

DAL TRAUMA AL REATO. RIFLESSIONI SULL'IMPATTO DELLE ESPERIENZE TRAUMATICHE SUI PERCORSI DI CURA DEI PAZIENTI REMS

FROM TRAUMA TO OFFENDING - SOME CONSIDERATIONS ABOUT THE IMPACT OF TRAUMATIC EXPERIENCES ON THE CLINICAL PATHWAYS OF FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS IN SECURE RESIDENTIAL SETTINGS

Federico Boaron • Mariagrazia Fontanesi • Federica Marchesini • Velia Zulli • Benvenuto Chiari • Claudio Bartoletti

Abstract

Increasing evidences support a link between childhood traumatic experiences and adulthood violent conduct. In our clinical sample, 26 inpatients from REMS of Bologna (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, a secure residential unit for "not guilty by reason of insanity and socially dangerous" offenders), we found an alarming prevalence of mistreatment, abuse, neglect and other traumatic events during childhood and adolescence. The co-occurrence of different traumatic events seems to correlate with more severe psychiatric symptoms but not with more serious crime. In our hypothesis, traumatic events occurring in childhood and/or adolescence often result in insecure attachment patterns and post-traumatic syndromes (e.g. PTSD-complex), worsening prognosis as well as social outcomes that are likely key issues in the pathway to violent offending.

We wonder if trauma and attachment oriented therapy and care, both in residential and community-based setting, could lead to more specific treatment and better outcomes for forensic psychiatric patients.

keywords: REMS • trauma, treatment • schema-therapy • attachment • violent offending

Riassunto

Numerose evidenze scientifiche sottolineano la correlazione fra esperienze traumatiche precoci ed agiti violenti in età adulta. Fra i pazienti psichiatrico-giudiziari sinora ospitati nella REMS di Bologna abbiamo rilevato un'allarmante prevalenza di maltrattamenti, abusi, neglect ed altri eventi traumatici. Nel campione esaminato la convergenza di diverse tipologie di traumi nel medesimo paziente pare correlarsi alla gravità del quadro psicopatologico (intesa come soprattutto scarsa risposta ai trattamenti farmacologici e psicoterapeutici), all'abuso di sostanze ma non alla gravità del reato. Ipotizziamo che le esperienze infantili avverse partecipino (assieme ad altri fattori di rischio di tipo genetico, ambientale, ecc...) nel determinare tali quadri. In particolare tali eventi possono determinare pattern patologici di attaccamento e sindromi post-traumatiche, che peggiorano l'espressione clinica, la prognosi psichiatrica e l'outcome sociale favorendo così l'emergere di comportamenti violenti. Sulla base dell'esperienza maturata con un progetto di formazione sul trattamento residenziale secondo i principi della Schema-Therapy, cui ha partecipato tutto lo staff della REMS, ci interroghiamo se una presa in carico e terapie incentrate anche sulle esperienze traumatiche sofferte da questi pazienti possano migliorare la prognosi e portare a trattamenti più efficaci.

Parole chiave: REMS • trauma • trattamento • schema-therapy • reati violenti

Per corrispondenza: Federico BOARON, email: federico.boaron@ausl.bologna.it

Federico BOARON, Psichiatra
Mariagrazia FONTANESI, Psicologo-psicoterapeuta
Federica MARCHESINI, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
Velia ZULLI, Coordinatrice REMS di Bologna
Benvenuto CHIARI, Psichiatra
Claudio BARTOLETTI, Psichiatra responsabile REMS di Bologna

Dal trauma al reato. Riflessioni sull’impatto delle esperienze traumatiche sui percorsi di cura dei pazienti REMS

La correlazione fra comportamenti violenti e precedenti esperienze di vittimizzazione è un’evidenza ben consolidata (Smith, Thornberry, 1995; Malinovsky-Rummell, Hansen 1993; Whitfield et al. 2003; de Zulueta 2009). Inoltre, come è stato ben evidenziato dallo studio Adverse Childhood Experiences (ACEs)¹, l’esposizione ad esperienze avverse nell’infanzia costituisce un fattore di rischio dose-dipendente rilevante per lo sviluppo di numerose patologie psichiatriche, fisiche (dal diabete all’infarto, dall’obesità all’alcolismo, tossicodipendenza, ecc.) e per un peggiore outcome sociale (interruzione degli studi, disoccupazione, deriva economica, gravidanze indesiderate,...) che a sua volta costituisce un significativo fattore di rischio criminogeno.

