

## La terapia dialettico comportamentale in autori di reato sottoposti a misura di sicurezza detentiva in R.E.M.S.

Roberta Ortenzi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (L'Aquila)

### Riassunto

**Introduzione:** il rischio di violenza e di comportamenti aggressivi in ambito psichiatrico forense è elevato, con un forte impatto sui pazienti e sui professionisti della salute mentale. L'obiettivo del presente lavoro è quello di esaminare l'efficacia della Terapia dialettico-comportamentale (DBT) sull'impulsività, la regolazione emotiva e la meta cognizione, in un gruppo di pazienti forensi uomini internati nelle innovative strutture di ad alta intensità terapeutica, le REMS, (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) istituite dopo la legge 81/2014.

**Metodo:** 10 pazienti internati in REMS sono stati sottoposti a 6 mesi di un programma DBT standard. Un gruppo di confronto, omogeneo per le caratteristiche socio-demografiche e cliniche, ha ricevuto, invece, soltanto i trattamenti di routine previsti dalla struttura. Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a T0 e T1 alla seguente valutazione psicometrica: Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III); Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS); Scala degli incidenti aggressivi (AIS); Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-II); Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM).

**Risultati:** l'analisi dei dati mostra significativi miglioramenti nelle aree oggetto di indagine soprattutto l'impulsività e la regolazione emotiva. sono necessarie future ricerche con campioni più grandi per fornire più evidenze a sostegno dell'uso della dbt in pazienti psichiatrici che hanno commesso crimini.

Parole chiave: REMS, Ospedale Psichiatrico, Violenza, terapia comportamentale dialettica, efficacia di DBT.

### Summary

**Background:** The risk of both violence and aggressive behaviors in forensic psychiatric setting is high, with a strong impact on patients and mental health professionals. The aim of the present work is to examine the effectiveness of a 6-months Dialectical Behavior Therapy (DBT) program targeting impulsivity and emotional regulation on a group of male forensic inpatients in the innovative high therapeutic profile structures, the REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, Forensic facilities) established after the Italia Law named 81/2014.

**Method:** 10 male forensic inpatients interned in REMS underwent 6 months of a standard DBT program. A comparison group, homogeneous for socio-demographic and clinical characteristics received usual REMS treatments, excluding DBT. All inpatients completed the same pre- and post-treatment assessment consisting of Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III); Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS);

Aggressive Accident Scale (AIS); Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-II); Interview for Assessment of Metacognition (IVaM).

**Results:** The data analysis shows significant improvements in the areas under investigation, especially impulsiveness and emotional regulation. Future research with larger samples is needed to provide more evidence to support the use of dbt in psychiatric patients who have committed crimes

**Key words:** REMS, Psychiatric Hospital, Violence, Dialectical Behavioral Therapy, DBT efficacy.

### **Le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza**

*Dagli OPG alle R.E.M.S.*

Con la pubblicazione del **DPCM del 01.04.08** si è avviato in Italia un processo di rinnovamento della assistenza sanitaria dei soggetti, cittadini sottoposti a detenzione, seguendo il principio secondo cui ogni cittadino ha diritto a ricevere lo stesso tipo di assistenza sanitaria a prescindere dalla sua condizione giuridica.

Questo processo si è esteso anche agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) oggetto di attenzione della commissione parlamentare di inchiesta sull'efficienza del servizio sanitario, che ha messo in luce come gli OPG non assolvessero quasi per nulla il compito di cura della persona autore di reato affetta da disturbi psichiatrici, assicurandone solo gli aspetti custodiali.

La realizzazione delle **Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.)** risponde ad una necessità di cure per utenti psichiatrici autori di reato, e alla necessità di ottemperare a quanto previsto dal D.M. del 01 Ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3, comma 2, del decreto Legge 22/12/2011 convertito in **Legge n° 9 del 17 Febbraio 2012** *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri.”*. Quest'ultima riguarda le disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari entro il 31/03/2013, definendo che ogni regione provveda all'assistenza, alla cura e alla riabilitazione delle persone affette da patologia mentale autori di reato, anche avvalendosi di specifiche residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). La legge 9 del 17.02.12 prevede due tipologie di R.E.M.S.; una di Assessment e Stabilizzazione, in cui si pone la diagnosi e si imposta il programma di cura, con lo scopo di effettuare una "rapida stabilizzazione della sintomatologia per permettere il passaggio ad una struttura a minore intensità assistenziale"; e una di mantenimento a "vocazione riabilitativa e psicosociale".

Queste strutture residenziali devono essere:

- ✓ di norma regionali
- ✓ dotate all'interno di sola assistenza sanitaria

✓ dotate all'esterno, ove necessario, di sistemi di sicurezza e vigilanza.

Il decreto del 1 ottobre 2012 ne stabilisce i requisiti strutturali ed organizzativi. Tra questi, l'accoglienza di un massimo di 20 pazienti, ed il divieto di locazione presso istituti penitenziari attivi. Il personale è organizzato come equipe di lavoro multi professionale, comprendente medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori e Operatori socio-sanitari. Stabilisce, inoltre, la necessità di procedure scritte riguardanti i compiti di ciascuna figura professionale, le modalità di accoglienza del paziente, la definizione del programma individualizzato, i criteri per il monitoraggio e la valutazione periodici dei trattamenti terapeutico-riabilitativi, la gestione delle urgenze/emergenze, le modalità di raccordo con gli altri servizi del DSM nonché le modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine in caso di emergenza.

#### *Le misure di sicurezza e la pericolosità sociale*

Le Misure di Sicurezza (Mds) possono essere applicate soltanto alle **persone socialmente pericolose**, che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato o, in taluni casi, di “quasi reato” (la condotta, pur non integrando gli estremi di una fattispecie di reato, è comunque indizio di pericolosità dell'agente). I criteri con cui viene valutata la pericolosità sociale sono stabiliti negli **articoli 203 e 133 c.p.**. Secondo l'articolo 203 del codice penale, *è socialmente pericolosa la persona che ha commesso un reato, anche se non imputabile, quando è probabile che commetta un ulteriore reato*. I criteri sulla base dei quali si desume tale pericolosità sono quelli dell'art. 133 c.p “capacità a delinquere”.

La Mds può essere applicata anche ai soggetti non imputabili<sup>1</sup>.

