

## CRIMINOLOGIA CLINICA

# 01

*Roberto Catanesi  
Felice Carabellese  
Domenico Guarino*

“  
**ANALISI  
DEL COMPORTAMENTO VIOLENTO  
IN UNA POPOLAZIONE  
DI PAZIENTI PSICHIATRICI  
IN PUGLIA E BASILICATA**  
”

RASSEGNA ITALIANA DI  
**CRIMINOLOGIA**  
anno I - n. I - 2007

## • Introduzione

---

Nonostante la malattia mentale sia stata messa in relazione con la commissione di crimini violenti, le risultanze degli studi condotti sul comportamento violento del paziente psichiatrico conducono a considerazioni non sempre univoche, tanto sulla effettiva ricorrenza statistica del fenomeno quanto sui fattori in grado di produrre modifiche apprezzabili. Di qui l'interesse per l'argomento mostrato dagli Autori che hanno effettuato uno studio retrospettivo sulle cartelle cliniche di quattro servizi psichiatrici pubblici delle Regioni Puglia e Basilicata concernenti tutti i pazienti trattati continuativamente nel periodo 1995-1999, per complessivi 1582 pazienti. Si è scelto di utilizzare uno strumento standardizzato di rilevazione dati, originale, organizzato in tre differenti sezioni. I dati, raccolti poi in un database, sono stati elaborati con i software SPSS, Statview, EpiInfo 2003 per la descrizione statistica e successivamente sottoposti ad analisi multivariata per la verifica delle variabili emerse.

Oltre che di interesse criminologico e psichiatrico-forense, la ricerca si riprometteva di identificare eventuali fattori di rischio e/o protettivi al fine di fornire un contributo concreto per prevenire comportamenti violenti nel malato di mente ed indirizzare verso un trattamento più efficace.

In effetti il campione indagato ha evidenziato correlazioni significative fra malattia mentale (in particolare la più grave, di natura psicotica) e comportamento violento (per lo più eterodiretto). Questo è emerso nella storia clinica di oltre un terzo (36,3%) dei pazienti del nostro campione, così come sono stati individuati specifici fattori di rischio e protettivi. Ne è risultato il profilo del paziente più a rischio di comportamento violento (maschi, con patologia psicotica, esordio precoce ed una lunga storia clinica, costellata di ricoveri ospedalieri, con scarsa compliance al trattamento ed una famiglia di origine patogena). Di particolare interesse l'abuso di sostanze, dimostratosi fattore di rischio specifico.

Fattori protettivi sono risultati, invece, una buona compliance alle cure e la presenza di una buona qualità delle relazioni sia intra che extra-familiari.

## 1 • Metodo

---

Il comportamento violento del paziente psichiatrico è stato indagato attraverso uno studio retrospettivo effettuato sulle annotazioni contenute nelle cartelle cliniche di quattro differenti servizi psichiatrici pubblici delle regioni Puglia e Basilicata, uno dei quali gestiva anche un reparto di cura. Sono stati presi in considerazione tutti i pazienti trattati continuativamente nel periodo 1995-1999.

Sono stati esclusi i pazienti occasionali (ad es., quelli sottoposti a consulenze), come pure i pazienti visitati solo per il rilascio di certificazioni medico-legali.

I servizi presi in considerazione rispondevano tutti ad analoghi criteri di omogeneità: figure professionali presenti in ogni singola équipe, modalità di accesso al servizio e di “presa in carico” del paziente, numero di cittadini residenti nel territorio servito, caratteristiche del territorio (città di media grandezza). Da segnalare, inoltre, che nel territorio di ogni servizio insisteva una rete di strutture riabilitative pressoché completa (centri diurni, gruppi appartamento, strutture residenziali). Le strutture erano gestite dal cosiddetto “privato sociale”. In ogni Comune compreso nell’indagine erano presenti, inoltre, i servizi sociali degli enti locali.

È stato utilizzato uno strumento standardizzato di rilevazione dati utile per la successiva valutazione informatica, organizzato in tre differenti sezioni. Sono state previste risposte al questionario per lo più dicotomiche (sì/no), più raramente a scelta multipla non esclusiva; per questa ragione nell’analisi descrittiva la somma delle percentuali alle singole risposte può essere maggiore del cento per cento. Solo per poche domande che richiedevano risposte “descrittive” è stata scelta l’opzione della forma aperta: le risposte sono state ricodificate a posteriori per consentirne l’analisi.

La *prima sezione* comprende notizie anagrafiche (età, sesso, luogo di nascita e di residenza, scolarità, attività lavorativa), composizione familiare e modalità relazionale mostrata nei confronti del congiunto malato (partecipe, patogena, disinteressata, ipercoinvolta), oltre a notizie in ordine a comportamenti violenti o abuso di sostanze in famiglia.

La *seconda sezione* prende in considerazione le notizie cliniche: a) diagnosi; b) inizio e tipologia dei disturbi manifestati; c) modalità del primo contatto con il servizio (spontaneo, accompagnato da familiari o coattivo); d) trattamento intrapreso (farmacologico, psicoterapico, combinato, ricovero, inserimento in strutture riabilitative); e) compliance mostrata (buona, soddisfacente, insufficiente, discontinua, eventuali resistenze o interruzioni); f) livello di adattamento psicosociale mostrato dal paziente (buono, soddisfacente, insoddisfacente, scarso o nullo); g) qualità delle relazioni sociali all’interno della famiglia ed all’esterno (graduate in entrambi i casi in buone, soddisfacenti e scarse); h) anamnesi positiva per ricoveri ospedalieri, modalità dei ricoveri e loro ricorrenza, così qualificata: continua (1 ricovero o più in un anno), frequente (almeno 1 in 2 anni), sporadico (almeno 1 ogni 4 anni), irregolare (continui o frequenti seguiti da significative pause), occasionale. È stato poi rilevato se i ricoveri avevano richiesto l’intervento della forza pubblica (in maniera frequente, sporadica o occasionale), la durata media del ricovero (entro 7, 15, 21 giorni o oltre), la motivazione del ricovero (fra cui anche aggressività auto-eterodiretta, inclusa l’agitazione psicomotoria o scompenso acuto); i) l’eventuale comorbidità con uso di sostanze.