Sulla base di queste evidenze scientifiche abbiamo pertanto indagato le esperienze psicotraumatiche dei pazienti della REMS “Casa degli Svizzeri” di Bologna. Su 35 pazienti ospitati fino al momento dell’elaborazione dei dati è stato possibile verificare con sufficiente attendibilità l’anamnesi di 26 di loro (abbiamo considerato affidabili anamnesi confermate da familiari e amici di lunga data, servizi territoriali, o da documentazione giudiziaria o peritale; in caso di informazioni incomplete abbiamo considerato affidabile la narrazione del paziente solo se coerente, adeguatamente dettagliata, collocata cronologicamente con sufficiente precisione, non inclusa né correlata ad eventuali contenuti deliranti/allucinatori, ed almeno parzialmente confermata da fonti esterne); per quanto concerne i maltrattamenti psicologici e la patologia delle cure abbiamo esplorato gli stili relazionali dei genitori o delle altre figure di accudimento, eventuali periodi di istituzionalizzazione (orfanotrofio, comunità per minori, ecc...) chiedendo di descrivere episodi

specifici che esemplificassero il clima relazionale e familiare, i metodi di premio/punizione vigenti, l’attenzione posta ai bisogni biologici e psicologici nelle diverse fasi dello sviluppo. Nove pazienti sono stati esclusi perché non è stato possibile raccogliere dati utili a causa di problemi cognitivi, ridotta permanenza in REMS che non ha permesso lo sviluppo di una sufficiente relazione terapeutica, estrema riservatezza/diffidenza (di natura psicopatologica o culturale), assenza di familiari/sodali che potessero fornire informazioni utili e credibili, ed insufficienti informazioni nella documentazione sanitaria o giudiziaria.

Per quanto i dati siano incompleti riteniamo verosimile che i pazienti esclusi siano fenomenologicamente simili alla popolazione studiata.

Sono stati presi in considerazione gli eventi avvenuti entro il 21° anno di età, raggruppandoli entro le seguenti categorie:

- Maltrattamento fisico
- Maltrattamento psicologico
- Abuso sessuale
- Violenza Assistita
- Patologie delle cure (incuria/neglect, discuria, ipercuria)
- Lutti di familiari stretti
- Ospedalizzazione prolungata

I dati emersi ci hanno sorpreso per l’elevatissima prevalenza di eventi multipli, gravi e ripetuti², tanto che solo 3 su 26 pazienti non risultano esposti a gravi traumi nella fascia di età esaminata ed in media ogni paziente è vittima di oltre 2 tipologie di eventi.

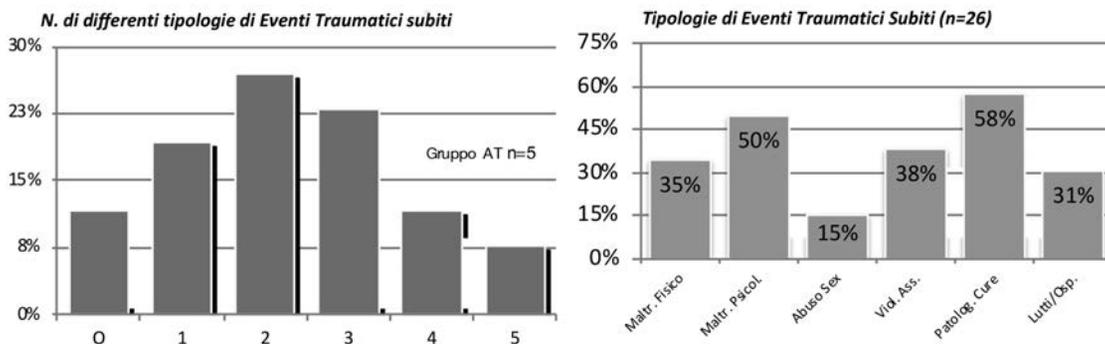


Figura 1

1 Per una bibliografia completa dello studio ACEs: <<https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/>>.

2 Con l’eccezione di un paziente che ha subito un singolo episodio di violenza sessuale, tutti gli altri eventi rilevati sono caratterizzati da una rilevante estensione temporale, pertanto ogni esperienza traumatizzante ha caratterizzato il clima quotidiano per periodi prolungati nel corso dell’età evolutiva.

Se raggruppiamo i pazienti per il numero di tipologie di eventi potenzialmente psicotossici subiti emerge una distribuzione quasi gaussiana: nel campione esaminato la maggior parte dei soggetti ha subito almeno 2 diverse tipologie di eventi traumatizzanti, ma sono ampiamente rappresentate anche le drammatiche vicende delle 5 persone, circa il 20% del campione (gruppo Altamente Traumatizzati - AT), che hanno nella propria storia 4-5 eventi traumatici; questi casi sono particolarmente difficili sul piano progettuale, per quanto clinicamente simili agli altri pazienti sinora ospitati. Cercheremo dunque, a partire dalle osservazioni fatte su questo gruppo, di proporre alcune riflessioni in merito al trattamento residenziale dei pazienti internati.