Mentre l'imputabilità dipende dalla eventuale capacità di intendere e di volere, la pericolosità sociale dipende dalla potenziale disposizione a reiterare il reato anche indipendentemente dalla salute mentale del soggetto. Le Mds si distinguono in “*personali*” e “*patrimoniali*”. Nel nostro ambito istituzionale ricadono quelle personali, che vanno distinte in “detentive” e “non detentive”. Tra le misure di sicurezza non detentive rientrano la Libertà vigilata, il divieto di soggiorno nel/nei comune/i specificato/i, od in una o più province, l'espulsione dello straniero dallo Stato. L'internamento in REMS rientra, invece, nelle misure di sicurezza di tipo detentivo previste per i soggetti non imputabili come lo era, in precedenza, l'internamento in OPG

#### *La R.E.M.S. “Castore” di Subiaco*

La REMS “Castore” (ASL Roma 5) inizia la sua attività il 1 luglio 2015.

---

<sup>1</sup> V. Volterra “Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica” Edizione Elsevier MASSON

Attualmente, ospita 20 utenti maschi di età compresa tra i 26 e i 50 anni, autori di reato e per i quali è stata disposta una Misura di Sicurezza in quanto socialmente pericolosi.

Le assegnazioni e i trasferimenti degli Internati presso la REMS sono disposti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) in base alla disponibilità di posto Letto, e in accordo al principio della territorialità.

Entro 45 giorni dall'ingresso viene redatto, sulla base del **Progetto Terapeutico Riabilitativo Integrato (PTRI)** formulato dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di competenza territoriale, un **Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR)** concordato con l'Ospite ed il CSM competente. Esso descriverà gli obiettivi, ed i trattamenti e tempi necessari per realizzarli.

Tale percorso deve prevedere il massimo coinvolgimento attivo dell'Ospite secondo i principi della recovery. Trimestralmente viene inviato un aggiornamento clinico sull'ospite all'Autorità Giudiziaria e al Centro di Salute Mentale (CSM) competenti. La Relazione clinica periodica invece, salvo diversa richiesta dell'autorità giudiziaria, comprendente il quadro psicopatologico, comportamentale, psicodiagnostica e con valutazione dei comportamenti aggressivo-violenti, viene inviata ogni 6 mesi.

#### *Assessment e Riabilitazione*

Per ciascun Ospite viene effettuata:

- ✓ Valutazione multidisciplinare secondo le procedure e gli strumenti definiti per ciascun ruolo professionale.
- ✓ Definizione di un percorso terapeutico-riabilitativo che comprenderà gli obiettivi generali e specifici e la prevenzione dei comportamenti a rischio, che verranno valutati all'inizio e nel corso del trattamento.

Tale percorso è finalizzato alla reintegrazione sociale e alla riduzione del rischio di recidiva, attraverso specifici trattamenti quali:

- ✓ Psicoterapia individuale e/o di gruppo
- ✓ Skills training
- ✓ Psicoeducazione
- ✓ Cognitive Remedation
- ✓ Terapia Dialettico-Comportamentale
- ✓ Formazione professionale: corsi base di informatica, lingue, etc.
- ✓ Attività periodiche di ri-socializzazione, culturali, sportive, espressive e formative
- ✓ Libera professione del culto;
- ✓ Ridefinizione dei rapporti con le famiglie, comunità esterna e con il mondo del lavoro.

## La terapia dialettico- comportamentale

### Il modello teorico della DBT

La terapia Dialettico comportamentale è un trattamento cognitivo-comportamentale pensato, inizialmente, per pazienti cronicamente suicidari con diagnosi di Disturbo Borderline di personalità. Come suggerisce la letteratura, è stata la prima terapia a rivelarsi

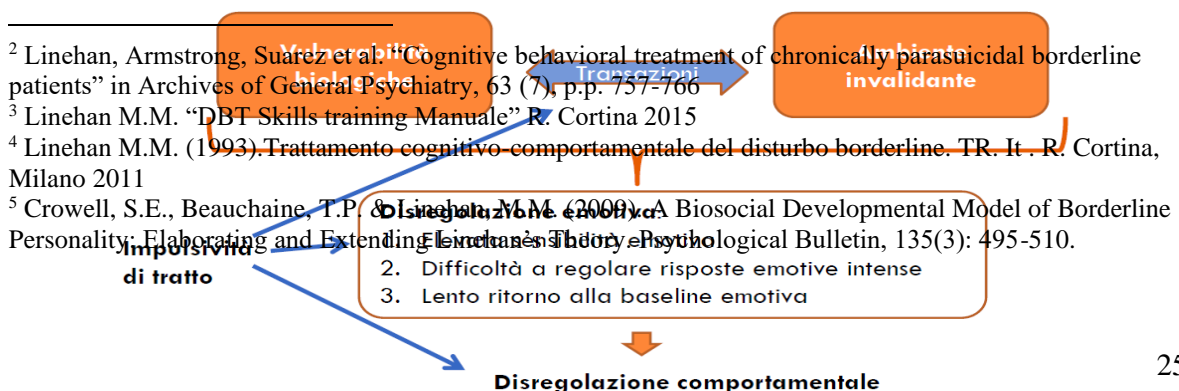
efficace per questo disturbo<sup>2</sup>. Essa si basa su una teoria dialettica e biosociale che enfatizza il ruolo della disregolazione emotiva e del comportamento nei disturbi psicologici.<sup>3</sup>

Il modello di Marsha Linehan del Disturbo Borderline di Personalità afferma, infatti, che il nucleo del disturbo consiste in un grave deficit del sistema di regolazione delle emozioni.

A causa di tale deficit, tutte le emozioni tendono a manifestarsi con eccessiva intensità, sia nell'esperienza soggettiva che nel comportamento e nella comunicazione.

Si spiegano, così, la rabbia immotivata ed intensa, le oscillazioni rapide dell'umore, l'intensità caotica delle relazioni affettive, la paura esagerata di fronte alla possibilità di essere abbandonati, e l'incapacità di controllare gli impulsi emotivi che può arrivare fino ai comportamenti autolesivi. Nel tentativo di ridurre l'esperienza penosamente intensa e caotica delle emozioni, la paziente borderline può far ricorso alle droghe, all'alcool o alle abbuffate di cibo, oppure può riuscire ad inibire totalmente, in alcuni momenti, l'intera esperienza delle emozioni, con la conseguenza di sperimentare inquietanti sensazioni di vuoto e di annichilimento<sup>4</sup>. Secondo la teoria di Linehan, il deficit del sistema di regolazione delle emozioni è causato dall'interazione fra variabili legate al temperamento, che comportano una risposta emotiva particolarmente intensa e rapida (vulnerabilità emotiva), e variabili legate all'apprendimento sociale del valore e del significato delle emozioni. Queste variabili apprese sono riassunte nel concetto di "invalidazione dell'esperienza emotiva": l'ambiente interpersonale entro cui il paziente sviluppa la conoscenza di sé e degli altri sarebbe tale da indurlo a destituire di significato e di valore le emozioni che percepisce in sé e che osserva negli altri<sup>4</sup>. (Fig. 1)

Figura 1: Teoria biosociale di M. Linehan sulla patogenesi del DBP (Crowell, Beauchaine & Linehan 2009<sup>5</sup>)



All'interno di questa cornice teorica, la DBT si configura come una combinazione di psicoterapia individuale, skills training di gruppo, coaching telefonico ed un team di consultazione tra terapeuti. Il termine "dialettico" rimanda al dialogo persuasivo e alla natura della relazione, quali approcci del trattamento e strategie utilizzate dal terapeuta per favorire il cambiamento. La dialettica è, pertanto, alla base della DBT.