La *terza sezione* comprende notizie sugli eventuali comportamenti violenti: a) direzione (autodiretta, eterodiretta o contro cose); b) qualificazione (suicidio mancato, tentato suicidio, mutilazioni, lesioni, omicidio, tentato omicidio, lesioni da arma bianca o da arma da fuoco, lesioni da oggetti contundenti, percosse, maltrattamenti, violenza verbale e minacce); c) frequenza (episodio singolo o sporadico, ricorrente, frequente); d) gravità nel tempo (costante, alternato, ingravescente); e) fenomenologia abituale (immediato – ovvero brusco passaggio all’atto – progressivo, estemporaneo, non distinto); f) correlazioni con fattori scatenanti (eventi stressanti, eventi stressanti seguiti da interruzione della terapia, sospensione della terapia, cambiamento dello staff, nessun evento precedente); g) obiettivo (madre, padre, germani, parenti, figure significative, altri); h) da chi era stata presentata la prima richiesta di aiuto (familiari, parenti o altri); i) verso chi era stata indirizzata (libero professionista, servizio psichiatrico pubblico).

Altre informazioni acquisite attengono: a) tipo di intervento effettuato dal servizio psichiatrico dopo un comportamento violento (solo visita, farmacologico, ricovero volontario o coattivo in ospedale); b) modifiche ottenute dopo l’intervento (rilevanti, modeste, scarse o nulle) e da cosa prodotte (terapia farmacologica, interventi sul contesto ambientale, sulla famiglia, combinati); c) denunce all’autorità giudiziaria; d) condanne penali o misure di sicurezza subite.

Tutti i dati, raccolti in un database, sono stati successivamente elaborati con i software SPSS, Statview, EpiInfo 2003 per la statistica descrittiva e la verifica delle ipotesi. Per valutare l’eventuale associazione fra variabili categoriche è stato utilizzato il test del chi quadrato; per il confronto tra medie è stata utilizzata l’analisi della varianza e, dove necessario, test non parametrici; per la valutazione delle variabili associate al comportamento violento è stato impostato un modello di analisi multivariata (regressione logistica); sono state incluse nel modello solo le variabili risultate significativamente associate nell’analisi univariata.

Sono stati considerati significativi valori di  $p < 0.05$ .

## 2 • Risultati

### *Descrizione del campione*

Il campione è composto da 1582 pazienti, per lo più adulti (il 48,4% è di età compresa fra i 30 e 49 anni), ripartiti quasi equamente fra maschi (49%) e femmine (51%).

Il livello di scolarizzazione (1,8% non determinato) è piuttosto basso: il 9,5% non è scolarizzato, ha la licenza elementare il 35,9%, il diploma di scuola media inferiore il 32,1%; quello di scuola media superiore il 18,5%; rari i laureati (2,6%). Limitata la quota di pazienti proficuamente inseriti nel

contesto lavorativo (44,9%), per lo più peraltro in attività manuali (36,6%). Alta la percentuale di invalidi civili (26,8%) e casalinghe (19,2%). Minima di persone impegnate in attività intellettuali (2,0%) o imprenditoriali (0,3%).

La famiglia, in generale, è risultata “partecipe” delle vicende del proprio congiunto affetto da malattia mentale nel 61,1%.

Le diagnosi più rappresentate sono Disturbo dell’Umore (41,2%), Disturbi Psicotici (27,3%), Disturbi dello spettro ansioso (17,6%). Meno rappresentati i pazienti affetti da insufficienza mentale (4,3%), i disturbi da abuso di sostanze (3,9%), i disturbi della personalità (2,9%), le demenze (1,9%). Il restante 0,9% è costituito da una costellazione di diagnosi statisticamente non rilevanti.

Prevalgono i pazienti con una lunga storia clinica alle spalle: nel 70% è superiore ai 10 anni.

La modalità del primo contatto con il servizio avviene nel 9,4% tramite accompagnamento coattivo; nel 62,4% il paziente è accompagnato dalla famiglia, nel 26,1% lo fa spontaneamente, nel 2,1% con altre modalità.

Dopo il primo contatto con i servizi, quasi la totalità dei pazienti ha intrapreso un trattamento farmacologico (84%), solo il 13,8% un percorso psicoterapico; marginale la quota di pazienti inseriti in strutture riabilitative (5,3%). Il 10,11% ha avuto un ricovero dopo il primo contatto con il servizio.

La compliance ai trattamenti intrapresi dopo il primo contatto è descritta dai sanitari come “buona” nel 31,7%, “soddisfacente” nel 39,8%; l’adattamento psicosociale “soddisfacente” nel 53,4%, “buono” nel 15,7%.

Circa un terzo (35,8%) dei pazienti presi in carico dai servizi ha avuto, nel tempo, bisogno di ricovero; nel 44,7% dei casi in modo occasionale, nel 28,3% in maniera frequente o continua e nel 27% in maniera irregolare o sporadica. La motivazione al ricovero è risultata essere uno scompenso acuto nel 56,5% dei casi, aggressività auto-eterodiretta nel 39,5%, altro motivo nel 4,0%. È emersa un’associazione positiva tra presenza di ricoveri nella storia clinica e verificarsi di episodi di violenza (OR 9.0, IC 95% 7.1-11.5;  $\chi^2=373.7$ ,  $p<0.05$ ); questo dato non stupisce visto che tra i motivi del ricovero vi è spesso proprio aggressività etero-autodiretta. Il ricovero ha richiesto l’intervento della Forza pubblica nel 47,7% dei casi. L’intervento della Forza pubblica nel 90,4% dei casi ha riguardato soggetti che hanno presentato episodi di violenza.

