicologa in qualità di osservatrice. Lo scopo di questi incontri è stato quello di migliorare la comunicazione intrafamiliare, aiutando il paziente e i suoi genitori ad esprimere in modo adeguato le proprie emozioni ed a prendere consapevolezza delle modalità di pensiero critico pregiudiziali e disfunzionali, poco empatiche e reciprocamente irrispettose delle scelte e dei desideri personali (patologia familiare). Il miglioramento della comunicazione ha permesso una partecipazione maggiormente condivisa del percorso riabilitativo da parte dei genitori del paziente, depotenziando automatismi comunicativi disfunzionali potenzialmente pericolosi soprattutto per la fase successiva alla dimissione del paziente dal Centro.
- **Attività risocializzanti, creative ed espressive di gruppo** (espressività corporea e manuale, disegno, ceramica, informatica, fotografia, musicoterapia, attività ludico-motorie, ecc.).

B) *Strumenti aspecifici*

Il “setting” riabilitativo, costituito dalla Comunità nella sua interezza, è stato utilizzato come un laboratorio metaforico e simbolico dell'ambiente esterno, grazie alla presenza di alcuni fattori:

- 1) il numero elevato dei pazienti ricoverati (una cinquantina);
- 2) la grande diversificazione delle loro caratteristiche biologiche (sesso ed età) e nosografiche;
- 3) la presenza di molte figure di riferimento in struttura al di là dei 3 terapeuti (infermieri, educatori, terapeuti della riabilitazione, operatori socio-sanitari e socio-assistenziali, personale ausiliario);
- 4) la presenza di numerosi volontari qualificati per le attività ludico-ricreative.

Una comunità ampia ha dato modo al paziente di manifestare varie tipologie di situazioni relazionali disfunzionali (manipolazioni, seduzioni, microaggregazioni sociali temporanee, vissuti di onnipotenza, vissuti depressivi, acting out generati da impulsi di rabbia e di frustrazione, ecc.). L'ambiente della Comunità è stato quindi utilizzato come un sistema controllato di osservazione e di intervento, un sistema dai confini ben delineati e contenente vettori e dinamiche relazionali verificabili: ciò ha permesso ai terapeuti di studiare dal vivo strategie di correzione dei meccanismi cognitivi disfunzionali del paziente, tamponando nel contempo le conseguenze disadattative più gravi sotto il profilo delle competenze relazionali e di autonomia personale, cosa impossibile se tali agiti fossero stati operativi in ambienti esterni incontrollabili.

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLE MODALITÀ DELL'INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO AD ORIENTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE EFFETTUATO SUL PAZIENTE

- **Scopi impliciti della psicoterapia**

Prioritaria risulta essere la relazione terapeutica creando un rapporto di fiducia e sviluppando una relazione di attaccamento stabile ed organizzata.

FASE 1: VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE

- ricostruzione della storia di vita del paziente;
- autocaratterizzazione [**★** *R. Lorenzoni e S. Sassaroli – La mente prigioniera – (2000) Raffaello Cortina*];
- concettualizzazione dei problemi del paziente;
- comprensione delle motivazioni e delle aspettative rispetto al cambiamento;

FASE 2: ORGANIZZAZIONE COGNITIVA ED EVOLUZIONE

- origine del problema nella specifica storia evolutiva;
- storia e schemi di attaccamento [**★** *G. Liotti. – Storia di attaccamento – (1994)*; **★** *P. M. Crittenden - Nuove prospettive sull'attaccamento*];
- Intervista sull'attaccamento [**★** *P.M. Crittenden – Attaccamento e psicopatologia in Pericolo, sviluppo e adattamento – Masson*];
- valutazione delle esperienze infantili del paziente [**★** *G. Liotti – La dimensione interpersonale della coscienza – (1994)*];
- accettazione delle figure genitoriali;
- lettura / condivisione diagnosi da DSM IV e discussione;
- organizzazione dei problemi del paziente;

- 164
- discussione degli elementi disfunzionali appresi e criteri metacognitivi di mantenimento dei problemi;
 - definizione degli obiettivi e persecuzione degli obiettivi condivisi;