Le caratteristiche dei pazienti altamente traumatizzati (AT). Variabili demografiche

I pazienti del gruppo AT sono stati esposti ad almeno 4 tipologie diverse di eventi traumatici fra abuso sessuale, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico, aver assistito a scene di ripetuta violenza nel contesto familiare, aver subito gravi lutti, lunghe ospedalizzazioni/ripetute cure mediche invasive o dolorose prima del 21° anno; il gruppo è costituito da 4 uomini ed 1 donna; l'età al momento dell'inizio della misura di sicurezza detentiva era rispettivamente 20-30 anni (2 M + 1F), 30-40 anni (1M), 40-50 anni (1M).

Familiarità

Per quanto in alcuni casi sia possibile far solo inferenze circa la familiarità per disturbi psichici, nel gentilizio dei pazienti AT emergono costantemente comportamenti compatibili con *externalising disorders*. L'unica paziente di sesso femminile del gruppo riferisce casi di schizofrenia nella linea materna, ma non vi sono univoche conferme in tal senso.

Uso di sostanze

I cinque pazienti hanno fatto tutti uso di stupefacenti: 4 (tutti giovani di età inferiore ai 30 anni al momento dell'inizio della Misura di Sicurezza Detentiva) usavano polisostanze in modo intenso e pervasivo; l'ultimo, cinquantenne, ha utilizzato eroina per un breve periodo nella prima età adulta, per poi sospendere spontaneamente senza ulteriori ricadute. Si sottolinea come l'unica paziente di sesso femminile sia stata probabilmente esposta all'alcol già in utero, tuttavia non si rilevano le stigmate fisiche della sindrome fetale alcolica.

Presenza in carico e Diagnosi psichiatrica

Tutti i pazienti di questo gruppo erano già stati in carico ai Servizi di Salute Mentale al momento in cui commisero il

reato e tutti erano già stati ricoverati sia volontariamente che in TSO; tre di loro avevano una storia di fallimentari trattamenti residenziali in Comunità Psichiatriche.

3 pazienti (2 maschi, 1 femmina) hanno esordito con diagnosi di disturbo borderline di personalità e sono accumulati da marcati tratti di impulsività, ostilità ed antagonismo, nonché frequentissimi slittamenti verso stati francamente psicotici (idee deliranti, interpretatività, disturbo formale del pensiero) intensi e cangianti, tanto che al momento dell'osservazione in REMS almeno due di questi pazienti soddisfacevano i criteri diagnostici DSM-V sia per DBP che per schizofrenia.

Il paziente cinquantenne soddisfaceva appieno i criteri diagnostici per disturbo narcisistico della personalità, sulla cui base si era sviluppato un delirio strutturato genealogico, erotomanico e persecutorio. Manifestava anche repentini viraggi di stile relazionale (tono di voce, scelta lessicale, passaggio da modalità oblativo ad altre steniche/conflittuali e viceversa, da una logorroica estroversione a un chiuso ed incontabile solitario rimuginare), modo di presentarsi (stile di abbigliamento, interessi), improvvise lacune della memoria, ecc...; sintomi questi di difficile inquadramento nosografico ma che parevano afferire allo spettro dissociativo.

L'ultimo paziente, 28 anni, manifestava ricordi intrusivi di eventi dolorosi cui aveva assistito nell'infanzia, interpretati in modo abnorme sulla base di un delirio strutturato magico-megalomane, probabilmente slatentizzato dall'uso di sostanze voluttuarie eccitanti, allucinogene e cannabis.

In generale il quadro psicopatologico di questi pazienti si è dimostrato refrattario al trattamento sia psicofarmacologico che psicoterapeutico, in parte per l'intensità e la resistenza della sintomatologia psicotica, in parte per la scarsa consapevolezza di malattia e la scarsa collaborazione al percorso di cura. È risultato peculiarmente difficoltoso anche instaurare un'autentica relazione terapeutica, apparentemente per una sfiducia di fondo che si esprime in frequenti comportamenti manipolativi, ostili o di sfida.

Patologie fisiche

Per quanto l'esiguo campione escluda ogni valore statistico, ci ha molto sorpreso rilevare che 3 dei pazienti in questo gruppo hanno avuto in età giovanile problemi cardiologici, mentre nessuno degli altri pazienti ha manifestato patologia cardiologica rilevante prima dei 40 anni.

Nello specifico un paziente ha avuto un infarto del miocardio a 37 anni; un altro - 28 anni - è in attesa di intervento cardiocirurgico per una grave insufficienza mitralica, con rottura della corda tendinea; il terzo - 21 anni - reca tuttora tracce elettrocardiografiche di esiti ischemici verosimilmente conseguenti a pregresso IMA; se in quest'ultimo caso l'uso di cocaina e catinoni potrebbe aver avuto un ruolo fondamentale nella sofferenza ischemica, nei casi precedenti tale correlazione è da escludersi, poiché il primo paziente non ha mai fatto uso di sostanze eccitanti/psicostimolanti o comunque caratterizzate da nota cardiotoxicità (ha usato eroina per un periodo di circa 3

mesi in età adolescenziale, per poi sospenderne completamente l'uso), mentre nel secondo la patologia valvolare è stata per la prima volta diagnosticata in età prepuberale, ben prima che iniziasse il comportamento tossicomaniaco (in questo specifico caso gli eventi psicotraumatici si collocano in un ampio arco temporale che va dalla prima infanzia all'inizio dell'adolescenza).