In circa il 50% dei casi il ricovero è cessato entro 15 giorni; entro 21 giorni nel 30%. Si è protratto sino ad un mese o oltre nel 15%. Ricoveri inferiori a 7 giorni sono risultati rari (5%). È il caso di sottolineare a riguardo che la normativa del nostro Paese sui ricoveri psichiatrici obbligatori prevede una specifica durata massima indicata in 7 giorni, eventualmente prorogabili previo provvedimento del Giudice Tutelare. Non vi sono previsioni analoghe invece per i ricoveri volontari.

L’11,4% del nostro campione ha fatto un uso di droghe descritto come

“attuale” (80%) e “costante” (92,81%), per lo più di una sola sostanza (alcol 77,9%, cannabis 11,0%); raramente di più sostanze (17,1%).

### *I comportamenti violenti*

Comportamenti violenti emergono nella storia clinica di oltre un terzo (36,3%) dei pazienti del nostro campione. Come si vedrà più dettagliatamente in seguito, anche a considerare solo i comportamenti violenti più severi, ovvero escludendo le minacce verbali, si ottiene una percentuale (26,5%) più alta rispetto a quella ottenuta da altre ricerche analoghe. Barlow et al. (2000), ad es., rilevarono percentuali del 13,7% di comportamenti violenti messi in atto da pazienti affetti da disturbi dell'umore e psicotici in un reparto di psichiatria, in un periodo di tempo di 18 mesi su un campione totale di 1269 pazienti. Altri autori (Swanson et al., 2002) hanno stimato al 13% i comportamenti violenti “severi” commessi da pazienti affetti da grave patologia psichiatrica in una più recente indagine condotta nell'arco di un anno su un campione di 802 pazienti.

Più alte (40% circa), invece, le percentuali riportate nello studio di Boles et al. (2001) condotto su 42 pazienti ambulatoriali in comorbidità con abuso di sostanze. Alte percentuali di comportamento violento (45%, per lo più minacce verbali) sono state registrate anche in uno studio condotto in un reparto di cura da Powell et al. (2001), come pure nella ricerca di Kaliski (2002) condotta tuttavia, in un periodo di 6 mesi, su 155 soggetti afferenti ad una unità di psichiatria forense.

Un particolare osservatorio è quello prescelto dalla ricerca di Soares et al. (2000), condotta nel distretto di Stoccolma solo su personale di cura (330 psichiatri e 731 infermieri); l'85% degli intervistati, senza alcuna differenza di ruoli, dichiarò di aver avuto esperienza diretta di episodi di violenza nella propria carriera lavorativa, episodi che si erano verificati nel 57% dei casi nel corso dell'ultimo anno.

Torniamo ora al nostro campione ed alla descrizione qualitativa dei comportamenti violenti. Si tratta in massima parte di violenza eterodiretta (76,7%). Comportamento auto/eterodiretto ricorre nel 9,2%, quello esclusivamente autodiretto nel 14,1%.

Nettamente preponderanti, fra i pazienti con comportamento violento, i maschi (65,74%), dato in linea con la letteratura di argomento (Kaliski, 2002; Barlow, 2000)<sup>1</sup>.

1 Una voce difforme è quella di Hiday V., Swartz M., Swanson J., Borum R., Wagner H.: “Male-female differences in the setting and construction of violence among with severe mental illness”, *Soc. Psy. and Psy. Epidemiology*, 1998, 33 sup.1, 68-74.) il cui lavoro non sembra confermare significative differenze fra maschi e femmine.

Fra i comportamenti violenti diretti verso persone da segnalare la prevalenza di violenze verbali e minacce (53,6%); seguono maltrattamenti e percosse (39,8%), lesioni da percosse (14,5%), da oggetto contundente (2,9%), da arma da fuoco (0,7%), da arma bianca (0,7%), tentato omicidio (0,9%) ed omicidio (0,7%). Va segnalato che fra i pazienti che compiono atti violenti verso le persone vi è tendenza significativa alle recidive (ricorrenti 42,8%, frequenti 17,1%) e che in quasi la metà di questi (47,1%) vi sono segnali di progressione del comportamento violento.

Per quanto riguarda i comportamenti autodiretti si tratta in massima parte di tentativi di suicidio (70,9%) o di suicidi mancati (7,5%); comportamenti autolesivi ricorrono nel 23,9%, vere e proprie mutilazioni solo nello 0,7%. Gli episodi autolesivi sono per lo più singoli (64,2%), per oltre la metà imprevedibili (estemporaneo = 26,1%; immediato = 27,6%). Nel 34,3% dei casi, tuttavia, vengono descritti come “progressivi”.

Il comportamento violento solo verso cose sembra avere carattere sporadico (59,6%) ed imprevedibile (“immediato” = 38,5%, “estemporaneo” = 19,2%).

#### *Associazioni significative con comportamento violento*

Nel sottogruppo di pazienti con comportamento violento *la sospensione della terapia* sembra essere correlata con episodi di violenza eterodiretta (57,5%) ( $\chi^2 = 5,8$  con  $p < 0,05$ ; OR = 1,8 con IC 95% 1,1 – 2,9), anche contro persone (58,1%) ( $\chi^2 = 5,5$  con  $p < 0,05$ ; OR = 1,6 con IC 95% 1,1 – 2,4). Nel 21,3% eventi stressanti precedono il verificarsi di atti violenti e nel 12,9% si segnala la correlazione evento stressante seguito da sospensione della terapia. Episodi di violenza autodiretta seguono l'interruzione della terapia nel 49,3% dei casi e sono preceduti da eventi stressanti nel 20,9% dei casi; nel 13,4% all'evento stressante segue interruzione di terapia. Ciò nonostante l'analisi statistica non sostiene l'ipotesi che nella violenza autodiretta la sospensione della terapia (successiva o meno a eventi stressanti) o la presenza di eventi stressanti siano significativamente correlati. Sembra essere trascurabile il ruolo attribuibile a cambiamenti di staff nell'equipe del servizio territoriale; non sono emerse difatti differenze significative in tal senso. Impostando infatti un modello di regressione logistica, per l'analisi multivariata dei parametri “eventi significativi” quali presenza di eventi stressanti, sospensione della terapia, cambiamento dello staff, i risultati dell'analisi univariata sono confermati: il rischio che si verifichino episodi di violenza eterodiretta è doppio nel caso in cui si abbiano eventi stressanti (OR = 2.1), sospensione della terapia causata o meno da eventi stressanti (rispettivamente OR = 2.4 e 2.5). Nessuna variabile influenza la violenza autodiretta.



