

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

PSICOPATOLOGIA E COMPORTAMENTI VIOLENTI: VALORE PREDITTIVO DELLA
DISREGOLAZIONE EMOTIVA E DELL'IMPULSIVITÀ

RELATORE:

Davide Liccione

CORRELATRICE:

Carla Laura di Forti

Tesi di Laurea di

Giorgio Bruschini

Matricola 524887

Anno Accademico 2023/24

CAPITOLO 1: I comportamenti violenti: un'analisi della letteratura.....	pag. 3
1.1 Cenni storici	
1.2 Epidemiologia e fattori di rischio del comportamento violento	
1.3 Neuroanatomia dell'aggressività	
1.4 Psicopatologia e violenza	
1.4.1 Prevalenza e incidenza di patologie mentali nella genesi del comportamento violento	
1.4.2 Violenza e razzismo	
1.5 Violenza e abuso di sostanze	
1.5.1 Il legame tra abuso di sostanze e forme di razzismo	
1.6 Violenza e autolesionismo	
1.7 Violenza e rischio suicidario	
1.8 Violenza nel contesto penitenziario	
1.9 Valutazione dell'aggressività	
1.10 Importanza della valutazione di rischio del comportamento violento	
CAPITOLO 2: Disregolazione emotiva ed impulsività.....	pag. 32
2.1 Il costrutto della regolazione delle emozioni	
2.2 Definizione psicopatologica del concetto di impulsività	
2.3 Regolazione emotiva, impulsività e comportamento aggressivo	
2.4 Neurobiologia della regolazione emotiva e dell'impulsività	
2.5 La personopatia tra disregolazione emotiva e impulsività	
2.6 Il ruolo della disregolazione emotiva nelle carceri	
2.7 La valutazione dell'impulsività	
CAPITOLO 3. Caso clinico.....	pag. 43
3.1 Il caso di A.	
3.2 Fattori di rischio del comportamento aggressivo	
3.3 Temi di rilevanza	

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

CAPITOLO 1

I COMPORTAMENTI VIOLENTI: UN'ANALISI DELLA LETTERATURA

1.1 Cenni storici

La violenza e l'aggressività sono tematiche da sempre dibattute nel corso dei secoli.

Nel Seicento Thomas Hobbes ha postulato la natura egoista dell'uomo, tramite una citazione latina del commediografo Plauto: "*Homo homini lupus*", evidenziando come la natura umana porti l'uomo ad agire secondo il proprio istinto di sopravvivenza e dominanza. L'uomo, nello stato di natura, è sempre in lotta con gli altri uomini e, senza regole e leggi, farebbe in modo di eliminare ogni ostacolo presente per arrivare al proprio obiettivo, creando un perenne stato di guerra di tutti contro tutti. ("*bellum omniun contra omnes*")

Nella seconda metà dell'Ottocento, fu il celebre Cesare Lombroso a segnare l'inizio della criminologia. Grazie ai suoi studi sui crani dei delinquenti si accorse come questi avessero una predisposizione biologica alla violenza. Sono essere umani che hanno tendenze animalesche e criminali innate. L'uomo violento è biologicamente diverso da tutti gli altri che non lo sono. Lombroso stesso però, dopo le numerose critiche ricevute, dovette rivedere la sua teoria affermando il ruolo compartecipe dell'ambiente a quello della natura nel predisporre la persona a crimini e violenze.

L'idea che la violenza e l'aggressività siano intrinsecamente legate all'essere umano è stata ampiamente condivisa anche dalla psicanalisi freudiana durante la fine dell'Ottocento. Secondo Freud l'uomo è dominato da due pulsioni che caratterizzano ogni comportamento umano: Thanatos (pulsione di morte) ed Eros (pulsione di vita). Secondo il suo pensiero, l'aggressività è una parte costitutiva della natura umana e compito della società è quello di prevenire e controllare le pulsioni aggressive innate.

Melanie Klein ha successivamente ripreso la teoria delle pulsioni di Freud. Secondo la psicoanalista, il bambino fin da subito vive questa conflittualità interiore. L'angoscia provata verso la pulsione di morte viene proiettata e rigettata verso l'oggetto, dopo essere stata separata dalla pulsione di vita. Da questa dinamica dipende la formazione dell'Io come buono o cattivo.

Sarà con l'inizio del Novecento che inizierà a nascere una nuova visione dell'aggressività.

L'etologia, la disciplina che studia i comportamenti animali (uomo compreso) nel loro ambiente naturale, ritiene che l'aggressività sia l'impulso istintuale che porta ad aggredire membri della stessa specie o di altre al fine di fare del male per soddisfare le proprie pulsioni di sopravvivenza: mangiare e portare avanti la propria specie.

L'etologo Konrad Lorenz sostiene la naturalità umana dell'aggressività come ereditarietà animale che, soprattutto in ambienti che minacciano la sopravvivenza dell'individuo, si manifesta in comportamenti violenti. L'istinto aggressivo è innato ma la sua messa in atto è influenzata dalla interazione con l'ambiente circostante. Il comportamento aggressivo può essere interspecifico e avvenire tra individui di specie diverse con l'intento di procacciarsi il cibo o intraspecifico e avvenire tra componenti della stessa specie con l'intenzione di provocare sofferenza.