#### *Lo Skills Training DBT*

Le skills della DBT mirano ai comportamenti disfunzionali generati dalla disregolazione emotiva, con l'obiettivo di aiutare l'individuo a cambiare i propri pattern emotivi, comportamentali ed interpersonali<sup>3</sup>.

Esse rispettano l'impostazione dialettica e si dividono in 4 moduli, a seconda dell'argomento a cui si riferiscono:

- ✓ Mindfulness
- ✓ Efficacia Interpersonale
- ✓ Regolazione emotiva
- ✓ Tolleranza della sofferenza

Ciascun modulo è a sua volta suddiviso in varie sottosezioni, a loro volta composte da serie di singole skills, solitamente insegnate in sequenza ma anche estrapolate in base alle necessità. Ciascuna seduta di skills training è incentrata, pertanto, sull'insegnamento di nuove abilità, attraverso lezioni, discussioni, pratica e simulazioni, mediante le tecniche di modelling, role playing, coaching, feedback e shaping.

I pazienti possono lavorare sia sulle singole skills separatamente sia su un set di skills, in modo da evitare eventuali sovraccarichi dovuti ai cambiamenti che dovranno affrontare e alle nozioni che dovranno apprendere. Gli obiettivi comportamentali dello skills training riguardano principalmente l'acquisizione e

generalizzazione delle abilità, l'interruzione dei comportamenti disfunzionali (autolesionismo, abuso di sostanze, promiscuità, comportamenti suicidari) e di quelli che interferiscono con la terapia (rabbia, sedersi in posizioni strane, passività ecc...).

*Le abilità del Social Skills Training DBT*

*Abilità di mindfulness*

L'insegnamento di tali abilità è finalizzato ad aiutare il paziente a focalizzare l'attenzione sul momento presente, e all'osservazione dei propri pensieri ed emozioni in un'ottica non giudicante; consentono di osservare la realtà così com'è, e a vivere il presente in maniera efficace. Le sottosezioni di questo modulo sono di seguito riportate (Fig. 2).

Figura 2: Abilità nucleari di mindfulness



*Abilità di Efficacia Interpersonale*

Questo modulo può essere considerato come un Training Assertivo, finalizzato ad aiutare il paziente al raggiungimento dei propri obiettivi, e a migliorare le relazioni interpersonali.

Le singole abilità permettono ai pazienti di imparare a gestire le situazioni di conflitto, a dire di no a richieste o pretese che si desidera non soddisfare e ad ottenere ciò che si vuole. Consentono, infine, di costruire relazioni significative efficaci e a mantenerle in modo positivo.

Le sottosezioni di questo modulo sono di seguito riportate (Fig. 3).

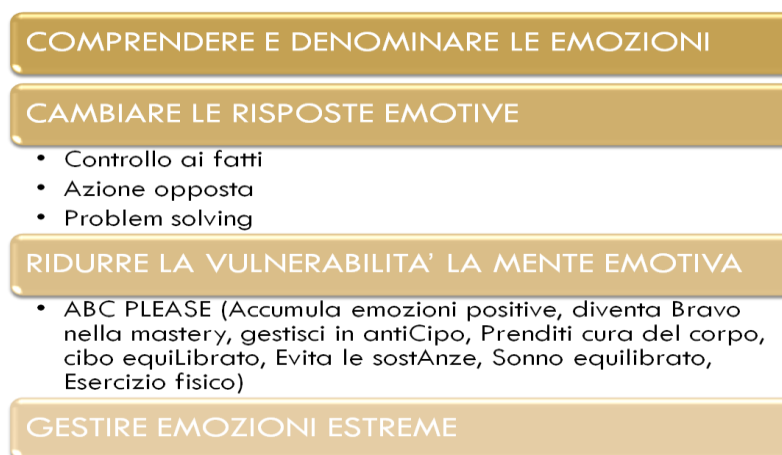
Figura 3: Abilità di Efficacia Interpersonale



### *Abilità di Regolazione emotiva*

Questo set di abilità mira, in generale, a garantire ai pazienti un maggior controllo sul proprio mondo emotivo; permette di comprendere e divenire consapevoli delle proprie emozioni e dei propri pensieri e del legame tra pensieri, emozioni e comportamenti. Aiuta, inoltre, a ridurre l'intensità dell'attivazione emotiva e a modificare, se possibile, le situazioni scatenanti. Le sottosezioni di questo modulo sono di seguito riportate (Fig. 4).

*Figura 4: Abilità di Regolazione emotiva*



### *Abilità di Tolleranza della sofferenza*

Quest'ultimo modulo, mira ad insegnare ai pazienti vere e proprie strategie pratiche per sopravvivere ad una crisi senza peggiorare la situazione. Permettono di accettare ed entrare appieno in una vita che è probabilmente diversa da quello che si erano augurati; consentono di sopportare momenti dolorosi, gli impulsi ad agire o le emozioni intense, quando non è possibile sottrarsi dalla situazione attivante.

Le sottosezioni di questo modulo sono di seguito riportate (Fig. 5).

*Figura 5: Abilità di Tolleranza della sofferenza*





## **Lavoro sperimentale**

### *Introduzione*

Una revisione della letteratura internazionale suggerisce che i pazienti psichiatrici forensi rappresentano la più aggressiva di tutte le popolazioni psichiatriche ospedaliere. Questi risultati valgono in tutto il Nord America, Europa e Australia (Bowers et al., 2011)<sup>6</sup>.

Mentre il 25% -35% dei pazienti psichiatrici forensi commette atti aggressivi fisicamente in ospedali di media sicurezza, il 45,6% commette aggressioni fisiche negli ospedali di massima sicurezza e solo il 21,3% nei servizi di salute mentale di altro tipo (Daffern, Mayer, e Martin, 2004)<sup>7</sup>.

La letteratura ha cercato già da tempo di identificare quali fossero i fattori predisponenti per forme maladattive di aggressività e si riscontra un certo accordo nell'evidenziare come tratti nucleari l'alessitimia, la disregolazione emotiva e l'impulsività (Loas et al., 2015<sup>8</sup>; Nemiah and Sifneos, 1970<sup>9</sup>; Taylor et al., 1997<sup>10</sup>).