a) *Comorbidità con abuso di sostanze*

Compare in una minoranza (11,4%) del campione generale di 1582 pazienti, ma il 79,55% dei soggetti che abusano di sostanze mette in atto un comportamento violento (OR = 8.7 con IC 95% 5.8 – 12.9;  $\chi^2 = 162.7$  con  $p < 0.05$ ) specie di tipo eterodiretto (63,1%). Il 17,36% dei soggetti con abuso di sostanze e comportamento violento è rappresentato da poliassuntori. Un ruolo peculiare sembra svolgere la cannabis. La coesistenza fra disturbo mentale ed abuso di cannabis ricorre difatti in soggetti con comportamento violento nel 3,9% dei casi; nei pazienti non violenti è solo lo 0,2% (OR = 19.2 con IC 95% 4.4 – 118.6;  $\chi^2 = 30.9$  con  $p < 0.05$ ).

Si tratta di dati in accordo con la letteratura (Barlow *et al.*, 2000) al punto da poter affermare che l'abuso di sostanze, nel comportamento violento del malato di mente, rappresenta in effetti la correlazione con maggiori conferme in letteratura (Soyka, 2000).

Anche nello studio di Soliman e Reza (2001), condotto su 474 pazienti ricoverati, l'abuso di sostanze – presente in 49 pazienti – è stato positivamente correlato con comportamento violento. A simili conclusioni giungono anche altre indagini (Eronen *et al.*, 1998; Boles *et al.*, 2001).

In una di queste, condotta per un periodo di 4 mesi su un campione di 331 pazienti, si notò come la non compliance al trattamento e l'abuso di sostanze rappresentassero significativi predittori di comportamento violento (Swartz *et al.*, 1998).

Non mancano peraltro voci dissonanti. Lo studio condotto su un campione di 1.151 pazienti con differenti diagnosi psichiatriche (Stuart *et al.*, 2001), non ha rilevato correlazioni fra comportamento violento e malattie mentali in comorbidità con abuso di sostanze.

b) *Diagnosi psichiatrica*

La distribuzione dei diversi disturbi mentali tra i due gruppi di pazienti con e senza comportamenti violenti è significativamente diversa ( $\chi^2 = 264.6$ ,  $p < 0.05$ ). Disturbo psicotico è la diagnosi statisticamente più ricorrente nei pazienti con comportamento violento. I pazienti psicotici (il 27,3% del campione totale) vi contribuiscono difatti nel 43,3%.

Esaminiamo più da vicino questo gruppo di pazienti. In primo luogo va detto che nel 57,3% dei pazienti psicotici è segnalato in cartella un comportamento violento, quasi sempre eterodiretto (81,5%). Fra i tre raggruppamenti diagnostici principali (disturbo schizofrenico (78,8%), schizoaffettivo (17,7%) e psicotico breve (3,5%)) è senz'altro il primo a caratterizzarsi per una maggiore percentuale di comportamento violento (62,3%).

Ancora una volta a mettere in atto comportamenti violenti sono più spesso i maschi (63,1%); l'età prevalente è quella dei giovani adulti (il 63%) per lo più non inseriti in contesto lavorativo (comportamento violento si



rileva nel 71.8% degli invalidi civili, nel 78.6% dei pensionati e nel 66.7% dei disoccupati). La scolarità non sembra incidere significativamente: comportamento violento si rileva nel 62,1% dei pazienti in possesso di licenza media e nel 64,6% di quelli con diploma superiore. L'età media fra i gruppi che hanno o non hanno manifestato comportamento violento non è statisticamente rilevante (44.6 contro 45.9 anni,  $p=0.27$ ).

Obiettivo della violenza è solitamente il nucleo familiare ristretto: nel campione generale oltre la metà delle aggressioni alla madre (53,2%), al padre (54,5%) o ai germani (56,3%) sono messe in atto, infatti, da psicotici.

Quanto ai disturbi dell'umore – la diagnosi più rappresentata nel totale del nostro campione, il 41,2% – contribuiscono al totale di comportamenti violenti nel 29,7%. Osservando più in dettaglio solo i pazienti con Disturbi dell'Umore si nota che solo 1 paziente su 4 (26,2%) ha manifestato un comportamento violento, per lo più eterodiretto (65,7%). Disturbo dell'Umore è invece la diagnosi più ricorrente in caso di comportamento violento autodiretto (46,9%). Tra i pazienti con diagnosi di disturbo dell'umore vi è preponderanza delle femmine (63,4%), ma i maschi mettono in atto comportamenti violenti con frequenza quasi doppia (maschi 36,9%/femmine 20,0%). La classe di età in cui più frequentemente si compie violenza è 50-59 anni (32,4%); anche in questo caso la scolarizzazione non sembra influire sul comportamento violento ( $p > 0.05$ ). I comportamenti violenti risultano più frequenti nel sottogruppo del Disturbo Bipolare (47,9%, OR = 3.9 IC 95% 2.7 – 5.8,  $p < 0.05$ ), mentre nei disturbi depressivi (che sono i più frequenti 53,3%) gli agiti violenti sono il 18,9%.

