

INTERVENTI PSICOLOGICI NEI CONTESTI DETENTIVI PER MINORI E ADULTI

Elena Vegni*, Claudio Cassardo, Tiziana Valentini
UOC di Psicologia Clinica – ASST Santi Paolo e Carlo di Milano
*Dipartimento di Scienze della Salute, Università Statale di Milano

RIFERIMENTI NORMATIVI

- **DPCM aprile 2008**, che sposta la medicina penitenziaria dalla Giustizia alla Salute, distinguendo il lavoro psicologico sanitario da quello di Osservazione e Trattamento.
- **Indicazioni relative all'attività sanitaria** rivolta a minori sottoposti a procedimento penale presso il TM di Milano e di Brescia del **14/04/2011**
- **Linee di Indirizzo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei soggetti sottoposti a procedimento penale**: Esiti delle attività del Gruppo di Approfondimento Tecnico“(GAT) DGR 809 dell’ottobre 2013.

FOCUS

DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO

- Problematiche psicopatologiche precedenti alla commissione del reato;
- condizioni a rischio di evoluzione psicopatologica;
- reazioni di disadattamento, dipendenti dal passaggio dallo stato di libertà a quello detentivo e quelle dipendenti dal passaggio dallo stato detentivo a quello di collocamento in comunità educativa, che si esprimono anche con autolesionismo e/o suicidarietà

FORMATO GENERALE DEGLI INTERVENTI

Interventi di rete

→ **Rete interna**

→ **Rete esterna**

Interventi rivolti ai pazienti

→ **Individuali:**
Pronto Intervento,
Valutazione
psicodiagnostica,
Supporto psicologico

→ **Di gruppo:**
Empowerment,
Promozione della
salute, DBT Skill
Training

Interventi rivolti agli operatori

→ **Formativi**

→ **Terapeutici**

METTERE-MANTENERE IL PAZIENTE IN SICUREZZA

- **Intervento di screening in IPM C. Beccaria**
 - Valutazione e monitoraggio del rischio autolesivo e suicidario in CPA e IPM;
- **Servizio Nuovi Giunti, Intervento per le celle a rischio (CAR)** nella C.C. San Vittore;
- **Detenuti segnalati per rischio suicidario (DARS)** nella CR di Opera
- **Attenta sorveglianza sanitaria (ASS)** nella CR di Bollate.

METTERE IL PAZIENTE IN SICUREZZA: AREA DI CULTURE CONFLITTUALI

○ CULTURA ISTITUZIONALE CARCERARIA:

- Il detenuto mi vuole "fregare", "ricattare" con la minaccia autolesiva e/o anticonservativa
- Lo psicologo deve dirmi chi è matto e chi è solo un delinquente

○ CULTURA SANITARIA PSICOLOGICA

- La sofferenza psicologica non si distribuisce su due poli (essere matto o non essere matto) bensì su un continuum di strategie di coping della sofferenza e di capacità di resilienza: la minaccia autolesiva/anticonservativa può essere l'unica strategia di coping disponibile in un paziente antisociale quando quella etero-aggressiva non è più disponibile

METTERE IL PAZIENTE IN SICUREZZA: AREA DI CULTURE CONFLITTUALI

○ CULTURA PSICOLOGICA CON CONFINI RIGIDI:

- Lo psicologo sta dentro/sopporta tutto il peso della fatica emotiva del lutto: perdita della capacità di espellere dalla propria mente la plausibilità (per il detenuto) del suicidio, e di mutare in tempi brevi le emozioni negative del paziente in emozioni positive.

○ CULTURA PSICOLOGICA CON CONFINI MORBIDI

- In un contesto penitenziario ad alto tasso di ingressi come San Vittore insorge la tentazione (così come nel rapporto tra genitori e figli) di usare oggetti transizionali (ad es. invio mail al tuo avvocato) con cui sostituire la fatica emotiva legata al lutto con quella commerciale legata al negozio.