Se da una parte la psicanalisi freudiana ne riconosce l'utilità ma invita la società a prendere misure di controllo, l'etologia valorizza il ruolo dell'aggressività come funzionale alla sopravvivenza della specie.

Anche l'antropologia riconosce la violenza come una predisposizione del genere umano che si manifesta in ambienti e modalità diverse a seconda della cultura di riferimento.

Secondo le scienze sociobiologiche esiste una aggressività innata ereditata dal mondo animale chiamata tensione competitiva che permette all'uomo di realizzare i compiti della specie. Sono le inibizioni a placare gli impulsi aggressivi tramutandoli in agiti utili finalizzati al proprio benessere. Questi impulsi naturali aggressivi vengono fuori in base all'incontro con diversi fattori che disinibiscono l'uomo dal controllo del comportamento, facendo in modo che gli impulsi aggressivi vengano messi in atto.

In netto contrasto con la sociobiologia e la psicanalisi è il pensiero della sociologia e della psicologia sociale. Queste due correnti sostengono come l'aggressività, sebbene presente nella natura umana, sia un prodotto della cultura e pertanto debba essere controllata da norme sociali e dall'educazione verso una vita civile. Rifiutando l'idea della ereditarietà biologica sostengono, dunque, che l'aggressività derivi da un insieme di condizionamenti sociali e biologici.

La sociologia, dunque, dà importanza al fattore ambientale nello sviluppo dell'aggressività. Pertanto, l'esperienza dell'individuo, l'ambiente e le sue sollecitazioni innescano gli impulsi aggressivi.

Molti esponenti della psicologia contemporanea, sostengono che l'ambiente e la cultura impattano nella genesi dell'aggressività. Secondo lo psicologo Bandura, l'aggressività è un modello di comportamento appreso attraverso l'osservazione di altre persone e dell'ambiente circostante.

Secondo Bowlby, invece, il ruolo della figura di attaccamento nella genesi del comportamento aggressivo appare cruciale. Una sua mancanza o perdita precoce può portare il bambino ad usare l'aggressività come futura risposta ai traumi infantili subiti.

Anche l'antropologa Françoise Héritier concorda con il fatto che l'aggressività sia una caratteristica che la persona acquisisce per educazione e non in maniera innata.

Questo breve excursus storico permette di comprendere il cambiamento di paradigma avvenuto: se prima l'idea era quella che l'aggressività facesse parte dell'essere umano per natura rendendo il comportamento inevitabile e giustificabile, grazie alle scienze sociali siamo arrivati a capire che, sebbene sia una caratteristica presente da sempre nell'uomo, non è innata ma si apprende dalla società e dall'ambiente che lo circonda. I fattori che portano una persona ad avere agiti aggressivi non sono né esclusivamente biologici/ereditari né esclusivamente ambientali ma è il ruolo che questi insieme assumono nell'influenzare l'individuo che porta alla manifestazione di questi comportamenti.

1.2 Epidemiologia e fattori di rischio del comportamento violento

La ricerca sui comportamenti aggressivi nelle popolazioni detenute è sostenuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il suo duplice interesse: riguarda una piccola parte della popolazione ed è legata ad alti livelli di sofferenza umana.

Il contesto detentivo è caratterizzato difatti da un'elevata prevalenza di atti aggressivi e vittimizzazione da detenuto a detenuto.

È necessario fare una distinzione tra comportamento aggressivo e violento. La violenza è una forma di attacco fisico mentre il comportamento aggressivo rappresenta un costrutto più ampio che non comporta necessariamente un danno fisico ma che include sia attacchi fisici che verbali, psicologici e altri modi di apportare danno ad una persona.

Lo studio di Henriksen et al., (2020) ha analizzato i fattori di rischio legato all'aggressione fisica durante la transizione tra prima e tarda adolescenza (13-20 anni) analizzando un campione di 2289 giovani norvegesi.

Nella prima adolescenza, l'età più giovane, il sesso maschile, problemi di lettura e scrittura, bullismo, uso di alcol e il fumo sono stati associati all'aggressione fisica. Solo il sesso maschile e l'uso di alcol sono però apparsi predittivi di aggressione fisica in tarda adolescenza.

Un altro studio (Sharma et Marimuthu, 2014) mostra i fattori di rischio di comportamenti aggressivi in un campione di giovani indiani tra i 16 e i 26 anni.

Sono stati individuati come fattori di rischio: abuso fisico durante l'infanzia, abuso di sostanze, violenza familiare, disturbi psicopatologici, tra i quali ADHD e disturbi dell'umore, influenza negativa dei coetanei, solitudine e fallimento scolastico.

I fattori di rischio che portano all'aggressività sono quindi molteplici e spesso si combinano tra loro. Quelli maggiormente impattanti sul comportamento aggressivo sono: fattori biologici/neurologici, fattori individuali come caratteristiche di personalità e psicopatologia, fattori ambientali ed eventi traumatici.