Quanto ai disturbi dello spettro ansioso costituiscono il 17,6% dell'intero campione esaminato ma sono poco rappresentati nel gruppo di pazienti con comportamento violento (2,3%). Solo un paziente su 20 circa, affetto da Disturbi d'Ansia, mette in atto comportamenti violenti, per lo più eterodiretti (78.6%). Si tratta per lo più di maschi (rapporto M/F di 4:1). L'età anche in questo caso non risulta significativamente rilevante fra i due gruppi.

Per i disturbi che affronteremo di seguito (ritardo mentale, demenze, disturbi della personalità) va fatta preliminarmente una premessa. Si tratta di patologie che per svariate ragioni (legate alle modalità di assistenza sanitaria sul territorio, culturali, etc.) meno frequentemente giungono all'osservazione dei servizi psichiatrici territoriali. È esperienza comune che, quando ciò accade, si tratta di campioni "selezionati" di soggetti, ovvero quelli che manifestano più rilevanti alterazioni del comportamento, che producono allarme in famiglia o nell'ambiente sociale. In altri termini si tratterebbe non di un campione rappresentativo di pazienti ma già, in qualche modo, selezionato proprio sulla ricorrenza di disturbi del comportamento. Ciò detto veniamo ai dati.

La percentuale di insufficienti mentali (che sono il 4,3% del totale) nella cui storia clinica si rilevano comportamenti violenti è alta, pari al 64,2%, nell'89,4% dei casi eterodiretta. Quando la esprimono verso persone è per lo più diretta verso la famiglia ristretta, specie nei confronti della madre. Il 16,5% del totale delle aggressioni indirizzate alla madre ed il 16,7% contro germani è commessa da insufficienti mentali. Raramente la violenza è invece diretta verso il padre (4,5%). A manifestare comportamenti violenti sono per lo più maschi (67,5%), anche se la differenza con l'altro sesso non risulta in questo gruppo significativa ( $p > 0,05$  con IC 95% dell'OR 0,2 – 1,9); la diagnosi più ricorrente è di ritardo di moderata gravità (32,8%). L'età non è significativa nei due gruppi.

Andamento analogo si osserva nei Disturbi della Personalità. Rappresentano il 2,9% dell'intero campione indagato ma la loro percentuale nel gruppo con comportamento violento è quasi doppia (4,6%). Il 57,8% dei casi con questa diagnosi ha, nella sua storia clinica, comportamenti violenti, per lo più (83,3%) eterodiretti, indirizzati all'interno ma anche all'esterno della famiglia, in egual misura. Si tratta di maschi (68,8%), molto giovani (il 77,8% ha fra i 20 e 29 anni). La differenza con il sesso femminile risulta in questo gruppo significativa (OR = 0,2, IC 95% 0,05 – 0,8,  $p < 0,05$ ).

Non vi sono significative differenze rispetto al titolo di scuola posseduto ed allo stato occupazionale.

Tanto può dirsi anche per le demenze, che costituiscono solo l'1,9% del campione generale ma che incidono in percentuale quasi doppia (3,7%) sul campione con comportamento violento. Il 72,4% dei dementi del nostro campione, difatti, ha messo in atto comportamenti violenti, nel 87,0% dei casi eterodiretti. L'età media registrata in questo gruppo è pari a 72,0 anni.

Una sottolineatura meritano i risultati relativi alla diagnosi di uso/abuso di sostanze. Ricorre solo nel 3,8% del campione totale di 1582 pazienti esaminati, ma il 58,3% di loro ha un'anamnesi positiva per comportamento violento, quasi totalmente (89,7%) eterodiretto.

Ancora una volta prevalgono i maschi (59,3%) ma in questo caso le vittime della violenza si distribuiscono in modo più ampio, prevalentemente all'esterno della famiglia.

La fascia di età più esposta è fra i 30 ed i 39 anni (81,3%); la scolarità non influisce sul comportamento; l'occupazione è più spesso manuale (58,7%). In oltre la metà dei soggetti (52,9%) con disturbo di abuso di alcool ricorrono episodi di violenza, ma non si evidenziano differenze significative nei gruppi che fanno abuso di sostanze diverse (OR = 0,14, IC 95% 0,01 – 1,2,  $p > 0,05$ ). Il poliassuntore, rispetto al monoassuntore, ha un rischio lievemente maggiore di sviluppare un comportamento violento (OR impossibile da calcolare; RR = 1,31 con IC 95% 1,2 – 1,4;  $c^2 = 6,1$  con  $p < 0,05$ ).

c) *Durata del disturbo psichico*

La durata del disturbo psichico, calcolata facendo riferimento all'insorgenza dichiarata dei primi sintomi, è un dato noto nell'88,5% del campione totale. Il confronto tra durata media della malattia nei gruppi di pazienti con o senza comportamenti volenti è rispettivamente di 18,3 e 15,2 anni (mediana 17 e 14, moda 10 e 6); tale differenza è risultata significativa sul campione totale (test Mann-Whitney 45,1,  $p < 0,05$ ) ma, suddividendo il campione in sottogruppi in base al tipo di disturbo psichico, la significatività è confermata solo per i disturbi dell'umore e per i disturbi da sostanze.