Per quanto vi sia un'ampia letteratura scientifica a supporto della correlazione fra abusi nell'infanzia e svariate patologie -anche cardiologiche- in età adulta (Felitti et al., 1998; Dong et al. 2004; Fuller-Thomson et al., 2010; Basu et al. 2017; Huges et al. 2017; Yang et al. 2013), ci è parso sorprendente che i pazienti affetti da patologie cardiologiche precoci siano tutti di questo gruppo.

Reato, Misura di Sicurezza, Progettualità futura

I reati compiuti dai pazienti di questo gruppo (rapina, stalking, lesioni, tentato omicidio) non sembrano differire in modo sostanziale da quelli di pazienti con minori esperienze traumatiche, fatto salvo l'assenza di omicidi portati a compimento (6 dei 26 pazienti considerati in questo studio sono stati giudicati per omicidio, ma nessuno di loro rientra nel gruppo AT).

Per quanto riguarda la progettualità ci confrontiamo quotidianamente con la difficoltà di sviluppare progetti terapeutico-riabilitativi che permettano un'attenuazione della pericolosità sociale e dunque la dimissione dalla REMS. Infatti la peculiare gravità dei sintomi, la resistenza alla terapia, i percorsi di cura fallimentari precedenti il reato, l'estrema difficoltà a coinvolgere questi pazienti in una relazione terapeutica autentica, i rapporti instabili (spesso tempestosi) con i Centri di Salute Mentale, rendono estremamente difficile individuare percorsi di cura che permettano un miglioramento tale da determinare un'effettiva riduzione del rischio di recidiva in comportamenti violenti, con conseguente persistenza della pericolosità sociale e dunque della Misura di Sicurezza detentiva; le ripetute proroghe della Misura detentiva determinano cocente delusione, sfiducia

e comportamenti ostili di sfida alle Istituzioni ed ai terapeuti; a loro volta i Servizi Territoriali vedono in tali comportamenti confermata la difficoltà di presa in carico dei pazienti psichiatrico-giudiziari (considerati casi troppo gravi, disperati, imm modificabili o viceversa delinquenti abituali per i quali l'unica cosa da fare sarebbe "buttare via la chiave"), in un circolo vizioso di ardua dissoluzione.

In sintesi i pazienti altamente traumatizzati costituiscono un gruppo caratterizzato da peculiare gravità psicopatologica (sintomi intensi e/o refrattari alla terapia), spesso da comorbilità con abuso di alcol o sostanze; in tale gruppo la ricorrenza di disturbi cardiologici precoci è certo suggestiva, ma l'esiguità del campione non permette di trarre inferenze.

La complessità clinica si rispecchia soprattutto nella difficoltà di sviluppare progetti di cura che permettano l'attenuazione o revoca della Misura di Sicurezza, con frequenti proroghe che ne frustrano le aspettative, inasprando la conflittualità proprio con le Istituzioni che dovrebbero curarli.

Riflessioni sulla casistica

Rivalutando i casi osservati alla luce dei fattori di rischio -descritti nella letteratura scientifica- per i comportamenti violenti e quelli per i disturbi psichici (che in parte si sovrappongono) possiamo ipotizzare l'effetto sinergico di variabili (di tipo genetico, socio-ambientale, psicologico) che contribuiscono a determinare l'assetto psicopatologico e comportamentale che ha condotto al reato-sintomo.

Poiché ereditiamo dai nostri genitori non solo l'assetto genetico, ma anche i pattern di attaccamento, stile di vita (alcol, droghe, alimentazione, esposizione sostanze tossiche,...) e l'esposizione ad eventi traumatici come l'abuso infantile (è nota la frequente estensione transgenerazionale del ciclo della violenza) ogni atto di cura è anche un tentativo di prevenzione del perpetuarsi del ciclo nelle generazioni successive.



Figura 2

Anche nel nostro campione l'elevata frequenza di eventi psicotraumatici (88% del campione) e di pattern di attaccamento marcatamente insicuri pare coerente con l'ipotesi che questi aspetti, ovviamente fra loro correlati, possano essere importanti fattori di evoluzione verso comportamenti che sono al tempo stesso reati e sintomi psichiatrici. Importanti e numerose linee di ricerca scientifica, individuano molteplici fattori di rischio (biologici, ambientali, psicologici, relazionali ecc...) che possono concorrere allo sviluppo di comportamenti violenti ed antisociali (Raine, 2002; Verhoeven et al. 2012; van Der Gronde et al. 2014). Ci pare probabile che il reato-sintomo di patologia psichiatrica che ha condotto i nostri pazienti ad una misura di sicurezza detentiva possa essere frutto della convergenza di diversi fattori, fra quelli di tipo genetico (MAO-L, ecc...), tossico-ambientale (sindrome fetale alcolica, esposizione fetale al fumo, malnutrizione, ecc...), psicologico (attaccamento disorganizzato, traumi precoci), ecc...