Tra i fattori legati alla biologia abbiamo diversi disturbi del neurosviluppo come disturbo dello spettro autistico, disturbo da deficit di attenzione/iperattività e disabilità intellettive. Inoltre, vari deficit in specifiche aree cerebrali legate al controllo degli impulsi, alla regolazione del comportamento e delle emozioni, alla pianificazione come sono principalmente quelle della corteccia prefrontale possono portare a comportamenti aggressivi e impulsivi.

L'ambiente in cui si cresce riguarda la famiglia, la scuola, la città, gli amici. Sono questi i fattori che possono influenzare e modificare i comportamenti di una persona. Eventi traumatici possono essere dovuti alla famiglia tramite abusi o deprivazione emotiva, violenze o maltrattamenti, assenza di caregiver o caregiver con disturbi psicopatologici che rendono complicato l'assolvimento dei compiti genitoriali in termini di cura del figlio. Altri possono riguardare episodi di bullismo o razzismo subiti in contesto scolastico. Amicizie legate spesso al consumo di alcol, droghe e delinquenza possono portare la persona alla manifestazione di comportamenti aggressivi e disadattivi legati anche a dipendenze da sostanze.

Il grave stress correlato ad eventi traumatici o fortemente negativi della vita di una persona è un fattore di rischio per comportamenti violenti. Lo stress può provocare dei disturbi psicopatologici che sono poi associati ai successivi comportamenti aggressivi, i quali possono sfociare anche in reati violenti.

Tra i disturbi collegati ad azioni aggressive e/o impulsive c'è ad esempio l'abuso di sostanze che è correlato, secondo le ricerche, a comportamento delinquenziale. Altri disturbi psicopatologici possono essere disturbi psicotici, disturbo bipolare, disturbi di personalità e ADHD.

1.3 Neuroanatomia dell'aggressività

L'alta prevalenza di comportamenti aggressivi manifestati in tutto il mondo nell'ultimo decennio ha reso l'aggressività un tema di studio rilevante in quanto problema di salute pubblica. Tra le diverse discipline che hanno affrontato l'argomento, la neuroanatomia ha cercato di definire quali possono essere i fattori di rischio individuali andando a cercare possibili modifiche cerebrali nelle persone che manifestano comportamenti violenti.

Lo studio di Fritz et al., (2023) analizza le diverse aree cerebrali e le loro associazioni con l'aggressività.

Le strutture corticali frontali si occupano delle funzioni esecutive tra cui la pianificazione e l'inibizione dei comportamenti, l'attenzione e il problem solving.

Si è notato come la corteccia cingolata anteriore si occupa del controllo dell'aggressività. Inoltre, un'anomalia nella corteccia orbitofrontale è collegata ad aumento di aggressività.

Le strutture corticali temporali, invece, riguardano la comprensione e l'elaborazione del linguaggio, la memoria, la gestione delle emozioni e la percezione uditiva. Studi hanno dimostrato la relazione tra il giro temporale superiore e la rabbia. Anomalie del lobo temporale sono state collegate alla manifestazione di aggressività.

Il sistema limbico ha numerose funzioni, tra le quali la regolazione delle emozioni, delle motivazioni, dell'apprendimento e del controllo dell'istinto.

Lo striato è diviso in una parte ventrale e una dorsale. Studi hanno evidenziato una relazione tra individui violenti ed elevata reattività dello striato. L'aumento dei volumi di aree dello striato quali il caudato, il putamen e il nucleo accumbens è stato associato ad un aumento di aggressività reattiva.

Ricerche hanno evidenziato come sia le strutture ipotalamiche sia l'ippocampo siano collegate all'aggressività e alla violenza. Uno studio (Coccaro et al., 2015) ha trovato una deformazione dell'ippocampo in persone con disturbo del comportamento esplosivo intermittente. Altri studi sottolineano il ruolo dell'amigdala nell'aggressività impulsiva.

Le strutture corticali parietali, invece, integrano le informazioni sensoriali provenienti dalla maggior parte del corpo ed elaborano le informazioni sensitive e tattili.

È stata riscontrata una modifica cerebrale del precuneo (un'area del lobo parietale superiore coinvolta nella memoria episodica, nell'autoriflessione e nell'elaborazione visuo-spaziale) in autori di reati

violenti. L'aumento della reattività neuronale agli stimoli socio-emotivi è stato associato all'aggressività. Questa area si occupa principalmente di valutare le minacce.

Fritz e colleghi hanno poi analizzato il ruolo che i diversi neurotrasmettitori hanno nella genesi del comportamento aggressivo.

La serotonina, tramite i recettori 5-HT, agisce modulando il tono dell'umore e le funzioni cognitive. In un campione di adolescenti con diagnosi di disturbo della condotta, la presenza di polimorfismi multipli a singolo nucleotide nel recettore 5-HT2A sembra essere correlata a comportamenti aggressivi e antisociali.