---

<sup>6</sup> Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., Dack, C., Ross, J., Khanom, H., & Jeffery, D. (2011). Inpatient violence and aggression: A literature review. Report from the conflict and containment reduction research programme. London: Section of Mental Health Nursing, Health Service and Population Research Institute of Psychiatry, Kings College London.

<sup>7</sup> Daffern, M., Mayer, M. M., & Martin, T. (2004). Environment contributors to aggression in two forensic psychiatric hospitals. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 105-114.

<sup>8</sup> Loas, G., Baelde, O., Verrier, A., (2015) [Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: a dimensional analysis](#). *Psychiatry Research*, 225, 484-488

<sup>9</sup> Nemiah, J. C. & Sifneos, P. E. (1970) Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 18, 154-160

<sup>10</sup> Taylor, G.J., Bagby, R.M., and Parker, J.D.A. (1997), *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*, Cambridge University Press, Cambridge

Jenkins e colleghi (2014)<sup>11</sup> affermano che proprio una scarsa consapevolezza delle proprie emozioni potrebbe essere alla base del tratto di disregolazione emotiva, ritenuto a sua volta responsabile di condotte maladattive volte a moderare la sofferenza soggettiva, quali i gesti autolesivi (Linehan, 1993)<sup>12</sup>. Così come la mancanza di abilità di riconoscimento e riflessione sulle proprie emozioni, anche l'**impulsività** è riconosciuta come uno degli antecedenti dell'**aggressività** (Bousardt et al., 2015)<sup>13</sup>. La **disregolazione emotiva** predice agiti aggressivi negli autori di reato (Garofalo et al., 2016<sup>14</sup>; Robertson et al., 2014<sup>15</sup>).

La disregolazione emotiva, inoltre, è stata indicata come un importante fattore di rischio di recidiva (Loas et al., 2015<sup>4</sup>; Nemiah e Sifneos, 1970<sup>5</sup>). Rappresenta, pertanto, una priorità nel trattamento della popolazione psichiatrica forense.<sup>10</sup> Le diagnosi più comuni nelle popolazioni psichiatriche forensi :

- ✓ Disturbo antisociale e borderline di personalità (Howard et al, 2013)<sup>16</sup>;
- ✓ Schizofrenia (Dingfelder, 2004)<sup>17</sup>.

Tali diagnosi sono presenti in comorbidità con un Abuso di Sostanze (White, McCleery, Gumley, & Mulholland, 2007).<sup>18</sup> La Terapia Dialettico-Comportamentale ha mostrato, negli anni, un successo costante nel trattamento di soggetti con questi disturbi di personalità; se inizialmente era stata progettata per il trattamento di donne con diagnosi di personalità borderline, infatti, ora sta mostrando la sua efficacia nel trattamento di individui con diagnosi di disturbo di personalità antisociale (Dimeff & Koerner, 2007)<sup>19</sup>.

---

<sup>11</sup> Jenkins, A.L., McCloskey, M.S., Kulper, D., Berman, M.E. & Coccaro, E.F. (2014) [Self-harm behavior among individuals with intermittent explosive disorder and personality disorders](#). Journal of Psychiatric Research, 60, 125–131

<sup>12</sup> Linehan, M.M. (1993). Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press, New York,

<sup>13</sup> Bousardt, A.M., Hoogendoorn, A.W., Noorthoorn, E.O., Hummelen, J.W. & Nijman, H. L. (2015) [Predicting inpatient aggression by self-reported impulsivity in forensic psychiatric patients](#). Criminal Behaviour and Mental Health.

<sup>14</sup> Garofalo, C., Holden, C.J., Zeigler-Hill, V. & Velotti, P. (2016). [Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation](#). Aggressive Behavior, 42, 3–15

<sup>15</sup> Robertson, T., Daffern, M. & Bucks, R.S. (2014) [Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders](#). Psychology Crime and Law, 20, 933–954

<sup>16</sup> Howard, R., McCarthy, L., Huband, N., & Duggan, C. (2013). Re-offending in forensic patients released from secure care: The role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder. Criminal Behaviour and Mental Health, 23(3), 191-202.

<sup>17</sup> Dingfelder, S. F. (2004). Treatment for the "untreatable". Monitor on Psychology

<sup>18</sup> White, R. G., McCleery, M., Gumley, A. I., & Mulholland, C. (2007). Hopelessness in schizophrenia: The impact of symptoms and beliefs about illness. The Journal of Nervous and Mental Disease, 195(12), 968-97

<sup>19</sup> Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings. New York: Guilford Press

Pertanto, il suo successo nel trattamento dei disturbi prevalenti all'interno della psichiatria forense, ne suggerisce l'utilizzo (Dingfelder, 2004<sup>13</sup>).

Numerosi studi suggeriscono, infine, la validità della DBT nell'influenzare positivamente e durevolmente il comportamento violento e le componenti della rabbia nei pazienti di sesso maschile autori di reato (Evershed S. et al 2003).<sup>20</sup>

#### *Scopo*

Obiettivo del nostro studio è stato quello di applicare un protocollo DBT in pazienti autori di reato internati nella R.E.M.S. "CASTORE" di Subiaco e "MEROPE" di Palombara Sabina, confrontandone gli esiti rispetto ai trattamenti standard erogati di routine.

Sono stati considerati come indicatori di outcome le seguenti variabili:

- disregolazione emotiva
- alexitimia
- impulsività
- aggressività
- funzioni meta cognitive

#### *Campione*

I campioni oggetto di studio, ciascuno composto da 10 utenti, risultano omogenei sia nelle caratteristiche socio demografiche (Tab 1) che in quelle cliniche (Tab 2). Differiscono significativamente rispetto all'occupazione (GT 47% disoccupati, GC 65% con pensione di invalidità) e alla provenienza (GT 39% dal proprio domicilio, GC 29% OPG).