In definitiva il protrarsi del decorso di malattia aumenta il rischio di comportamento violento ma solo per le diagnosi innanzi citate.

d) *Differenze di genere*

Nel campione generale maschi (48,9%) e femmine (51,1%) sono rappresentati in egual modo, ma il comportamento violento prevale nettamente fra i maschi (65,7%). Solo 1 donna su 4 (24,4%) ha registrato in cartella un comportamento violento, mentre per i maschi il rapporto è quasi 1 su 2 (48,9%). Prevale nelle femmine (51,5%) il comportamento violento auto-diretto, anche se in maniera non significativa; nei maschi invece quello eterodiretto (69,8%, OR = 3.6 IC 95% 2.8 – 4.5,  $p < 0.05$ ).

e) *Ricoveri ospedalieri*

In coerenza con altri dati di letteratura (Brennan et al., 2000) anche nella nostra ricerca i pazienti con comportamento violento accumulano più ricoveri nella loro lunga storia clinica, con cadenza segnalata come "frequente" o "continua" nel 67,7% dei casi. Solo il 18,9% dei pazienti che non ha ricoveri in anamnesi risulta aver messo in atto un comportamento violento. La presenza di ricoveri nella storia clinica è significativamente associata al comportamento violento (OR = 9.0 IC 95% 7.1 – 11.4,  $\chi^2 = 373.7$ ,  $p < 0.05$ ).

f) *Obiettivi della violenza*

Per oltre due terzi (64,1%) le vittime sono membri della famiglia (altri parenti, madre, germani, padre, in ordine decrescente). Dopo un episodio violento nel 90,0% dei casi è la famiglia stessa ad attivarsi nella ricerca di aiuto, che viene indirizzata quasi esclusivamente ai servizi psichiatrici pubblici; solo il 5,2% si rivolge a libero-professionisti.

Qualche differenza si nota quando la violenza è autodiretta: la richiesta di aiuto ai servizi scende (78,4%) ed aumenta il numero di quanti si rivolgono a libero-professionisti (12,3%).

g) *Interventi attuati dal Servizio dopo un comportamento violento*

L'intervento del servizio dopo un episodio di violenza etero o autodiretta

è, in generale, per lo più di significato “contenitivo” o sintomatico: nell’54,3% dei casi il trattamento è farmacologico, seguito nel 41,0% da un ricovero ospedaliero, volontario (57,2%) od obbligatorio (TSO) (42,8%).

Il ricorso ad un ricovero coattivo è maggiore in caso di violenza eterodiretta (48,2%) che autodiretta (32,7%).

Che il comportamento violento eterodiretto susciti allarme, con conseguente ricovero o inserimento in strutture, è confermato dal fatto che anche l’opzione dell’inserimento in strutture riabilitative, scelta certamente minoritaria (5,3%), è motivata quasi sempre (90%) da episodi di violenza eterodiretta contro persone.

Nel complesso i risultati ottenuti dai servizi psichiatrici territoriali in caso di intervento per comportamento violento eterodiretto sono valutati come “rilevanti” nel 46,7%, “modesti” nel 42,6%, “scarsi” nel 10,7%.

Nella violenza autodiretta appaiono leggermente migliori (“rilevanti” 54,8%) e sono determinate da: trattamento farmacologico (76,1% dei casi), interventi sulla famiglia (29,9%), allontanamento da casa ed inserimento in struttura residenziale/semiresidenziale (19,4%).

Le strategie variamente determinate combinate fra loro, prevedono: trattamento farmacologico 77,9%, intervento sulla famiglia 21,3%, modifiche ambientali 26,1%.

#### *h) Continuità terapeutica e compliance al trattamento*

L’aver intrapreso, sin dal primo contatto con i servizi, un adeguato trattamento psicofarmacologico sembra essere un fattore di protezione importante: solo un terzo dei pazienti in costanza di cure farmacologiche (35,0%) ha, infatti, un’anamnesi positiva per comportamento violento. Al contrario quanti, dopo il primo contatto con i servizi, non hanno intrapreso un trattamento farmacologico (16% dei pazienti) hanno manifestato nel 43,5% dei casi comportamento violento. Dunque, il trattamento farmacologico sembra svolgere un ruolo significativamente “protettivo” (OR = 0.70, IC 95% 0.53-0.92;  $\chi^2=6.6$ ,  $p<0.05$ ).

Anche un livello buono di compliance al trattamento sembra essere positivamente correlato, visto che in questo gruppo di pazienti emerge solo l’11,95% di comportamenti violenti. Invece i pazienti con compliance al trattamento “insufficiente” (11,8%) o “discontinua” (15,3%), possiedono percentuali molto più elevate di comportamento violento (rispettivamente 68,3% e 59,5%), per lo più eterodiretto (oltre l’80%). Confrontando il gruppo con compliance al trattamento “buona o soddisfacente” con il gruppo a compliance “discreta o insufficiente”, l’attitudine ad un comportamento violento risulta significativamente minore nel primo gruppo (OR = 0.20, IC 95% 0.15-0.25;  $c^2=194.1$ ,  $p<0.05$ ).

Anche un “buon” adattamento psicosociale sembra ridurre la possibilità di emettere un comportamento violento; fra quanti, infatti, lo possiedono

(il 15,73% dell'intero campione di 1582 pazienti), è risultata bassa l'incidenza di comportamenti violenti (8,83%); sensibilmente più alta, invece, (70,8%) fra i pazienti con un livello di adattamento "scarso o nullo" (l'8,65% dell'intero campione). Relativamente alla probabilità di mettere in atto un episodio violento un adattamento "buono o soddisfacente" – rispetto ad un livello "insoddisfacente o scarso" – risulta essere un fattore protettivo (OR = 0.22, IC 95% 0.18-0.28;  $\chi^2=179.2$ ,  $p<0.05$ ).

Quanto poi al ruolo svolto dalle relazioni interpersonali, va segnalato che fra i pazienti che continuano ad intrattenere relazioni esterne valide solo il 9,1% ha un comportamento violento. A conferma, "scarse" relazioni extra-familiari si rilevano nel 60,8% del campione di pazienti con comportamenti violenti ( $\chi^2=250.9$ ,  $p<0.05$ ). Analogamente, relazioni intra-familiari "buone" si rilevano solo nell'10,2% del campione con comportamento violento, mentre la percentuale sale al 41,3% fra coloro che ne hanno "scarse" ( $\chi^2=377.0$ ,  $p<0.05$ ).

È interessante poi notare che in presenza di relazioni extrafamiliari "scarse" i comportamenti violenti, se presenti, sono per lo più diretti verso persone.