FASE 3: INTERRUZIONE DEGLI AUTOMATISMI

- intervento sul disturbo borderline di personalità: [*★ M. Linehan - Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline - (2001) Raffaello Cortina*];
 - psicoeducazione emotiva;
 - riconoscimento emotivo e gestione delle emozioni negative (riduzione della reattività emotiva);
 - cambiamento degli schemi disfunzionali;
 - accrescimento dell'autovalidazione;
 - riduzione dei comportamenti che interferiscono con la qualità di vita ed innescano le crisi;
 - individuazione delle distorsioni cognitive e strategie di fronteggiamento (diario con registrazione delle situazioni critiche) [*★ F. Baldini - Homework - Un'antologia di prescrizioni terapeutiche - (2004) Mc Graw-Hill*];
 - dissuasione cognitiva (modello ABC di A. Ellis);
- intervento sul disturbo ossessivo-compulsivo [*★ Lakatos A., Reinecker H. - Terapia Cognitivo-comportamentale nel disturbo ossessivo-compulsivo - (2005) Giovanni Fioriti Editore*]:
 - registrazione dei fattori scatenanti i rituali;
 - misurazione del livello di ansia e di malessere percepiti;
 - discussione del modello esplicativo delle compulsioni e dei meccanismi di mantenimento;
 - esposizione graduale in vivo;

FASE 4: RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA

- intervento sul disturbo narcisistico/borderline di personalità: [*★ G. Dimaggio, A. Semerari - I disturbi di personalità - Modelli e trattamento - (2003) Editori Laterza*]:
 - scoperta guidata dei contenuti mentali problematici del paziente (temi di pensiero, emozioni, sensazioni somatiche);
 - incremento della metacognizione ed utilizzo degli stati mentali;
 - intervento sul deficit di monitoraggio e sui cicli interpersonali problematici;
 - interruzione del circuito di automantenimento dei cicli interpersonali disfunzionali;
 - promozione di livelli più elevati di abilità metarappresentative (deficit di identificazione, di relazione e accesso ai desideri non integrati);

- regolazione dell'autostima e dell'accettazione di sè;
- gestione degli stati di vuoto (sintonizzazione empatica, riduzione dell'isolamento sociale;
- autoriflessività (differenziazione, identificazione, integrazione);
- comprensione della mente altrui e intervento sul deficit di decentramento (esercizi di role playing);
- integrazione fra gli stati mentali;

FASE 5: SKILL TRAINING

- apprendimento delle abilità sociali [*★ M. Linehan - Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline - (2001) Raffaello Cortina*];
- addestramento all'assertività;
- incrementare le abilità interpersonali;
- incrementare le abilità di tolleranza alla frustrazione e alla sofferenza mentale;
- tecniche di consolidamento delle abilità sociali; [*★ A. Bellack, K.T. Mueser, S. Gingerich, I. Agresta - Social Skills Training - (2003) Centro Scientifico Editore*];
- procedure di risoluzione dei problemi;

FASE 6: STRATEGIE DI MASTERY

- discussione e condivisione delle strategie di mastery;
- aumento della tolleranza alla frustrazione, riduzione degli evitamenti e delle azioni dirette sullo stato problematico;
- autoimposizioni ad eseguire o a bloccare un comportamento e la regolazione volontaria dell'assetto mentale (distrazione);
- distanza critica dalle convinzioni problematiche;
- l'uso appropriato delle conoscenze generali sul proprio funzionamento mentale;
- l'uso della comprensione dell'altro per affrontare la dimensione interpersonale del problema;
- l'accettazione consapevole e matura dei propri limiti e degli aspetti fondamentali del proprio carattere, comprese le debolezze;

- 5 • L'aspetto chiave del percorso terapeutico-riabilitativo di questo paziente: l'adesione continuativa al trattamento