Una storia di maltrattamento è presente nell'80-90% dei giovani delinquenti e circa un quarto di coloro che hanno una storia di grave maltrattamento incorrono in condanne penali (Lewis et al. 1989). Altrettanto si può dire per i disturbi di personalità, soprattutto borderline, che paiono correlarsi con esperienze traumatiche di maltrattamento, in particolare modo di abuso sessuale (Fonagy, 1996; Liotti, 2000; de Aquino Ferreira et al., 2018) e con pattern di attaccamento insicuro.

È anche noto che la maggioranza o quasi³ dei bambini provenienti da famiglie ad alto rischio (figli di madri nubili, adolescenti ed economicamente svantaggiate, bambini che crescono in famiglie caotiche e maltrattanti, oppure figli di madri gravemente depresse o alcoliste), manifesta un *pattern di attaccamento disorganizzato* (Main & Salomon 1990, Main & Weston 1981, Grady 2018).

Pare esservi una continuità fenomenologica fra sintomi di disturbi psichici a genesi post-traumatica dell'infanzia (ad esempio Reactive Attachment Disorder -RAD-), PTSD Complex e i tratti disadattivi di personalità frequentemente riscontrati nei pazienti osservati (difficoltà di regolazione dell'affettività, diffidenza e freddezza emotiva o al contrario eccessiva promiscuità nelle relazioni sociali, antisocialità, ecc...). Per quanto non vi siano studi osservazionali sull'evoluzione del RAD nell'adulto, è stato rilevato da Levy e Orlans che molti bambini in età scolare e adolescenti con problemi di oppositività o aggressività, soprattutto se in precedenza istituzionalizzati, potevano essere diagnosticati come RAD. Tali ragazzi parevano aver internalizzato valori e sistemi di credenze antisociali, quali disonestà, aggressività, diffidenza, egoismo; sembravano in difficoltà nel riconoscere e gestire le emozioni, a regolare l'impulsività e a risolvere efficacemente i problemi: di fatto tratti che ritroviamo con elevata frequenza nel nostro campione.

I processi di attaccamento sembrano pertanto seriamente compromessi dal maltrattamento subito nell'infanzia. In altri termini, se l'attaccamento, in particolare alla persona che fornisce le cure primarie, è intimamente legato all'ac-

quisizione della *capacità riflessiva* (Fonagy, Target, 2001), un pattern patologico di attaccamento può costituire un elemento chiave nel determinare la predisposizione al comportamento criminale, in particolare agli atti di violenza. E' possibile supporre che questi individui, che non sono mai stati coinvolti in relazioni interpersonali che facilitassero l'acquisizione di una capacità riflessiva o che sono stati esposti a un ambiente familiare in cui l'unica modalità di sperimentare l'attaccamento era l'inibizione dei processi di mentalizzazione, abbiano maggiori possibilità di sviluppare forme di attaccamento disorganizzato e di manifestare scarse capacità riflessive, rimuovendo tutte le inibizioni nei confronti di attività violente e criminali. Infatti essere in grado di figurarsi lo stato mentale della potenziale vittima può essere essenziale nell'evitare azioni che possono deliberatamente ferire altri membri del nostro gruppo sociale. Pertanto è stata avanzata l'ipotesi che l'attaccamento sia a persone, sia a istituzioni sociali, possa ridurre il rischio di comportamenti delinquenti (Fonagy, 1996).

L'imponente letteratura già da tempo presente in materia non sembra aver influenzato l'evoluzione dei modelli organizzativi e terapeutici per la presa in carico dei pazienti autori di reato. Si consideri che fino a pochi anni fa erano internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per lungo tempo e gli interventi di "cura" e "riabilitazione" erano appannaggio dell'Amministrazione Penitenziaria: ma il modello di trattamento applicabile negli OPG sembrava più adatto a impedire ogni forma di attaccamento sicuro e a reiterare i traumi già subiti piuttosto che a curare le conseguenze di abusi e trascuratezza.

Ancor oggi i contesti residenziali di cura di questi pazienti⁴ sembrano avere seguito criteri giuridici (REMS, Comunità per pazienti psichiatrici rei), che non tengono conto dell'eterogeneità dei quadri psicopatologici e dei livelli di funzionamento, non fanno specificamente leva su quanto ne accomuna la maggior parte: le drammatiche vicende di vita, i traumi e le loro conseguenze.