#### *i) Il ruolo della famiglia*

Avevamo previsto di classificare la famiglia in alcune tipologie base e questa è risultata la loro distribuzione: "partecipe" 63,1%; "patogena" 6,1%; "disinteressata" 20,0%; "ipercoinvolta" 10,8%. Ebbene è interessante notare come la tipologia familiare "patogena" abbia correlazione molto alta (72,3%) con acting-out aggressivi. Al contrario, solo il 25% dei pazienti inseriti in famiglie definite "partecipi" (che sono la maggioranza, il 44,8%) attua comportamenti violenti. Il 52,9% di pazienti appartenenti a famiglie con tipologia "disinteressata" manifesta, nella storia clinica, un comportamento violento. Esiste correlazione significativa tra tipologia familiare e presenza di comportamento violento ( $\chi^2=143.6$ ,  $p<0.05$ ).

Correlazione significativa con presenza di comportamento violento risulta sia con anamnesi familiare positiva per abuso di sostanze (OR = 13.4, IC 95% 5.2 – 34.3,  $\chi^2=48.2$ ) che per comportamenti violenti (OR = 7.9, IC 95% 4.0 – 15.2,  $\chi^2=50.3$ ). Nella metà dei casi l'anamnesi positiva riguarda i genitori.

#### *k) Denunce e condanne*

A testimonianza del clima di "tolleranza" esistente verso comportamenti violenti messi in atto da malati di mente va segnalato come sia stata sporta denuncia solo nell'8% dei casi di avvenuto comportamento violento: nel 3% da parte di parenti e nel 5% da altre persone, soprattutto vicini di casa.

Sono state riportate condanne nel 3,5% degli episodi di comportamento violento: in totale 20 condanne.

Nel 2,1% i pazienti sono stati giudicati “socialmente pericolosi” e nei loro confronti è stata adottata la misura di sicurezza dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) o della Casa di Cura e Custodia (CCC). Da rilevare che nel 50% di questi casi era stato riconosciuto un vizio parziale di mente, dunque era stata comminata anche una condanna. Il periodo di ricovero per applicazione di misure di sicurezza (OPG e CCC) è stato di più di 3 anni nel 50% dei casi, tra 1 e 3 anni nel 33% e inferiore ad un anno nel 17%.

### 3 • Analisi multivariata

È stata eseguita un’analisi multivariata con il metodo della regressione logistica per eliminare eventuali fattori di confusione o di distorsione delle variabili esaminate. Nel modello sono state inserite, infatti, le variabili risultate significativamente correlate con comportamenti violenti nell’analisi univariata (ovvero sesso, età, professione, scolarità, compliance al trattamento, qualità delle relazioni intra ed extrafamiliari, trattamento farmacologico, sospensione della terapia ed eventi stressanti). L’analisi è stata condotta separatamente sui sottogruppi, definiti dal tipo di disturbo psichico, numericamente più rappresentati. Sono stati così individuati solo i fattori significativamente predittivi per un rischio maggiore di avere comportamenti violenti.

Alla luce del modello indicato, per i disturbi psicotici sono risultati fattori altamente predittivi la bassa qualità delle relazioni intrafamiliari e la compliance al trattamento “discontinua” o “insufficiente”.

Per i disturbi dell’umore i fattori predittivi più significativi sono risultati il sesso maschile, la bassa qualità delle relazioni intrafamiliari e la compliance al trattamento discontinua.

Per i disturbi dello spettro ansioso è emerso che i fattori predittivi per la presenza di un comportamento violento sono la bassa qualità delle relazioni intrafamiliari.

Per i disturbi di personalità l’unico fattore predittivo è il sesso maschile.

Per i disturbi da sostanze i fattori predittivi sono la scarsa qualità delle relazioni intrafamiliari e l’età (un’età più bassa è correlata maggiormente a comportamento violento).

Per le demenze non emerge alcun fattore predittivo significativo.

Per l’insufficienza mentale i fattori emersi, sebbene abbiano dimostrato una minore evidenza predittiva rispetto a quelli degli altri raggruppamenti diagnostici, sono rappresentati ancora una volta dalla scarsa qualità delle relazioni intrafamiliari e dalla compliance alla terapia discontinua.

Per quanto riguarda la variabile sesso, la netta prevalenza di comportamento violento nei maschi, così eclatante nell'analisi univariata, è apparsa meno netta alla luce dell'analisi multivariata. Può ipotizzarsi che la variabile "relazioni sociali" agisca sulla variabile "sesso" come elemento di distorsione.

L'analisi multivariata conferma, invece, correlazione significativamente rilevante fra comportamento violento e "scarsa" qualità delle relazioni intrafamiliari.

È stato poi impostato un diverso modello per l'analisi multivariata con il ricorso al sistema della regressione logistica in cui, oltre alle variabili risultate significative all'analisi univariata, sono stati inclusi i vari disturbi mentali.

L'intenzione era di verificare, data una diagnosi, la correlazione fra comportamento violento ed altre variabili. Ebbene anche questo modello conferma la maggiore prevalenza di comportamento violento fra i disturbi psicotici o comunque fra i disturbi più gravi ed esalta (circa tre volte) il rischio in presenza di demenza, ritardo mentale o di abuso di sostanze. Al di là delle diagnosi, anche con questo modello emergono significative correlazione fra comportamento violento e qualità delle relazioni intrafamiliari "scarse".

Nessun disturbo mentale sembra incidere, invece, sul rischio che si verifichino episodi di violenza autodiretta; in questo modello l'unico fattore che abbia una rilevanza significativa è la qualità delle relazioni intrafamiliari "scarse".

## • Conclusioni

---

Dai dati del nostro campione emerge in generale una prevalenza percentualmente rilevante di comportamento violento fra i pazienti psichiatrici. È innegabile, tuttavia, che tale fenomeno riguardi soprattutto i pazienti più gravi, in special modo i pazienti affetti da disturbo schizofrenico, o quelli con disturbi correlati ad abuso di sostanze.