Il problema più grande che i terapeuti hanno dovuto affrontare con questo paziente è stato il suo contenimento, ovvero l'adesione continuativa al trattamento riabilitativo, nonostante i ripetuti episodi di crisi disadattative con aspetti di sabotaggio grave del lavoro in corso. La presenza della misura alter-

nativa alla detenzione in carcere, rappresentata dagli arresti domiciliari in comunità, si è rivelata lo strumento fondamentale di contenimento nei primi mesi di ricovero: in assenza di misure coattive energiche, rappresentate dal dispositivo di detenzione domiciliare, sarebbe stato impossibile evitare l'allontanamento volontario del paziente dalla Comunità e l'abbandono del percorso riabilitativo, sotto la spinta di distorsioni cognitive ed emotive cronicizzate in un soggetto peraltro fisicamente sano e prestante e con un buon livello intellettuale. I terapeuti sono riusciti a sfruttare questi primi mesi di ricovero coattivo, per sviluppare una alleanza terapeutica col paziente, attraverso la condivisione ed il superamento delle periodiche gravi crisi relazionali disadattative, generate in primis dal disturbo di personalità ed amplificate dalla presenza del dispositivo di detenzione domiciliare, fonte aggiuntiva di frustrazione per F. L'indulto di cui il paziente ha beneficiato, con la revoca improvvisa degli arresti domiciliari in Comunità, ha rischiato di rompere gli equilibri faticosamente costruiti ed ha generato nel paziente una grave conflittualità tra alleanza terapeutica e desiderio di libertà. Egli non si è allontanato dalla Comunità ma ha avviato una serie di atteggiamenti provocatori non violenti, di violazione delle regole della Comunità, interpretabili come una richiesta di aiuto (fuga dal Centro per procurarsi bevande alcoliche ed abuso delle stesse). Il conflitto è stato risolto con un breve ricovero volontario (di qualche giorno) in SPDC durante il quale il paziente, presenti il medico di reparto e il terapeuta della Comunità col ruolo del garante delle regole, ha accettato di sottoscrivere un contratto (decalogo di regole da seguire) per il rientro in Comunità e per il proseguimento del percorso riabilitativo. In tale contratto è stato descritto anche l'iter di proseguimento del percorso riabilitativo nel Centro e le possibili misure coattive che sarebbero state intraprese in caso di una sua non collaborazione futura nel percorso riabilitativo: espulsione definitiva dalla Comunità, con trasferimento coattivo in SPDC e concomitante segnalazione all'Autorità Giudiziaria del riemergere di atteggiamenti oppositivi e disfattisti verso le cure prescritte, atteggiamenti potenzialmente prodromici di comportamenti socialmente pericolosi per sé e per altri, con rischi elevati di reiterazione dei reati rispetto ai quali F. aveva appena ottenuto l'indulto. Il paziente, aiutato con questo escamotage (ricovero in SPDC + contratto sottoscritto) a superare il suo conflitto interno, si è sentito contenuto, attivamente responsabilizzato sul proprio destino futuro e quindi non abbandonato a se stesso: ha scelto quindi di rientrare volontariamente in Comunità. La cosa veramente importante è che F. non ha vissuto la strategia del contratto come una minaccia o un ricatto, ma come un non-abbandono da parte dei terapeuti, che gli hanno chiaramente manifestato per iscritto l'intenzione di usare tutti gli accorgimenti tattici praticabili e tutti gli strumenti contenitivi in loro possesso per impedirgli di imboccare strade autodistruttive.

6 • Obiettivi raggiunti nel percorso riabilitativo

Il percorso terapeutico-riabilitativo è proseguito nei mesi successivi senza complicazioni, grazie all'alleanza terapeutica creata a fatica nel corso dei mesi precedenti e rafforzata definitivamente proprio attraverso la risoluzione positiva della crisi post-indulto: l'alleanza terapeutica ha reso a sua volta più veloce la crescita delle dimensioni di auto-responsabilizzazione, di autostima e di insight complessivo.

Il quadro psicopatologico, rispetto all'ingresso, ha evidenziato un marcato miglioramento della sintomatologia di stampo narcisistico e una remissione del disturbo ossessivo-compulsivo. Dopo una fase di contatto con i servizi territoriali, (Equipe del Centro di Salute Mentale territorialmente competente) durata qualche mese, per programmare un corretto proseguimento del percorso riabilitativo a domicilio e dopo la fruizione positiva di qualche permesso di prova a casa, il paziente, che è apparso stabilizzato e ben motivato, è stato dimesso. Attualmente vive a casa propria con i genitori ed è seguito dal Centro di Salute Mentale che lo sta aiutando ad attivarsi sotto il profilo della reintegrazione sociale e lavorativa, con un percorso di autonomizzazione gradualmente crescente, pur con tutta la prudente lentezza del caso. A distanza di qualche mese dalle dimissioni, non ci sono state a tutt'oggi ricadute o episodi di scompenso psicopatologico.