Ci siamo dunque chiesti se, superati i tragici limiti degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, si potessero sviluppare modelli di trattamento finalmente coerenti con tali assunti teorici.

Il Modello della Schema Therapy

Alla luce delle considerazioni suddette si è deciso di investire in un progetto formativo rivolto a tutti gli operatori REMS, sui principi generali della teoria dell'attaccamento (in quanto si è ritenuto essere un prerequisito per l'approfondimento del modello teorico) e successivamente, seguendo l'esperienza dell'Ospedale Forense olandese "Rooyse Wissel", sui principi generali della Schema Therapy (Bernstein, Arntz, De Vos, 2007). Sviluppata da Jeffrey Young integra modelli teorici che sottostanno a diversi ap-

3 Dal 40 all'80% circa dei bambini, a seconda dei campioni studiati

4 Occorre tenere presente che le REMS vengono inaugurate il 1° Aprile 2015, mentre già da tempo numerose strutture residenziali ospitavano pazienti in uscita dagli OPG e si confrontavano con i difficili percorsi di cura e riabilitazione.

procci terapeutici (teoria dell'attaccamento, terapia cognitivo-comportamentale, terapia psicoanalitica, terapia focalizzata sulle emozioni) ed è risultata efficace nel trattamento di pazienti "difficili", con tratti personologici disfunzionali e disturbi di personalità. Uno dei concetti centrali di questo approccio è quello di *schema maladattivo precoce*, una struttura costituita da cognizioni ed emozioni disfunzionali, che si consolida nelle prime fasi di sviluppo e si mantiene per tutta la vita. Il comportamento di un individuo viene considerato come risposta allo schema, ovvero viene innescato dallo schema stesso. Gli schemi maladattivi precoci sono molto resistenti al cambiamento e questo è dovuto al bisogno di coerenza insito nell'essere umano. Essi si caratterizzano come l'espressione dei MOI (Working Internal Model, Bowlby, 1973 p. 203) che gli individui costruiscono nel corso dell'interazione col proprio ambiente (pattern di attaccamento)⁵.

I Modelli Operativi Interni (MOI), o *Internal Working Models*, comprendono i Modelli Operativi di sé e delle figure di accudimento o, ancor più precisamente, modelli relazionali di *sé-con-l'altro* (Liotti e Farina, 2011), dunque della *RELAZIONE*. I MOI sono rappresentazioni mentali, costruite dall'individuo come strutture che contengono le diverse configurazioni (spaziale, temporale, causale) dei fenomeni del mondo e che hanno la funzione di veicolare la percezione e l'interpretazione degli eventi, consentendo di fare previsioni e creare aspettative sulla propria vita relazionale. Sono schemi di rappresentazioni interpersonali che funzionano come sistemi di aspettative circa i legami con gli altri.

Gli *schemi maladattivi* sono pertanto espressione di MOI disfunzionali ed essendo ben conosciuti dall'individuo, anche se sono fonte di sofferenza, risultano sicuri e familiari e tendono ad essere considerati dal paziente verità assolute e dunque continuamente utilizzati nel tempo per interpretare gli eventi. Gli schemi maladattivi precoci possono essere più o meno gravi e invalidanti, la loro gravità è direttamente proporzionale al numero di situazioni capaci di attivarli e alla intensità e alla durata delle sensazioni negative che scatenano quando si attivano (Arntz e van Genderen, 2011).

In questo modo i concetti della Schema Therapy sono stati utilizzati come una metodologia "di fondo" in ogni fase del trattamento, dall'ingresso del paziente fino alla sua dimissione, permettendo così di integrare i vari interventi riabilitativi e terapeutici secondo una logica comune, favorendo la coerenza di fini e metodi anche in attività di cura estremamente diversificate. Il modello della Schema Therapy è condiviso dall'intera équipe multidisciplinare (psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, assistenti sociali ed operatori socio-sanitari) ed applicato da ciascuno secondo le proprie mansioni e competenze. La relazione quotidiana ha pertanto come obiettivo sovraordinato la ristrutturazione dei pattern di attaccamento disfunzionali attraverso gli interventi definiti

di "*limited reparenting*" ovvero *Esperienza Emozionale Correttiva* (Young, Klosko, Weishaar, 2007). Una delle caratteristiche fondamentali dell'operatore che applica la Schema Therapy è la flessibilità. Ogni paziente, infatti, ha bisogno di un particolare tipo di *reparenting*, a seconda del temperamento e delle esperienze che ha vissuto durante l'infanzia; l'operatore deve essere in grado di adeguare il proprio stile in modo che riesca a soddisfare i bisogni specifici del paziente. A seconda dei casi, dunque, si focalizza su diversi aspetti della relazione, cercando ad esempio di ottenere la fiducia del paziente, comunicandogli stabilità, offrendogli un sostegno emotivo, assumendo un atteggiamento tollerante nei suoi confronti oppure incoraggiandolo ad acquisire una maggiore indipendenza.