La dopamina è un neurotrasmettitore che attribuisce rilevanza agli stimoli che producono motivazione e ricompensa. Ma ha anche un ruolo nella coordinazione dei movimenti, nei processi di apprendimento e di memoria, oltre a regolare l'umore e il ritmo sonno/veglia. Variazioni nei geni della dopamina hanno evidenziato una correlazione con il comportamento aggressivo. Inoltre, l'uso di sostanze modifica il sistema di ricompensa, facendo in modo che il comportamento si ripeta, in quanto valutato come vantaggioso. Questo spiegherebbe la relazione tra uso di sostanze e aggressività. La dopamina regola anche il sistema di piacere.

Il glutammato è un neurotrasmettitore eccitatorio del SNC. Ricerche hanno sottolineato come livelli più alti di glutammato trovino una correlazione positiva con i comportamenti aggressivi in individui con disturbo antisociale di personalità.

Il GABA, infine, è un neurotrasmettitore inibitorio del SNC. In individui violenti con disturbo borderline di personalità è stata trovata un'associazione tra i livelli di concentrazione ematica di GABA e aggressività.

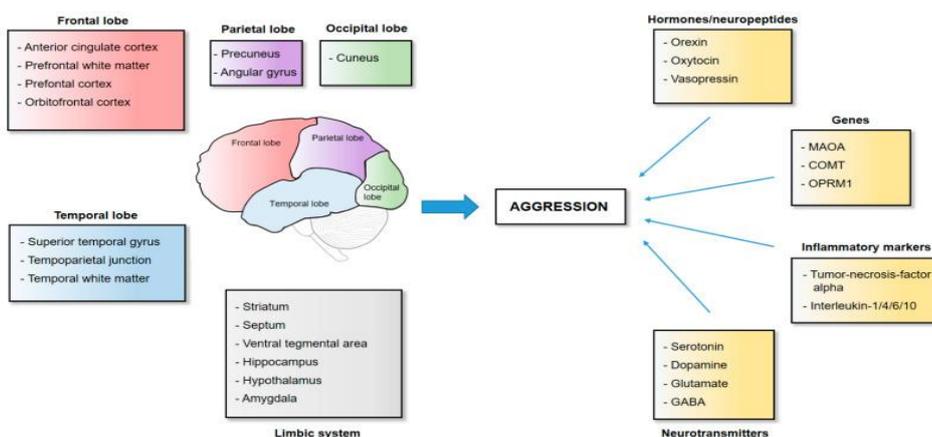


Figura 1: Descrizione delle aree cerebrali che sono legate al costrutto di aggressività (Fritz et al., 2023)

Questi studi neurobiologici legati all'aggressività vogliono mostrare il legame tra determinate alterazioni cerebrali o neurotrasmettitoriali con la manifestazione di agiti impulsivi e/o aggressivi. Come riportato, però, spesso riguardano persone che presentano già psicopatologie impattanti sul comportamento aggressivo. Questo vuole sottolineare ancora una volta l'importanza di un'analisi multifattoriale dei motivi che possono indurre violenza e non rifarsi esclusivamente ad uno specifico settore disciplinare escludendone altri per spiegare un dato comportamento.

Ricerche neuropsicologiche e neurobiologiche mostrano una relazione tra il funzionamento della corteccia prefrontale (parte anteriore del lobo frontale) e il comportamento criminale e violento. Un deficit in questa area può provocare comportamenti antisociali, criminali e violenti (Teoria del deficit prefrontale – Raine, 2002; Nordstrom et al., 2011). Nel libro pubblicato da Raine (“The Anatomy of Violence”, 2014) si mostra il forte impatto della neurobiologia, insieme a fattori sociali e ambientali, nei futuri criminali. Raine et Yang (2006) pubblicano un articolo intitolato “Neural foundations to moral reasoning and antisocial behaviour” nel quale si analizzano i risultati di neuroimaging di alcune aree cerebrali.

Ad esempio, anomalie cerebrali del lobo prefrontale sono correlate a comportamenti aggressivi impulsivi e antisociali, e sono state riscontrate anche negli assassini. Lesioni orbitofrontali sono invece correlate a disinibizione, impulsività e indifferenza alle conseguenze dei propri comportamenti. Danni alla corteccia prefrontale dorsolaterale correlano a problemi nella pianificazione, nello spostamento dell'attenzione, nel processo decisionale e nella risposta perseverante. Anomalie nel lobo temporale sono state associate a comportamenti antisociali e aggressivi.

Nessuna struttura cerebrale da sola determina comportamenti aggressivi. Più sono i deficit nelle varie aree cerebrali, maggiori sono le possibilità che la persona metta in atto comportamenti antisociali.

Altri studi sulla corteccia prefrontale evidenziano come il volume ridotto o altre anomalie possano portare allo sviluppo di comportamento antisociale.

Per quanto riguarda le funzioni esecutive, ad oggi, sono pochi gli studi che confrontano i criminali violenti con quelli non violenti.

Tra questi, lo studio di Meijers e colleghi, (2017) evidenzia una peggiore capacità di inibizione nella risposta da parte dei criminali violenti rispetto a quelli non violenti, mostrando come ci sia la possibilità di un deficit prefrontale maggiormente impattante in persone che mettono in atto comportamenti violenti.