METTERE IL PAZIENTE IN SICUREZZA: ASPETTI CLINICI

- **RACCORDO CON IL NPI/PSICHIATRA/EQUIPE DEL SERT** per valutare l'opportunità di terapia farmacologica, ev. anche di un breve ricovero;
- **NORMALIZZAZIONE/CONVALIDA EMPATICA:** il clinico tollera l'idea del suicidio del paziente considerandola un'opzione comprensibile nella sua prospettiva;
- **POTENZIAMENTO DELLE STRATEGIE DI REGOLAZIONE EMOTIVA** ad es. incoraggiamento ad elaborare le emozioni piuttosto che a controllarle; a identificare il sistema motivazionale attivo nel momento in cui il soggetto minaccia il suicidio.

METTERE IL PAZIENTE IN SICUREZZA: ASPETTI CLINICI

- **PSICOEDUCAZIONE** sulle trappole mentali che favoriscono la ruminazione suicidaria (ad es. pensiero dicotomico);
- **INSEGNAMENTO** (o valorizzazione, se già presenti nel paziente) **DI STRATEGIE DI COPING PER L'ADATTAMENTO ALLA CONDIZIONE DETENTIVA:** tecniche cognitive di problem-solving, ri focalizzazione su compiti realizzabili (per promuovere la self-agency la cui carenza è correlata al rischio suicidario) o su temi non connotati negativamente;
- **DISMISSIONE DEL RISCHIO A FRONTE DI ELIMINAZIONE DEI FATTORI PROSSIMALI DEL RISCHIO** (ideazione suicidaria e disperazione) **E DI COMPENSO DI QUELLI DISTALI** (soprattutto sintomi depressivi e discontrollo degli impulsi)

METTERE IL PAZIENTE IN SICUREZZA: ASPETTI CLINICI

- **RACCORDO CON L'AREA EDUCATIVA**, che assume modalità diverse nei diversi contesti penitenziari. In IPM Beccaria viene inviata scheda di valutazione/monitoraggio del rischio con l'indicazione delle aree su cui lo psicologo clinico lavora affinché anche l'educatore possa intervenire con strumenti pedagogici e dei momenti cruciali (ad es. telefonate dei familiari) per la gestione del rischio da parte loro;
- **SUPPORTO PSICOLOGICO AI GENITORI** (solo in Beccaria) per verificare la presenza di dinamiche disfunzionali (ad es. espulsive o persecutorie nei confronti della Giustizia Minorile) e promuovere uno spazio di ascolto e accoglienza nei confronti delle problematiche del figlio.

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA NELLA GIUSTIZIA MINORILE: ASPETTI CARATTERISTICI

Deve consentire di comprendere/prevedere:

- **Su quali triggers** (ad es. attacco all'autostima; perdita di legami significativi, perdita di autonomia) si possono innescare comportamenti disadattivi (anche reati);
- **Le ricadute delle problematiche psicologiche sul funzionamento sociale del minore** e sul procedimento penale in particolare, ad esempio in termini di tenuta, a fronte di problemi di recettività all'interno delle relazioni, di fiducia nell'altro e di autonomia personale.
- **La funzione svolta dalla commissione del reato** nell'economia psicologica, sia personale che relazionale del paziente (ad es. una strategia di coping rispetto ai compiti evolutivi, una manifestazione del funzionamento patologico della personalità).

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA NELLA GIUSTIZIA MINORILE: ASPETTI CARATTERISTICI

- Invio delle relazioni di valutazione psicodiagnostica e di aggiornamento all'Autorità Giudiziaria (AG) per il tramite delle direzioni dei servizi minorili affinché l'AG tenga conto, nei suoi provvedimenti giudiziari, dei bisogni di salute mentale dei ragazzi.
- Tali relazioni sono primariamente lette ai genitori e/o ai ragazzi se maggiorenni, come base per l'alleanza terapeutica e fatta oggetto di interventi psicoeducativi per promuovere la consapevolezza del bisogno di salute mentale.