7 • Conclusioni

Dalla vicenda anamnestica e clinica del paziente e dal suo percorso riabilitativo in questo Centro riteniamo possano trarsi le seguenti conclusioni.

- 1) ***Il dispositivo di ricovero coattivo in Comunità (arresti domiciliari), è risultato un fattore determinante per il successo del percorso riabilitativo, almeno per tutti i primi mesi del trattamento terapeutico-riabilitativo***, evitando l'altissimo rischio di drop-out prima che fossero stati interrotti i circuiti disfunzionali e disadattativi di natura cognitivo-comportamentale del paziente, attraverso il contemporaneo sviluppo di una adeguata alleanza terapeutica. Si può dire che il paziente è stato "salvato", ovviamente in presenza di risorse riabilitative adeguate, dal dispositivo coattivo di ricovero, in assenza del quale difficilmente si sarebbe sottoposto volontariamente ad un faticosissimo percorso terapeutico-riabilitativo, continuando probabilmente in quel suo iter psicopatologico autodistruttivo fino alle estreme e fatali conseguenze. Questa osservazione pone interrogativi inquietanti sul destino dei tanti pazienti psichiatrici "difficili", la cui psicopatologia, sia essa un grave disturbo di personalità o una psicosi, li induce,

attraverso una carenza di insight, al rifiuto di sottoporsi a percorsi terapeutico-riabilitativi protratti in comunità, in assenza di dispositivi coattivi, attualmente non previsti per soggetti che non commettano reato.

2) Il paziente, affetto da un gravissimo “ Disturbo misto di Personalità” ed autore di reati, si è efficacemente giovato di un percorso terapeutico-riabilitativo in un Centro Psichiatrico per pazienti gravi, al ricorrere di tre condizioni.

La prima è da attribuire alla durata prolungata del ricovero, protrattosi per circa due anni.

La seconda è da riferirsi all'utilizzazione di una metodica riabilitativa specializzata, che si è avvalsa dell'intervento integrato e continuativo di tre psicoterapeuti, ciascuno con un ruolo ben definito all'interno del setting di lavoro col paziente.

La terza è riconducibile alla tipologia strutturale ed organizzativa del Centro: la sua grandezza (49 posti tra residenziali e semiresidenziali) e la presenza di una popolazione di pazienti variegata sotto il profilo nosografico hanno fornito al paziente una vasta gamma di stimoli relazionali diversificati, tali da permettergli una piena utilizzazione dei fattori terapeutici aspecifici di comunità.

Bibliografia

- DIMAGGIO G., SEMERARI A. (2003), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Laterza, Roma-Bari.
- GABBARD G.O. (2002), *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano.
- HORWITZ L. GABBARD G.O., ALLEN J.G., FRIESWYK S.H., COLON D.B. (1998), *Psicoterapia su misura. Pazienti Borderline e patologie mentali gravi*. Raffaello Cortina, Milano.
- LAKATOS A., REINECKER H. (2005), *Terapia cognitivo-comportamentale nel disturbo ossessivo-compulsivo. Un manuale terapeutico*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- LINEHAN M.M. (2001), *Trattamento cognitivo-comportamentale nel disturbo borderline. Il modello dialettico*. Raffaello Cortina, Milano.

NOTA

I dati del presente articolo sono stati in parte comunicati al II° Congresso Nazionale dell'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere “ I Disturbi Gravi di Personalità”, Castiglione delle Stiviere (MN), 10-11 dicembre 2006.

Va sottolineato che in tale occasione il paziente, descritto nella comunicazione e nel presente articolo, era ancora ricoverato a Villa San Pietro e non era stato possibile descrivere nulla sulla verifica clinica e psico-sociale del dopo-dimissioni. Inoltre tale comunicazione era un riassunto sintetico della anamnesi e delle principali linee guida terapeutico-riabilitative adottate, senza descrivere nel dettaglio i singoli interventi terapeutici, così come invece è stato fatto nel presente lavoro.