*Tab. 1 Caratteristiche socio demografiche del campione oggetto di studio*

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE	GRUPPO IN TRATTAMENTO	GRUPPO DI CONTROLLO
Età media	38,79 aa ds 6,20	40,19 aa ds 5,85
Stato Civile	Celibe	Celibe
Scolarità	8,62 aa ds 2,75	9,12 aa ds 2,52

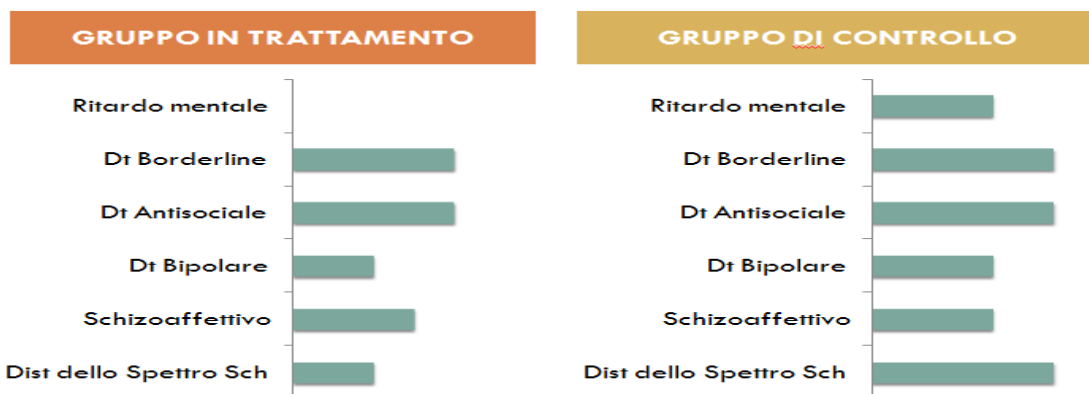
<sup>20</sup> [Evershed S<sup>1</sup>, Tennant A, Boomer D, Rees A, Barkham M, Watsons A](#). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. [Crim Behav Ment Health](#). 2003;13(3):198-213.

Tab. 1 Caratteristiche cliniche del campione oggetto di studio

CARATTERISTICHE CLINICHE	GRUPPO IN TRATTAMENTO	GRUPPO DI CONTROLLO
Anni di malattia	12,71 aa ds 2,11	15,51 aa ds 3,21
Pregressi TS	11/15 NO	12/15 NO
Abuso di sostanze	SI	SI
Terapia farmacologica	Antipsicotici LAI	Antipsicotici LAI

Le diagnosi di entrambi i campioni sono riportate nel grafico che segue (Fig. 6)

Figura 6: Diagnosi secondo il DSM V.



Sono stati considerati soltanto due criteri di esclusione:

- ✓  $QI < 70$
- ✓ presenza di patologie neurologiche

Nella Figura 7, osserviamo i reati commessi da entrambi i campioni oggetto di studio.

Figura 7: Reati



*Strumenti di valutazione*

Il campione oggetto di studio è stato sottoposto al T0 e T1 (dopo 6 mesi) alla seguente valutazione psicometrica:

- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) di Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A 1994
- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) di Gratz, K. L., & Roemer, L. 2004
- Barratt Impulsiveness Scale (BIS-II) di ES Barratt, MS Stanford, 1995.
- Scala degli incidenti aggressivi (AIS) di Chaimowitz G.A e Mamak M. 2015
- Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM) di Semerari et al. 2007

**Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)** di Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A 1994

L'attuale versione della *Toronto Alexithymia Scale*, la TAS a 20 item (TAS-20), (2) è un questionario di autovalutazione basato su una scala Likert a 5 punti, dove a ogni valore corrisponde una specifica dicitura:

- 1 = Non sono per niente d'accordo
- 2 = Non sono molto d'accordo
- 3 = Non sono né d'accordo né in disaccordo
- 4 = Sono d'accordo in parte
- 5 = Sono completamente d'accordo.

Al soggetto viene chiesto di fornire una risposta su quanto è d'accordo con ciascuna affermazione del questionario: è importante che il somministratore sottolinei che non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma soggettive in quanto legate ai vissuti dell'intervistato. Nella valutazione dei dati, oltre a informazioni relative alla somma totale dei singoli punteggi di ogni item, è possibile calcolare i punteggi che si richiamano agli item delle tre dimensioni che definiscono il costrutto dell'alestitimia:

- difficoltà nell'identificare i sentimenti (F1)  
(item: 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14)

-difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri (F2)

(item: 2, 4, 11, 12, 17)

-pensiero orientato all'esterno (pensiero operatorio) (F3)

(item: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20).

Si possono ottenere punteggi tra un minimo di 20 e un massimo di 100. Nel calcolo totale dei punteggi ottenuti al test vengono considerati:

-*non alessitimici* soggetti che ottengono punteggi inferiori a 51

-*borderline* soggetti che ottengono punteggi compresi tra 51 e 60

-*alessitimici* soggetti che ottengono punteggi superiori o uguali a 61.

### **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)** di Gratz, K. L., & Roemer, L. 2004

Il DERS è composto da 36 item a risposta multipla che misurano caratteristici pattern individuali di regolazione delle emozioni. Contiene sei scale: (1) NON ACCEPTANCE (non accettazione delle risposte emotive) è formata dagli item che riflettono la tendenza a provare emozioni secondarie negative in risposta alle proprie emozioni negative, oppure ad avere reazioni di non accettazione rispetto al proprio disagio, (2) GOALS (difficoltà nell'adottare comportamenti orientati verso un obiettivo) comprende gli item che riflettono le difficoltà nel concentrarsi e nell'eseguire un compito quando si provano emozioni negative, (3) IMPULSE (ovvero difficoltà nel controllo degli impulsi) rileva la difficoltà nel mantenere il controllo del proprio comportamento quando si provano emozioni negative, (4) AWARENESS (mancanza di consapevolezza emotiva) contiene item che sottolineano la tendenza a prestare attenzione alle emozioni e la relativa capacità di riconoscerle (per questo motivo le risposte fornite devono essere invertite nella fase di calcolo del punteggio), (5) STRATEGIES (accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva) riflette la credenza secondo cui risulta particolarmente difficile regolare efficacemente le emozioni una volta che queste si sono manifestate, (6) CLARITY (mancanza di chiarezza emotiva) comprende gli item che riflettono il grado in cui le persone riescono a comprendere distintamente quale emozione stanno sperimentando.<sup>21</sup>

### **Barratt Impulsiveness Scale (BIS-II)** di ES Barratt, MS Stanford, 1995.

---

<sup>21</sup>Cecilia Sighinolfi, Andrea Norcini Pala, Luigi Rocco Chiri, Igor Marchetti, Claudio Sica "Traduzione e adattamento italiano del difficulties in emotionregulationstrategies (DERS): una ricerca preliminare" Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 16(2):141-170 · April 2010

La scala è stata messa a punto per la valutazione dell'impulsività intesa come "agire senza pensare", come mancanza di controllo sui pensieri e sui comportamenti. La BIS-11 prende in considerazione tre tipi di impulsività:

- ✓ Impulsività Motoria
- ✓ Impulsività senza Pianificazione
- ✓ Impulsività Attentiva.

Probabilmente è lo strumento più noto e più usato per la valutazione dell'impulsività in ambito di ricerca, mentre meno indicato è il suo impiego in ambito clinico. La scala è in grado di discriminare fra soggetti impulsivi e non impulsivi, ma non, almeno significativamente, fra i tre tipi di impulsività.