La capacità di pianificazione sembra inoltre essere correlata a un aumento del numero di detenzioni precedenti. L'ipotesi, quindi, prende in considerazione il fatto che una pianificazione peggiore correli ad un'incapacità di adottare uno stile di vita non criminale aumentando il rischio di commettere reati.

Si evidenzia quindi una disfunzione del funzionamento esecutivo come fattore di rischio per reati violenti.

L'idea che la compromissione delle funzioni esecutive possa essere un fattore di rischio per la messa in atto di reati violenti è stata sostenuta anche dallo studio di Pereira da Cruz, (2016): la compromissione del funzionamento esecutivo è un fattore di rischio per l'aggressività impulsiva. Infatti, i comportamenti aggressivi sarebbero messi in atto a causa di una ridotta capacità di pianificazione degli obiettivi, oltre alla ridotta capacità di monitorare il comportamento sociale in contesti impegnativi.

I comportamenti violenti come gli omicidi sono legati alla disfunzione della corteccia prefrontale (Nordstrom et al., 2011; Raine, 2005). In particolare, alla disfunzione del controllo inibitorio che è una caratteristica tipica di chi commette reati violenti. (Zhang et al., 2017)

1.4 Psicopatologia e violenza

La maggior parte dei detenuti soffre di qualche forma di psicopatologia; alcuni soffrono di disturbi in comorbidità con altri. Questi disturbi impattano sul rischio di messa in atto di comportamenti violenti che possono portare a commettere reati e possono continuare a manifestarsi anche in contesto detentivo minando l'incolumità del personale di sorveglianza e degli altri detenuti.

I principali disturbi associati alla violenza sono: disturbo di personalità antisociale, disturbo di personalità borderline, disturbo da uso di sostanze, disturbo del comportamento dirompente, disturbo della condotta, psicopatia, disturbi psicotici e disturbo bipolare.

Il disturbo di personalità antisociale (ASPD), etichettato come "personalità senza regole", "personalità immorale" e "personalità sociopatica" (Glenn et al., 2013) è molto comune tra i detenuti (Azevedo et al., 2018). Si stima che tra i detenuti la percentuale di ASPD sia maggiore del 40% circa (Fazel e Danesh, 2002). Le persone con questo disturbo appaiono egocentriche, insensibili, irresponsabili, non si preoccupano per gli altri, si assumono rischi e sono altamente impulsive. Sono inoltre caratterizzate da aggressività fisica.

L'ASPD ha un'alta comorbidità con il disturbo da uso di sostanze (SUD). Quest'ultimo è legato sia all'aggressività che al comportamento criminale, e quindi ad alti livelli di impulsività.

Anche i disturbi del comportamento dirompente e della condotta sono legati a comportamento delinquenziale soprattutto nella popolazione generale adolescente. La loro presenza è stata riscontrata in tutti i crimini presi in esame dallo studio di Plattner et al., (2012): rapina, reati contro la proprietà, reati legati alla droga e reati violenti.

Il legame tra psicopatia e violenza è stato spiegato da Hart e colleghi (2008) tramite tre meccanismi. Il primo è cognitivo: gli psicopatici avrebbero maggiori probabilità di avere cognizioni antisociali, di percepire il comportamento antisociale come normativo e di avere schemi mentali che li predispongono all'aggressività proattiva, provando gratificazione dagli atti violenti. Il secondo è affettivo: i loro deficit affettivi generalizzati e tratti narcisistici marcati aumentano la possibilità di commettere atti violenti. Il terzo e ultimo è comportamentale: gli psicopatici sono caratterizzati da impulsività tendendo quindi a commettere atti dannosi senza premeditazione. Inoltre, queste persone possono comportarsi in modo irresponsabile senza pensare alle conseguenze. Tra questi comportamenti abbiamo l'uso di sostanze e/o alcol che possono facilitare l'innescò dell'aggressività fungendo da predittori di comportamenti violenti.

Le spiegazioni dietro agli atti di violenza degli psicopatici sono date dalla motivazione del guadagno materiale. La psicopatia è quindi fortemente legata all'aggressività strumentale rispetto a quella emotiva.

Lo studio di Vaughn et al., (2008) ha dimostrato come la psicopatia è in grado di predire vari aspetti di una carriera criminale, tra cui l'aggressività ostile. È stato riscontrato come la psicopatia sia contraddista da impulsività, impavidità, esperienza affettiva disregolata e da caratteristiche interpersonali quali aggressività, manipolazione, ribellione, egocentrismo ed esternalizzazione della colpa.

La psicopatia però non va confusa con il disturbo di personalità antisociale (ASPD).

Lo studio sviluppato da Janet et al. (2006), ci mostra le caratteristiche dei due disturbi analizzando un campione di donne detenute. Seppur hanno in comune la violazione di norme sociali e l'inganno, ci sono diverse differenze tra i due disturbi.

L'ASPD è caratterizzato da impulsività, aggressività, imprudenza, comportamento irresponsabile, generale stress psicologico, paranoia e ansia somatica. Le persone che ne soffrono hanno spesso dei conflitti relazionali e in carcere gli atti aggressivi si tramutano in attacchi fisici. La storia di vita è spesso legata ad abusi sessuali e fisici subito prima dei 18 anni.