INTERVENTO MINORILE SUL CONTESTO

- **Partecipazione ad equipe** con gli operatori dei servizi minorili per offrire chiavi di lettura del comportamento dei ragazzi e relative strategie relazionali;
- Viene anche fornito un **sostegno per costruire progetti trattamentali (sia interni che esterni) psicologicamente sostenibili.**

INTERVENTI INDIVIDUALI DI SUPPORTO PSICOLOGICO

- Fase consultativa e/o di psicoterapia breve in IPM e USSM
- Gruppo di Attenzione Terapeutica (**GAT**) a Opera e Gruppo di osservazione e trattamento (GOT)

INTERVENTI INDIVIDUALI DI SUPPORTO PSICOLOGICO

- **Monitoraggio** delle condizioni cliniche nell'adattamento alla detenzione;
- **Promozione della consapevolezza** di schemi maladattivi (ad es. pretese grandiose e scarsa disciplina nel perseguire obiettivi personali; ricerca di sensazioni forti dopo periodi di vita routinaria) e pattern disfunzionali di comportamenti ricorrenti (manipolazione o aggressione degli altri) nella storia di vita del detenuto;
- **Con focus a breve termine** nei contesti detentivi per adulti

INTERVENTI INDIVIDUALI DI SUPPORTO PSICOLOGICO: ASPETTI SPECIFICI DI IPM E USSM

- **Intervento psicoeducativo** sul funzionamento psichico e motivazione alla cura;
- **Intervento di potenziamento delle competenze metacognitive** (auto riflessività soprattutto differenziazione, poi comprensione della mente altrui, capacità di mastery della sofferenza psichica);
- **Intervento sulle dimensioni psicologiche sottese al disturbo della condotta** che è il disturbo esternalizzante di più frequente riscontro tra i disturbi psichici nei minori: perdita di controllo della **rabbia**, **non cooperatività**, **aggressione reattiva e proattiva** (quest'ultima è il marker caratteristico del DC), **scarsa preoccupazione per gli altri**.

INTERVENTI DI GRUPPO

- **Scuola Accoglienza (alla CR di Opera)** : basato sull'Empowerment;
- **DBT Skill Training:** appena avviato d Opera e previsto da implementare nei primi mesi del 2019 in IPM Beccaria;
- **Promozione della salute** con focus sull'impulsività e la gestione della rabbia in IPM

PROMOZIONE DELLA SALUTE IN IPM

- Secondo il modello del RISCHIO-BISOGNO-RESPONSIVITÀ di S.C.P. Wong per il trattamento dei disturbi della condotta e del disturbo antisociale, l'impulsività è un target del trattamento perché costituisce un bisogno criminogeno, correlato cioè alla violenza.
- L'intervento di promozione della salute sull'impulsività può avere una valenza preventiva (per chi non ha un disturbo da comportamento dirompente) o di motivazione alla cura o alla riabilitazione (per chi ha già un disturbo da comportamento dirompente).

PROMOZIONE DELLA SALUTE IN IPM

- Nei gruppi di promozione della salute emergono in modo automatico dinamiche relazionali che sono più vicine a quelle che si svolgono nella quotidianità della detenzione
 - ad es. conflitti di rango in merito a chi ha più diritto e ragione a lamentarsi delle condizioni della detenzione.
- Tali dinamiche hanno esiti diversi da quelli cui pervengono solitamente nel gruppo detentivo (dove si originano, ad esempio, comportamenti antagonisti quando la posizione di rango non è riconosciuta dall'interlocutore) e, quindi, consentono ai ragazzi di fare un'esperienza emozionale correttiva

PROMOZIONE DELLA SALUTE IN IPM

Criticità organizzative

- **L'ingresso di sostanze in carcere (che esacerba l'impulsività) e la presenza di soggetti antisociali con tratti psicopatici/sadici con una leadership negativa** già riconosciuta nel gruppo rendono molto difficoltosa la conduzione dell'intervento, cosa che può portare ad alimentare rinforzi antisociali, anziché contrastarli.
- L'implementazione degli interventi di gruppo in carcere richiede un controllo dell'ordine e della sicurezza molto forte: **i momenti di disorganizzazione favoriscono il potere dei leader negativi.**