Fattori di rischio statisticamente rilevanti sono il sesso (maschile), la diagnosi (disturbo schizofrenico), l'esordio precoce di malattia, il non aver intrapreso e/o mantenuto un efficace trattamento psicofarmacologico o l'aver mostrato scarsa compliance al trattamento, l'aver alle spalle ripetuti ricoveri ospedalieri, volontari e/o obbligatori.

Il profilo di paziente a rischio ha un basso livello di adattamento psicosociale e ridotte relazioni sia intra che extra-familiari. Specie queste ultime sembrano costituire un importante fattore "protettivo" dalla messa in atto di comportamenti violenti, così come analogo significato è da attribuire ad un adeguato trattamento psicofarmacologico, che incontri la compliance del paziente.



Costituisce invece fattore di rischio specifico l'abuso di sostanze; fra queste, il consumo di cannabis è quello percentualmente più correlato al comportamento violento.

Sul versante del trattamento, la terapia psicofarmacologica costituisce la scelta privilegiata dagli psichiatri per fronteggiare il comportamento violento del paziente psichiatrico ed anche la più efficace a contenerlo.

Il comportamento eterodiretto, tra l'altro il più frequente fra i pazienti del nostro campione, tende a recidivare e mostra talvolta segnali di progressività. Meno quello autodiretto, che rimane per lo più imprevedibile.

Interessanti i risultati che riguardano il ruolo svolto dalle famiglie. Nella maggioranza dei casi i congiunti non "abbandonano" il familiare malato al suo destino. Questo aspetto da un lato è conseguenza del tipo di assistenza psichiatrica di cui è dotato il nostro paese, dall'altro segnala il forte ruolo protettivo che la famiglia svolge nel nostro tessuto sociale. Una famiglia "partecipe" verso il proprio congiunto malato, infatti, che conserva con lui buone relazioni, riduce la possibilità di comportamenti violenti.

In una famiglia "patogena", invece, in cui il conflitto è esasperato e che possiede alti livelli di vischiosità interna, il passaggio all'atto in termini violenti è molto più frequente.

Per altro verso la famiglia costituisce, nel suo insieme, il bersaglio più frequente dei comportamenti violenti del congiunto; si imporrebbe, dunque, una maggiore attenzione – ed anche, forse, nuove strategie – per gestire le richieste ed i segnali che da queste provengono.

Il comportamento violento innegabilmente suscita allarme all'interno della famiglia. In presenza di episodi di questo tipo la famiglia sembra attivarsi costantemente, richiedendo l'intervento dei servizi psichiatrici, accompagnando il loro congiunto malato dai sanitari contattati, partecipando delle sue vicende. Peraltro solo in una percentuale minoritaria, dopo un comportamento violento, si opta per una situazione che prevede una sistemazione extra-familiare del paziente, evidentemente solo quando la sua permanenza in famiglia diviene insostenibile.

Un'ultima notazione, infine, di natura più eminentemente psichiatrico-forense.

A fronte di un fenomeno che comunque sembra diffuso e, spesso, reiterato nel tempo, marginale è la percentuale dei denunciati per i loro comportamenti violenti (8% dei casi). La denuncia, peraltro, viene sporta soprattutto da persone estranee al nucleo familiare.

Eguale minoritario, poi, il numero di pazienti che riportano condanne a seguito degli episodi di violenza tenuti.

Solo un'esigua minoranza dei pazienti con comportamento violento (2,1%), infine, risulta essere stata internata in Ospedale Psichiatrico Giudiziario o in Casa di Cura e Custodia a seguito di un giudizio di "socia-

le pericolosità” e di un difetto di imputabilità che, nel 50% dei casi, è di tipo parziale.

Tutto ciò fa ritenere che solo una percentuale minoritaria dei soggetti affetti da malattia mentale, responsabile di comportamenti violenti, acceda al circuito penale ovvero che esista nel tessuto sociale una elevata “tolleranza” in tal senso.

## Bibliografia

- BARLOW K., GRENYER B., ILKIW LAVALLE O. (2000): “Prevalance and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units”, *Aust. and New Zel. J. of Psychiatry*, 34, 6, 967-74.
- BOLES S., JOHNSON P. (2001): “Violence among comorbid and noncomorbid severely mentally ill adults: a pilot study”, *Substance Abuse*, 22, 3, 167-173.
- BRENNAN P., MEDNICK S., HODGINS S. (2000): “Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort”, *Archives of General Psychiatry*, 57, 5, 494-500.
- ERONEN M., ANGERMEYER M., SCHULZE B. (1998): “The psychiatric epidemiology of violent behaviour”, *Soc. Psy. and Psy. Epidemiology*, 33 sup. 1, 13-23.
- KALISKI S. (2002): “A comparison of risk factors for habitual violence in pre-trial subjects”, *Acta Psy. Scand.*, 106, 58-61.
- POWELL R., LLOYD K. (2001): “A national survey of violence experienced by community mental health researchers”, *Soc. Psy. and Psy. Epidemiology*, 36, 3, 158-63.
- SOARES J.J.F., LAWOKO S., NOLAN P. (2000): “The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel”, *Work and stress*, 14, 2, 105-120.
- SOLIMAN A., REZA H. (2001): “Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients”, *Psy. Services*, 52, 1, 75-80.
- SOYKA M. (2000): “Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour”, *British. Jou. of Psy.*, 176, 345-350.
- STUART H., ARBOLEDA, FLOREZ J. (2001): “A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness”, *Psy. Services*, 52, 5, 654-59.
- SWANSON J., SWARTZ M., ESSOCK S., OSHER F., WAGNER H., GOODMAN L., ROSEMBERG S., MEADOR K. (2002): “The social environmental context of violent behaviour in persons treated for severe mental illness”, *American Journal of Public Health*, 92, 9, 1523-31.
- SWARTZ M., SWANSON J., HIDAY V., BORUM R., WAGNER R., BURNS B. (1998): “Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals”, *Soc. Psy. and Psy. Epidemiology*, 33 suppl. 1, 75-80.