La psicopatia invece è caratterizzata soprattutto da mancanza di rimorso e impulsività. Anche la storia di vita degli psicopatici riguarda abusi nello specifico sessuali avvenuti prima dei 18 anni. Queste persone si trovano spesso implicate in crimini legati alla proprietà come furto, rapina e contraffazione. Questi comportamenti sono mossi da un'aggressività impulsiva e strumentale. Non sono presenti motivazioni reattive e interpersonali.

Un altro studio (Ireland, Jane L., et al., 2006) ha invece analizzato il legame tra sonno e aggressività. La ricerca riguardo i problemi del sonno e le misure dei tratti di impulsività e aggressività però è molto limitata. L'insonnia è un problema sanitario frequente tra la popolazione detenuta. Lo studio ha dimostrato come l'aggressività predica la quantità e la qualità del sonno. Si instaura un circolo vizioso secondo il quale l'aggressività e soprattutto l'ostilità, causano problemi del sonno, i quali non fanno altro che aumentare i sentimenti di rabbia e ostilità nella persona. Con il diminuire delle ore di sonno quindi aumentano l'aggressività, l'ostilità e l'impulsività nella persona. Va sottolineato però che il peggioramento delle condizioni di sonno sia dovuto soprattutto all'ambiente penitenziario che costringe i detenuti ad avere cattive abitudini di sonno. D'altra parte, la maggior parte del tempo che i detenuti passano in carcere è nella propria cella nella quale si trova generalmente solo una branda con un materasso. È quindi comprensibile che quello che dovrebbe essere il letto, strumento che permette all'uomo di riposare e dormire, perda questa esclusiva funzione in un ambiente come il carcere, ma tende ad assumere numerose nuove funzioni che influiscono le abitudini di una persona, innescando il circolo vizioso. L'ostilità poi include nelle sue caratteristiche la ruminazione che tende a peggiorare la qualità e la quantità del sonno. La ruminazione è quel pensiero disfunzionale che porta la persona a pensare continuamente a eventi del passato e a focalizzarsi sugli stati emotivi interni. Questa azione mentale ritarda l'addormentamento e lo rende più difficile per i numerosi pensieri e stati emotivi negativi che spesso la caratterizzano.

In ultimo, sono stati analizzati i disturbi maggiormente legati alla recidiva, ovvero la ripetuta messa in atto di un comportamento criminale. Questo perché negli ultimi decenni è aumentato il tasso di malattie mentali nei contesti penitenziari.

Lo studio di Abracen e al. (2013), ha trovato che alcuni disturbi sono legati alla recidiva. Il disturbo di personalità borderline (BPD) è stato il disturbo con più alto tasso di recidiva, seguito dal disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e parafilia. Per quanto riguarda la recidiva violenta si è osservato come il BPD ha avuto un alto tasso di recidiva seguito da ADHD e parafilia. Ma sappiamo da studi precedenti (Douglas, Guy e Hart, 2009) che anche la psicopatia è significativamente associata alla recidiva.

Anche l'ASPD è fortemente correlato alla recidiva come riferisce lo studio di Larotta-Castillo et al., (2017). Si evidenzia il legame tra disturbo e uso di sostanze. Dato che spesso il reato può avvenire sotto l'effetto di sostanze, è possibile affermare una recidiva in persone ASPD.

1.4.1 Prevalenza e incidenza di patologie mentali nella genesi del comportamento violento

Il dibattito sui fattori di rischio che portano ad assumere un comportamento aggressivo è ancora aperto. I principali fattori di rischio sono quelli psicologici e biologici ma conosciamo anche l'importanza dell'ambiente circostante nello sviluppare modalità di risposta comportamentale inadatte o socialmente inaccettabili come la violenza e l'aggressività.

Una metanalisi (Young S. e al., 2015) dimostra come la presenza del disturbo ADHD sia presente nel 25,5% delle carceri.

Sebbene la disregolazione emotiva sia una caratteristica importante del disturbo, non risulta essere un criterio diagnostico di ADHD, così come l'aggressività. L'ADHD è però fortemente collegata allo sviluppo del comportamento antisociale e criminalità in adolescenza e tra i giovani adulti ed è un predittore per futuri comportamenti criminali senza predire il reato specifico.

Il rischio che persone affette da ADHD possano mettere in atto comportamenti criminali è dovuto in gran parte alla comorbidità con altri disturbi. In particolare, si è notato come il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta aumentino in queste persone il rischio di manifestare comportamenti criminali (Hofvander et al., 2009; Moffitt et al., 2001). Successive ricerche hanno notato che la prevalenza di ADHD negli autori di reato si aggirava tra il 31 e il 67% della popolazione. Inoltre, persone con l'ADHD presentano deficit cognitivi caratterizzati da impulsività, instabilità dell'umore e bassa sopportazione della frustrazione (Young e Thome, 2011) che insieme ai disturbi in comorbidità possono provocare comportamenti aggressivi e criminali.