La scala valuta dei tratti di personalità ed il periodo esplorato è pertanto la vita intera. Per quanto la scala non sia specificamente adatta agli impieghi clinici, è abbastanza usata in questo contesto ed è usata anche per valutare i cambiamenti della componente impulsiva del quadro clinico sotto trattamento. La scala, di autovalutazione, è composta da 30 item; l'analisi fattoriale ha isolato i già citati tre tipi di impulsività motoria senza pianificazione e attentiva. Gli item sono valutati su una scala a 4 punti, da 1 = raramente o mai a 4 = quasi sempre/sempre. Il punteggio totale può andare da 30 a 120; il punteggio medio va da 63,8 ( $\pm 10,2$ ) nei controlli, a 69,3 ( $\pm 10,3$ ) in soggetti con comportamenti di abuso, a 71,4 ( $\pm 12,6$ ) in pazienti psichiatrici ed a 76,3 ( $\pm 11,9$ ) in reclusi maschi.<sup>22</sup>

#### **Scala degli incidenti aggressivi (AIS) di Chaimowitz G.A e Mamak M. 2015**

L'AIS è uno strumento finalizzato alla registrazione degli atti di aggressione e di violenza del paziente in modo semplice e coerente. La presenza di comportamenti aggressivi e/o violenti, anche senza danni o lesioni, deve essere rilevata, segnalata e registrata, utilizzando un linguaggio comune. Ciò dev'essere fatto con precisione poiché comporta il rischio di un'ulteriore evoluzione dell'aggressività e di recidiva dell'agito violento. Gli Atti vengono registrati ogni giorno, e totalizzati per ogni settimana e mese, fornendo un dato cumulativo per ciascun paziente. Possiamo immaginarlo, quindi, come la rappresentazione grafica dei comportamenti aggressivi di un paziente. Uno degli scopi, è impostare e valutare la necessità d'interventi (immediati e a lungo termine).

Il "linguaggio" AIS è un codice in due parti:

- ✓ La prima parte è una scala (1-9) che rispecchia la gravità dell'incidente (valutato secondo l'atto più grave che si è verificato durante l'incidente). Episodi aggressivi o violenti

---

<sup>22</sup> L. Conti "Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria", Collana "Progressi in Psichiatria". SEE-Firenze pag 1055

possono essere diretti contro i membri del personale, altri pazienti, o oggetti (di proprietà). Non viene utilizzato per registrare episodi di autolesionismo (che possono essere registrati e osservati attraverso altre procedure).

✓ La seconda parte del codice è una lettera che indica il modo con cui lo Staff è intervenuto durante l'incidente e, se c'è stato un intervento, se questo sia stato verbale o fisico.

### **Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM) di Semerari et al. 2007**

L'IVaM è un'intervista semistrutturata che ha lo scopo di:

-sollecitare attivamente il soggetto, attraverso domande mirate, ad utilizzare le diverse sottofunzioni che si vogliono indagare.

-valutare la metacognizione in un episodio vissuto dal soggetto che sia per lui psicologicamente significativo. Questo scopo viene perseguito attraverso la domanda trigger iniziale.

L'intervista è composta da cinque parti: la *domanda iniziale*, che sollecita la produzione di una narrativa, e *quattro serie di domande*.

La *domanda iniziale* consiste nel chiedere all'intervistato di raccontare un episodio, accaduto negli ultimi sei mesi, che è stato per lui causa di malessere psicologico. È fondamentale che l'episodio selezionato dal soggetto sia un episodio di natura relazionale, ossia un episodio in cui sia coinvolta almeno un'altra persona oltre l'intervistato stesso, in modo da poter successivamente valutare le abilità di lettura degli stati mentali altrui. L'intervistatore si baserà su questa prima narrazione per porre le successive domande specifiche per sollecitare singole sottofunzioni metacognitive:

1. Sezione per il Monitoraggio: composta da 9 domande. Lo scopo di queste domande è di valutare la capacità del soggetto di monitorare le emozioni e i pensieri che costituiscono i suoi stati mentali.

2. Sezione per la Differenziazione: composta da 14 domande finalizzate a valutare quanto l'intervistato sia capace di distinguere tra fantasie, sogni, convinzioni e la realtà esterna, nonché la capacità del soggetto di essere consapevole del carattere soggettivo e, quindi, opinabile, discutibile e/o fallibile del proprio punto di vista.

3. Sezione per l'Integrazione: composta da 13 domande che hanno l'obiettivo di indurre l'intervistato a riflettere sulle transizioni tra stati mentali, sulle somiglianze e differenze tra stati e sulle regole che governano le transizioni. L'intervistatore sollecita la rievocazione di episodi e stati mentali simili a quello raccontato spontaneamente in modo da poter valutare le capacità del soggetto di cogliere le somiglianze e gli elementi ricorrenti dei propri stati mentali. Segue una serie



di domande volte a valutare le capacità del soggetto di riflettere sull'andamento nel tempo e di darne una descrizione coerente e comprensibile.

4. Sezione per il Decentramento: composta da 9 domande finalizzate a sollecitare il paziente a descrivere gli stati mentali di un personaggio, che abbia ricoperto un ruolo di rilievo nel racconto evocato nella prima sezione. Il fine è di valutare la capacità di comprendere che gli altri agiscono in base a scopi, credenze, valori, criteri e gerarchie di rilevanza che possono essere diversi dai nostri e indipendenti dalla relazione che hanno con noi.

#### *Metodo*

Il campione in trattamento è stato sottoposto a 6 mesi di Skill's Training DBT.

Ogni abilità è stata trattata in 6 sedute a cadenza settimanale, della durata di circa un'ora e mezza. La conduzione è stata affidata a due Terapisti della Riabilitazione psichiatrica (leader e co-leader) appositamente formati.

Ogni seduta è stata strutturata secondo lo schema sottostante:

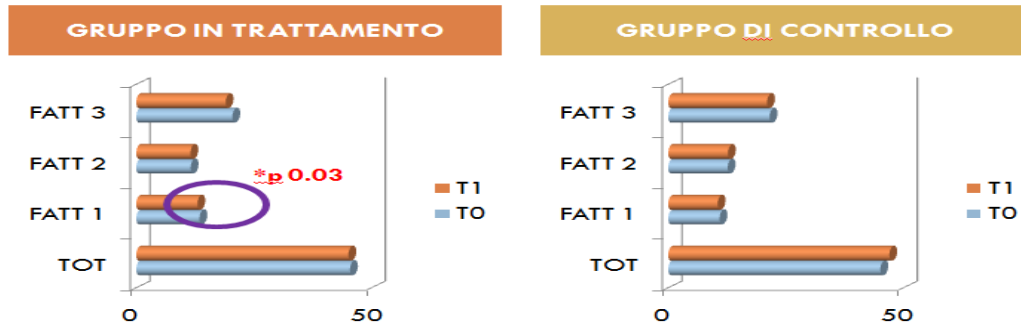
*Schema 1: Struttura della seduta*



#### *Risultati*

Nel grafico sottostante (Grafico 1) possiamo osservare al T1, un globale miglioramento dell'alessitimia nel GT; in particolare, si apprezza un significativo miglioramento ( $p=0.03$ ) del Fattore 1 "Capacità di Identificare le proprie emozioni". Tale risultato potrebbe essere riconducibile all'efficacia del modulo di Regolazione Emotiva che prevede, nella prima parte, una vera e propria alfabetizzazione emotiva attraverso l'abilità del "Comprendere e denominare le emozioni"; il gruppo GC presenta, invece, lievissimi miglioramenti dei tre fattori; è' interessante notare, tuttavia, un lieve peggioramento dell'alessitimia totale. Tale dato potrebbe essere riconducibile al clima restrittivo della R.E.M.S. che, in alcuni ospiti, può causare/peggiorare stati depressivi o di appiattimento affettivo che interferirebbero con tale variabile. Osserviamo, inoltre, che al T0, entrambi i campioni non si trovano in una vera e propria condizione di alessitimia.

Grafico 1: Risultati alla Toronto Alexithymia Scale (D. Parker 1993; R. M. Bagby, 1994)



\* difficoltà a identificare i propri sentimenti

Nel Grafico 2 osserviamo, al T1, un miglioramento globale della disregolazione emotiva in entrambi i gruppi; il GT mostra significativi miglioramenti nella capacità di essere consapevoli delle proprie emozioni negative, e nella comprensione della natura delle proprie risposte emotive; possiamo, anche in questo caso, immaginare questo dato come l'esito del modulo di regolazione emotiva; nel GC si evidenzia, invece, un significativo miglioramento nell'accesso a strategie efficaci di regolazione delle emozioni. Considerando che i trattamenti di routine agiscono non tanto sugli aspetti emotivi quanto su abilità di problem-solving e stili di coping, si potrebbe comprendere la diversità di esiti nei due gruppi.

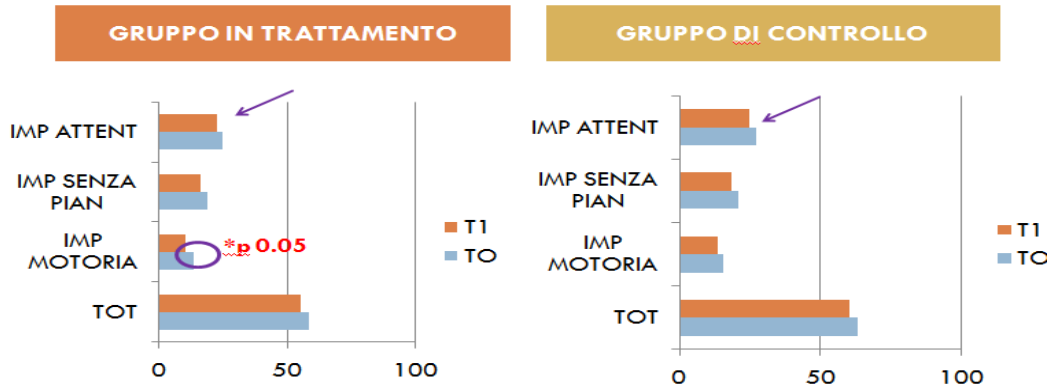
Grafico 2: Risultati alla Difficulties in Emotion Regulation Scale (Grazt, K. L., & Roemer, L. 2004)



Rispetto all'impulsività, si osserva un globale miglioramento, al T1, in entrambi i gruppi; in particolare, il GT mostra una significativa riduzione dell'impulsività motoria, attribuibile all'apprendimento di strategie efficaci di gestione delle emozioni estreme, insegnate nel modulo di tolleranza della sofferenza; osserviamo, inoltre, in entrambi i gruppi, una tendenza significativa, al miglioramento dell'impulsività attentiva: al T0, entrambi i gruppi presentano una sintomatologia florida che, al T1, grazie anche al trattamento farmacologico è notevolmente diminuita, il che

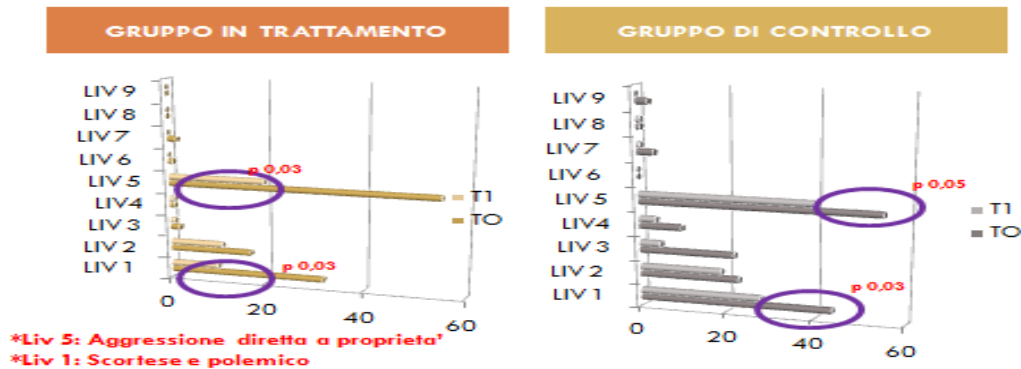
potrebbe spiegare la maggiore capacità di concentrarsi sui compiti e di pianificare le reazioni in maniera funzionale.

Grafico 3: Risultati alla Barratt Impulsiveness Scale (Barratt, MS Stanford, 1995).



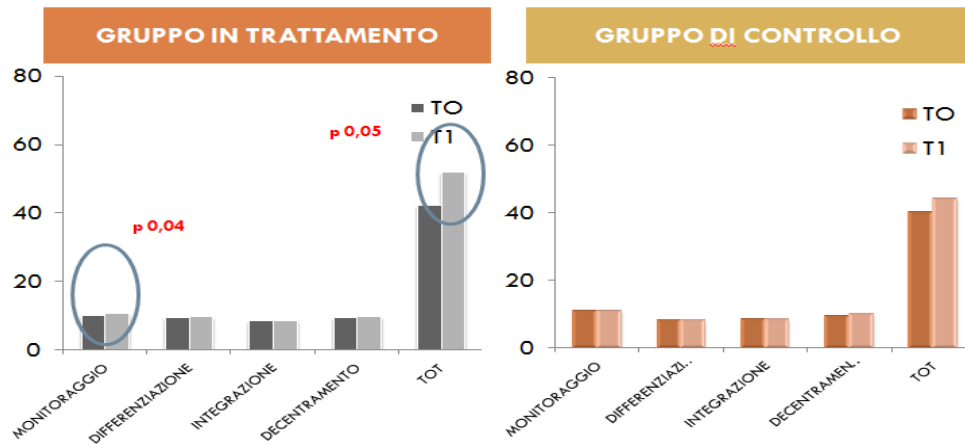
In entrambi i gruppi, al T1, si osserva una significativa riduzione degli agiti aggressivi sia verbali che fisici. (Grafico 4).