INTERVENTI DI RETE

- **Segnalazioni alla NPI e alla Psichiatria per valutazione dell'opportunità di terapia farmacologica;**
- **Segnalazione al SerD** per valutazione sulla problematicità dell'uso di sostanze e trattamento della Dipendenza;
- **Segnalazione/invio ai servizi sanitari territoriali (UONPIA e CPS) o Programmi Innovativi**, in IPM e USSM, a fronte di psicopatologie croniche (DP) con focus quindi a medio/lungo termine in area penale esterna.
 - Criticità costituita da una disponibilità non immediata o a macchia di leopardo dei SST

INTERVENTI RIVOLTI AGLI OPERATORI

- **Formazione sul rischio autolesivo e suicidario,** realizzata in IPM tra il 2013 e il 2014 nella fase di sperimentazione delle Linee di Indirizzo per la Prevenzione del rischio autolesivo e suicidario emanate da Regione Lombardia con il DGR 809/2013;
- **Social Dreaming.....nelle carceri adulti.....**

SOCIAL DREAMING

- **Il social dreaming è una formula esperienziale di grande successo e storica pratica da quarant'anni, proposta dal Tavistock Institute di Londra;**
- **essa permette, come esperienza in cui si condividono sogni e associazioni di pensiero libero, di mettere in evidenza i temi emotivi che sono in campo nelle atmosfere di lavoro o di convivenza, senza tuttavia generale tensioni o prese di posizione, perché i temi emergono da una matrice collettiva di tipo onirico dove l'importanza non viene assegnata al sognatore o a chi fa una affermazione associativa, ma viene assegnata al sogno o alle associazione in se'.**

IN SINTESI

- ▶ Il Pronto Intervento è rilevante in una casa circondariale (C.C. San Vittore) mentre in una casa di reclusione (C.R. Bollate e Opera), prevalgono la valutazione e la cura delle sofferenze passate e reattive al carcere.
- ▶ Con i minori prevalgono invece il supporto agli operatori di Osservazione e Trattamento sulla sostenibilità psicologica dei progetti di "messa alla prova", l'esame sui rischi di evoluzione psicopatologica (ad es. dal Disturbo della Condotta ai Disturbi di Personalità del Cluster B), e il coordinamento con i servizi territoriali e l'area penale esterna.
- ▶ La discussione sulla validità del trattamento al paziente recluso è critica poichè mancano dati di ritorno sui soggetti, una volta tornati liberi.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ **DPCM 1 aprile 2008.** "Modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"
- ▶ **Giunta Regionale. DRS.** Indicazioni relative all'attività sanitaria rivolta a soggetti sottoposti a procedimento penale presso i Tribunali per i Minorenni di Milano e di Brescia. HI.2011.0011704 del 14 aprile 2011.
- ▶ **Regione Lombardia/Direzione Generale Sanità, Amministrazione Penitenziaria/Provveditorato Generale per la Lombardia e Dipartimento Giustizia Minorile/Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia:** "DGR 809/2013 – Linee di indirizzo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei soggetti sottoposti a procedimento penale: Esiti delle attività del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT)"
- ▶ **NICE Linee Guida 77** per il trattamento del disturbo antisociale della personalità, comprensivo delle crisi, aggiornate a febbraio 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg77>
- ▶ **G. Lawrence,** Experiences in Social Dreaming, Karmak, London, 1998.
- ▶ **S. Fazel, J. Baillargeon.** The health of prisoners. THE LANCET, Volume 377, Issue 9769, 2011

elena.vegni@unimi.it

tiziana.valentini@asst-santipolocarlo.it

claudio.cassardo@asst-santipaolocarlo.it