La funzione di *reparenting*, propria della Schema Therapy, si definisce "parziale" (*limited*) perché il paziente può soddisfare solo una parte dei bisogni di cui è stato privato nell'infanzia, dovendo l'operatore conformarsi ai limiti etici e professionali che la sua funzione prevede. L'operatore dunque, non si deve sforzare di diventare un genitore a tutti gli effetti e neppure cercare di riportare il paziente ad una condizione di dipendenza infantile. La funzione di *reparenting* non si deve confondere con il "maternage" ma si deve tradurre in una modalità di relazione da adottare sistematicamente nei confronti del paziente, allo scopo di contrastarne gli schemi maladattivi precoci: l'operatore è il modello di adulto sano e si focalizza sui bisogni emotivi del paziente, lo aiuta a sentirsi valorizzato e riconosciuto.

Trasversalmente vengono attuati interventi specifici, individuali e di gruppo, che integrano il modello terapeutico riabilitativo di base (interventi di *social skills training*, riabilitazione cognitiva, gruppo ad orientamento psicoterapeutico, ippoterapia, *pet therapy*, ortoterapia, attività fisica, ...).

Tale modello si è anche rivelato utile nel favorire l'investimento di tutti i membri dell'équipe nel trattamento di pazienti con cui è difficile relazionarsi a causa dell'assetto personologico, dei sintomi psicotici pervasivi e/o di una storia di reati efferati. In particolare i tratti manipolativi, intimidatori, sfidanti, oppositivi, autocentrati, l'impulsività ed i pregressi agiti violenti eterodiretti, impattano significativamente nei gruppi di lavoro, che risultano spesso scissi fra coloro che considerano il paziente "*mad*" e quelli che lo interpretano "*bad*".

La rilettura dei comportamenti secondo gli schemi maladattivi precoci prevede un approccio al comportamento antisociale che permette di integrare gli aspetti "*bad*" come *MODE di coping disfunzionali*⁶, rivedendoli come aspetti "*mad*" e perciò da curare. Peraltro l'emergere delle espe-

5 Nel modello di Young e colleghi (2007), sono stati individuati 18 schemi, organizzati in 5 categorie, "domini degli schemi", per indicare i bisogni frustrati che sottostanno allo schema.

6 A partire dagli schemi maladattivi si sviluppano dei "MODE", ossia degli stati emotivi ai quali si collegano aspetti cognitivi e comportamentali. Il concetto di mode o "modalità espressiva dello schema" è sicuramente l'aspetto più complesso di tutto il modello teorico. Esso è un insieme di schemi e di risposte di coping che si attivano nel paziente in determinati momenti assumendo un ruolo predominante sul proprio umore e sul proprio comportamento. Sono stati identificati dieci mode, che possono essere suddivisi in quattro categorie generali: i mode Bambino (4), i mode Coping disfunzionale (3), i mode Genitore disfunzionale (2) e il mode Adulto funzionale. (Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar, 2007).

rienze traumatiche alla base di tali modalità patologiche di relazione non vuol certo garantire una giustificazione morale dei reati compiuti, ma offre strumenti epistemologici necessari per poter lavorare con quelle persone in cui le polarità “mad” e “bad” sono imbricate al punto da poter essere considerate facce della stessa medaglia; tali strumenti considerano i tratti disfunzionali alla stregua di cicatrici invalidanti, conseguenza di gravissimi traumi evolutivi: i pazienti vengono riconosciuti come vittime prima ancora che come autori di reato, permettendo agli operatori di coglierne le sofferenze – che devono essere curate – senza scotomizzare il dolore che hanno cagionato ad altri, permettendo di separare il giudizio clinico da quello morale. Tale lettura permette ai membri dell’equipe di riconoscere eventi anche banali come *triggers* di comportamenti critici, su cui lavorare nel percorso terapeutico riabilitativo e di leggere manipolazioni, minacce, sfiducia e provocazione come sintomi e non attacchi diretti al singolo operatore.

Prospettive Future

Alla luce di quanto sin qui esposto riteniamo importante che continui la ricerca scientifica rispetto ai determinanti organici, sociali e psicologici del comportamento antisociale.

La massima parte dei nostri pazienti è stata vittima prima che carnefice. Auspichiamo pertanto che si possano un domani sviluppare percorsi di cura specifici, che potrebbero integrare strumenti per la cura dei disturbi post-traumatici (EMDR, Terapia sensomotoria,...) ed un’organizzazione dei servizi che tenga anche conto delle problematiche specifiche dell’attaccamento e della loro cotrasmissione transgenerazionale, anche in un’ottica di prevenzione.