Grafico 4: Risultati alla Scala degli incidenti aggressivi (Chaimowitz G.A, Mamak M.2015)



Per quel che riguarda la metacognizione osserviamo, al T1, un significativo miglioramento nel GT, soprattutto nella funzione di monitoraggio; lo stesso risultato, non si apprezza nel GC. Possiamo considerare che i moduli di Regolazione Emotiva, utilizzano tecniche di laddering o ABC che stimolano le funzioni di monitoraggio e decentramento. L'assenza di miglioramenti nel GC è riconducibile, probabilmente, alla mancanza di interventi metacognitivi specifici.

Grafico 5: Risultati all' Intervista per la Valutazione della Metacognizione (Semerari et al. 2007)



Nell'osservazione di questi risultati bisogna ricordare, comunque, i benefici della terapia farmacologica di cui usufruiscono entrambi i gruppi.

#### *Conclusioni*

Lo studio presentato, rivela alcuni limiti metodologici.

Le ridotte dimensioni del campione, infatti, ostacolano la potenza statistica e compromettono la probabilità di rilevare un vero effetto della DBT sulle variabili misurate, nonché la possibilità di correlarle tra loro.

In secondo luogo, la scolarità media del campione potrebbe rappresentare un bias, dovuto alla difficoltà di comprensione di alcuni degli strumenti self-report utilizzati.

Il gruppo sottoposto alla DBT, infine, proviene perlopiù dal proprio domicilio, a differenza del gruppo di controllo, proveniente da altre strutture; questo potrebbe spiegare la maggiore rispondenza al trattamento rispetto a chi ne ha già effettuati e che, quindi, potrebbe essere meno motivato e partecipe.

Considerando i suddetti limiti, i risultati di questo studio confermano i dati presenti in letteratura sull'efficacia della DBT, rispetto ai trattamenti standard, nelle popolazioni psichiatriche forensi, rispetto alle variabili considerate: aggressività, impulsività e regolazione emotiva.

E' fondamentale considerare, inoltre, la mission degli ospedali psichiatrici forensi, ovvero la riabilitazione, intesa come il reinserimento nella società.

Le sole terapie farmacologiche/psicoterapeutiche, spesso, non permettono al paziente di acquisire abilità concrete per poter vivere al meglio nella società, né quelle necessarie a controllare i comportamenti disfunzionali; la DBT mostra, invece, un certo potenziale nel soddisfare questo bisogno, garantendo un reinserimento più sicuro ed efficace.

La riabilitazione di questi pazienti, inoltre, ha evidenti vantaggi istituzionali e finanziari; considerando i costi a persona di permanenza in R.E.M.S. si otterrebbe un notevole risparmio, che potrebbe essere ridistribuito ai servizi territoriali che prenderanno in carico questi pazienti una volta dimessi, garantendo la prosecuzione del percorso riabilitativo. Oltre alla riduzione dei costi, infine, aiutare i pazienti a reintegrarsi efficacemente nella società, consente di aumentare la sicurezza pubblica.

Concludendo, il buon esito della DBT ci porta a riflettere su quanto sarebbe importante strutturare questo approccio come prima scelta all'interno delle strutture predisposte all'accoglienza di questa tipologia di utenti, previa l'adeguata formazione di tutto il personale sanitario.

### Bibliografia

- Bousardt, A.M., Hoogendoorn, A.W., Noorthoorn, E.O., Hummelen, J.W. & Nijman, H. L. (2015) [Predicting inpatient aggression by self-reported impulsivity in forensic psychiatric patients](#). *Criminal Behaviour and Mental Health*.
- Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., Dack, C., Ross, J., Khanom, H., & Jeffery, D. (2011). Inpatient violence and aggression: A literature review. Report from the conflict and containment reduction research programme. London: Section of Mental Health Nursing, Health Service and Population Research Institute of Psychiatry, Kings College London.
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P. & Linehan, M.M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3): 495-510.
- Daffern, M., Mayer, M. M., & Martin, T. (2004). Environment contributors to aggression in two forensic psychiatric hospitals. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 105-114.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press
- Dingfelder, S. F. (2004). Treatment for the "untreatable". *Monitor on Psychology*
- [Evershed S<sup>1</sup>, Tennant A, Boomer D, Rees A, Barkham M, Watsons A](#). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Crim Behav Ment Health*. 2003;13(3):198-213.
- Garofalo, C., Holden, C.J., Zeigler-Hill, V. & Velotti, P. (2016). [Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation](#). *Aggressive Behavior*, 42, 3–15
- Howard, R., McCarthy, L., Huband, N., & Duggan, C. (2013). Re-offending in forensic patients released from secure care: The role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(3), 191-202.
- Jenkins, A.L., McCloskey, M.S., Kulper, D., Berman, M.E. & Coccaro, E.F. (2014) [Self-harm behavior among individuals with intermittent explosive disorder and personality disorders](#). *Journal of Psychiatric Research*, 60, 125–131
- Linehan M.M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. TR. It . R. Cortina, Milano 2011
- Linehan M.M. "DBT Skills training Manuale" R. Cortina 2015
- Linehan, Armstrong, Suarez et al. "Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients" in *Archives of General Psychiatry*, 63 (7), p.p. 757-766

- Linehan, M.M. (1993). Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press, New York
- Loas, G., Baelde, O., Verrier, A., (2015) [Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: a dimensional analysis](#). Psychiatry Research, 225, 484–488
- Nemiah, J. C. & Sifneos, P. E. (1970) Psychosomatic illness: a problem in communication. Psychotherapy & Psychosomatics, 18, 154–160
- Roberton, T., Daffern, M. & Bucks, R.S. (2014) [Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders](#). Psychology Crime and Law, 20, 933–954
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., and Parker, J.D.A. (1997), Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness, Cambridge University Press, Cambridge
- V. Volterra “Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica” Edizione Elsevier MASSON
- White, R. G., McCleery, M., Gumley, A. I., & Mulholland, C. (2007). Hopelessness in schizophrenia: The impact of symptoms and beliefs about illness. The Journal of Nervous and Mental Disease, 195(12), 968-97

**Roberta Ortenzi**  
**Psicologa-Psicoterapeuta, L'Aquila**  
**Specializzata a Roma, training Liotti e Tombolini**  
**[Roberta.ortenzi@gmail.com](mailto:Roberta.ortenzi@gmail.com)**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)