La schizofrenia ha un forte legame con l'aggressività. Anomalie del pensiero e della percezione influiscono sul comportamento fin quanto, durante un episodio psicotico acuto, si possono manifestare comportamenti aggressivi.

È caratterizzata da forte impulsività e mancanza di controllo comportamentale. L'impulsività risulta essere un fattore predittivo dell'aggressività in queste persone.

Ha in comorbidità il SUD. Tra il 20% e il 65% di persone che soffrono di schizofrenia, nel corso della loro vita, soddisfano i criteri per il SUD.

Per comprendere meglio l'incidenza e la prevalenza della violenza associata a disturbi mentali sono stati svolti diversi studi.

Fazel e Grann, (2006) hanno condotto uno studio in Svezia per determinare l'impatto di malattie mentali sulla messa in atto di crimini violenti, prendendo in considerazione 6510 criminali violenti con malattie mentali. Hanno riscontrato che in 13 anni sono stati commessi da uomini 45 crimini violenti ogni 1000 abitanti di cui solo 2.4 erano stati commessi da persone con malattie mentali. La frazione di rischio che questi pazienti potessero commettere tali crimini era corrispondente al 5,2%. Nello specifico il 2,3% era attribuibile a pazienti con schizofrenia e il 2,9% a pazienti con psicosi.

Corrigan e Watson, (2005) hanno utilizzato l'indagine nazionale sulle comorbidità (NCS) inizialmente progettata per studiare le comorbidità dei disturbi legati al consumo di sostanze. La NCS si basa in questo studio su un campione di 8098 giovani (15-24 anni) facente riferimento ai 48 stati contigui degli USA. I risultati evidenziano che persone con disturbi d'ansia, distimia o depressione hanno da tre a quattro volte più probabilità rispetto a persone senza disturbi di mettere in atto comportamenti violenti. Le persone con disturbo bipolare o SUD invece hanno una probabilità da nove a dieci volte maggiori. La comorbidità di alcuni disturbi psicopatologici con SUD può inoltre raddoppiare la frequenza di comportamenti violenti. I disturbi mentali hanno un debole valore predittivo di comportamenti violenti (=2%). Inoltre, persone che presentano più diagnosi insieme hanno maggiori probabilità di mettere in atto comportamenti violenti. È stato riscontrato un impatto più che raddoppiato in persone con due diagnosi psichiatriche mentre triplica in persone con almeno tre diagnosi rispetto a chi ne ha solo una.

Coid et al., (2006) hanno analizzato l'impatto della violenza su un campione di 8397 persone tra i 16 e i 74 anni in famiglie britanniche di Inghilterra, Galles e Scozia. I risultati evidenziano che le persone ASPD e SUD hanno maggiori probabilità rispetto a persone senza disturbi di mettere in atto comportamenti violenti. Il consumo di alcol è in grado di spiegare oltre la metà degli eventi. L'ASPD invece rappresenta un rischio pari al 24%. Le persone con psicosi avevano un piccolo impatto nelle violenze, non significativo (=1,2%).

Tab. n1		
Incidenza della violenza associata a disturbi mentali sulla popolazione		
PAESE	AUTORI	INCIDENZA
Svezia	Fazel e Grann	5,2%
USA	Corrigan e Watson	2%
Regno Unito	Coid et al.	1,2%

I tre studi presentati evidenziano come le patologie mentali hanno una probabilità di innescare comportamenti violenti seppur l'incidenza risulti bassa. Non si può, pertanto, affermare che la patologia mentale abbia un forte impatto negli attacchi violenti.

Lo studio di Fabbri et al., (2018) mostra come l'aggressività umana è il risultato dell'interazione tra fattori biologici/genetici e ambientali. Analizza il ruolo dei vari geni che possono essere implicati nella modulazione dell'aggressività tra i quali SLC6A4, MAOA, 5-HTTLPR. Sebbene il loro effetto non sia deterministico nello sviluppare agiti aggressivi, hanno sicuramente un impatto. Bisogna sempre prendere in considerazione la persona e la sua storia di vita. L'approccio antropofenologico da lui suggerito cerca di comprendere il fatto criminale attraverso le esperienze di vita della persona per comprendere i suoi aspetti psicopatologici in modo da determinare l'effetto che questi possano aver avuto nell'atto commesso. Non si può cercare la causa solamente nei fattori genetici/biologici ma bisogna comprendere e valutare tutta la realtà fenomenologica dell'individuo.

Con la presentazione dei diversi fattori che possono portare una persona a mettere in atto comportamenti aggressivi e violenti è possibile ribadire la multifattorialità causale. L'aggressività delle persone non è esclusiva prerogativa di chi soffre di disturbi mentali o psicopatologici. Ma si è visto come ogni aspetto della vita di una persona possa contribuire allo sviluppo di questi comportamenti a partire dall'ambiente in cui si nasce e si vivono i primi anni della propria vita.

Eventi traumatici, abusi di sostanze, situazione socioeconomica, disturbi psicopatologici e mentali sono tutti fattori che possono influenzare il comportamento di una persona; uno non esclude l'altro, ma tutti contribuiscono ad aumentare la vulnerabilità della persona alla manifestazione di agiti aggressivi, impulsivi e violenti.