Occorre che tali ipotesi siano confermate ed integrate da un approfondimento sugli altri fattori di rischio biologici, ambientali e socio-relazionali, per sviluppare un modello di trattamento e strumenti di follow-up per verificarne nel tempo l’efficacia e l’efficienza.

Riferimento bibliografici

- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2011). *La schema therapy per il disturbo borderline di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Basu, A., McLaughlin, K.A., Misra, S., & Koenen, K.C. (2017). Childhood Maltreatment and Health Impact: The Examples of Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes Mellitus in Adults. *Clin Psychol (New York)*, Jun, 24(2), 125-139.
- Bernstein, Arntz, & de Vos (2007). Schema Focused Therapy in Forensic Settings: Theoretical Model and Recommendations for Best Clinical Practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2):, 169-183.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2017). *The psychology of Criminal Conduct. 6th Edition*. Routledge,.
- Bowlby, J. (1996). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell’attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Currie, J., Tekin, E. (2012). Understanding the Cycle: Childhood Maltreatment and Future Crime. *J Hum Resour*, 1, 47(2), 509-549.
- de Aquino Ferreira, L.F., Queiroz Pereira, F.H., Neri Benevides, A.M.L., & Aguiar Melo M.C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res.*, Apr., 262, 70-77.
- De Zulueta, F. (2009). *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell’aggressività*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dong, M., Giles, W.H., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williams, J.E., Chapman, D.P., & Anda, R.F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation.*, 28, 110(13), 1761-6.
- Felitti, V.J. et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.*, 14, 245-258.
- Fonagy, P., Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P. (1996). Attaccamento sicuro e insicuro. *KOS*, 129 (giugno), 26-32.
- Fuller-Thomson, E., Brennenstuhl, S., & Frank, J. (2010). *The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: findings from a representative community sample*. Sep., 34(9), 689-98.
- Grady, M.D., Yoder, J., & Brown, A. (2018). Childhood Maltreatment Experiences, Attachment, Sexual Offending: Testing a Theory. *J Interpers Violence*. Nov 25:886260518814262.
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., Dunne, M.P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. Aug, 2(8), e356-e366.
- Holmes, J. (1993). *La teoria dell’attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lewis, D., Mallouh, C., & Webb, V. (1989). Child abuse, delinquency, and violent criminality. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (pp. 707-721). Cambridge: Cambridge University Press.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganised attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: theory, research, practise, training.*, 41, 472-486.
- Liotti, G. (2000). Disorganised attachment, models of borderline states and evolutionary psychotherapy. In P. Gilbert, K. Bailey, *Genes on the couch. Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 232-256). Hove: Brunner Routledge.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Machteld Hoeve et al. (2012). A Meta-analysis of Attachment to Parents and Delinquency. *J Abnorm Child Psychol*, 40, 771-785.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., & Weston, D. (1981). The quality of the toddler’s relationship to mother and to father: related to conflict behaviour and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.
- Malinosky-Rummell R., & Hansen D.J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull.*, Jul, 114(1), 68-79.
- Murray, J.B. (1993). Relationship of childhood sexual abuse to borderline personality disorder, posttraumatic stress disorder,

- and multiple personality disorder. *J Psychol.*, Nov, 127(6), 657-76.
- Pfäfflin, F., & Adshead, G. (eds.) (2004). *A Matter of Security The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Raine, A. (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behaviour in children and adults: a review. *J Abnorm Child Psychol.*, Aug, 30(4), 311-26.
- Smith, C.A., & Thornberry, T.P. (1995). The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology* 33, 451-481.
- Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Ford, J.D. (2018). When Nowhere Is Safe: Interpersonal Trauma and Attachment Adversity as Antecedents of Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder. *Journal of Traumatic Stress* 31, 631-642.
- Thornberry, T.P., Henry, K.L., Ireland, T.O., & Smith, C.A. (2010). The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. *J. Adolesc Health*, 46(4), 359-365.
- Verhoeven, F.E., Booij, L., Kruijt, A.W., Cerit, H., & Antypa, N., Does W. (2012). The effects of MAOA genotype, childhood trauma, and sex on trait and state-dependent aggression. *Brain Behav*, Nov, 2(6), 806-13.
- van der Gronde T., Kempes M., van El C., Rinne T., Pieters T. (2014). Neurobiological correlates in forensic assessment: a systematic review. *PLoS One*, Oct 20, 9(10), e110672.
- Whitfield C.L., Anda R.F., Dube S.R., Felitti V.J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: assessment in a large health maintenance organization. *J Interpers Violence.*, 18(2), 166-185.
- Yang, B.Z., Zhang, H., Ge, W., Weder, N., Douglas-Palumberi, H., Perepletchikova, F., Gelernter, J., & Kaufman, J. (2013). Child abuse and epigenetic mechanisms of disease risk. *Am J Prev Med.*, Feb, 44(2), 101-7.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2007). *Schema Therapy. La terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi di personalità*. Eclipsi.