1.4.2 Violenza e razzismo

Il razzismo è tradizionalmente definito come un insieme di idee o credenze che classificano i gruppi di popolazione in "razze" e attribuiscono determinate caratteristiche sociali a tali gruppi. Il razzismo può svilupparsi in pregiudizio (atteggiamenti e credenze negative nei confronti dei gruppi razziali) e, a sua volta, il pregiudizio può indurre discriminazione (trattamento differenziato dei gruppi razziali sia da parte degli individui che delle istituzioni sociali). (Bonilla-Silva, 1997)

Lo studio di Tobler et al., (2013) dimostra come le discriminazioni razziali possano avere come effetto comportamenti disadattivi quali delinquenza e aggressività ma anche effetti sulla salute mentale come

depressione e ideazione suicidaria. La percezione ed esperienza di discriminazione influenza il mondo interiore di chi la subisce, modificando il proprio rapporto con le istituzioni sociali.

È stato rilevato da alcuni studi che, tra gli adolescenti afroamericani, la discriminazione era associata alla delinquenza attraverso una diminuzione dell'impegno scolastico (Brody et al., 2012; Unnever et al., 2016) e un ridotto impegno per le norme convenzionali (Brody et al., 2012).

Si è notato come percezioni ed esperienze persistenti di discriminazione perpetrate da figure adulte possono indurre i giovani ad avere relazioni basate sulla violazione delle norme.

Il razzismo in carcere è molto diffuso ed è una delle possibili forme di discriminazione che viene fatta.

Uno studio di Kruttschnitt et al., (2013) riporta la situazione di detenuti olandesi in Inghilterra. Si presentano quali possono essere le forme di razzismo che si trovano in questo ambiente.

Viene spiegato come gli episodi di razzismo innanzitutto possano essere divisi sia per il colore della carnagione che per la provenienza o nazionalità di appartenenza della persona offesa. Sono riscontrati sia da parte dei detenuti che dallo staff penitenziario. Soprattutto da parte dello staff penitenziario possono essere manifestati atti di discriminazione che consistono in offese razziali, esclusione sociale all'interno del carcere con la volontà di dividere i gruppi di detenuti per nazionalità o carnagione, atti di bullismo e un'indifferenza verso le richieste poste da chi subisce tutte queste azioni, rendendole isolate ed escluse da tutto.

Non sempre il personale penitenziario agisce in questo modo ma quando accade, questo può comportare una reazione aggressiva da parte degli offesi.

Episodi di ingiustizia come sono quelli che riguardano il diverso trattamento di detenuti a seconda della propria razza e delle proprie origini di provenienza possono portare le persone a manifestare agiti violenti.

1.5 Violenza e abuso di sostanze

L'abuso di sostanze è una condizione patologica che consiste nell'uso incontrollato di una o più sostanze, nonostante le conseguenze dannose. La persona che ne soffre non è in grado di controllare l'uso delle sostanze assunte.

Anche in questo caso, i fattori di rischio che possono portare a questo disturbo sono diversi: fattori ambientali, fattori psicologici e fattori genetici/biologici. L'ambiente familiare gioca un ruolo

importante soprattutto se sono presenti persone con questo disturbo o con altri disturbi psicopatologici come disturbo dell'umore, d'ansia, post-traumatico e depressivo che sono in comorbidità con il SUD. È presente anche una componente genetica che spiega la connessione tra uso di alcol e messa in atto di comportamenti aggressivi.

Lo studio di Fritz et al., (2023) analizza proprio il legame tra neuromodulatori e alcol, cercando di capire quale è il ruolo che questi hanno nel portare la persona a reagire in modo impulsivo e aggressivo.

È stato dimostrato che il neurotrasmettitore GABA ha un effetto inibitorio. È quindi ipotizzabile che modificazioni nelle risposte mediate da GABA aumentino la possibilità che l'assunzione di alcol provochi condotte aggressive.

Anche la serotonina ha un ruolo nel legame tra alcol e aggressività. Infatti, una sua ridotta funzione è correlata al discontrollo degli impulsi e alla diminuzione dell'ansia. Potrebbe esserci un ruolo ansiolitico dell'alcol nella gestione degli impulsi e del controllo inibitorio provocando comportamenti aggressivi.

L'aggressività dovuta all'alcol sembra influenzata anche dal ruolo della dopamina. Infatti, questa sostanza attiverrebbe i circuiti dopaminergici in diverse aree del cervello, tra cui il nucleo accumbens, la corteccia frontale e l'amigdala.

L'alcol inoltre può agire sui circuiti del glutammato per promuovere aggressività. L'alcol avrebbe quindi una forte influenza sul cervello modificando il sistema psicomotorio, provocando la diminuzione dei livelli di stress e ansia, una variazione nell'elaborazione cognitiva ed emotiva ma anche modifiche ed interruzioni di alcuni neurotrasmettitori che provocherebbero il cambiamento dei comportamenti di persone sotto l'effetto di sostanze.

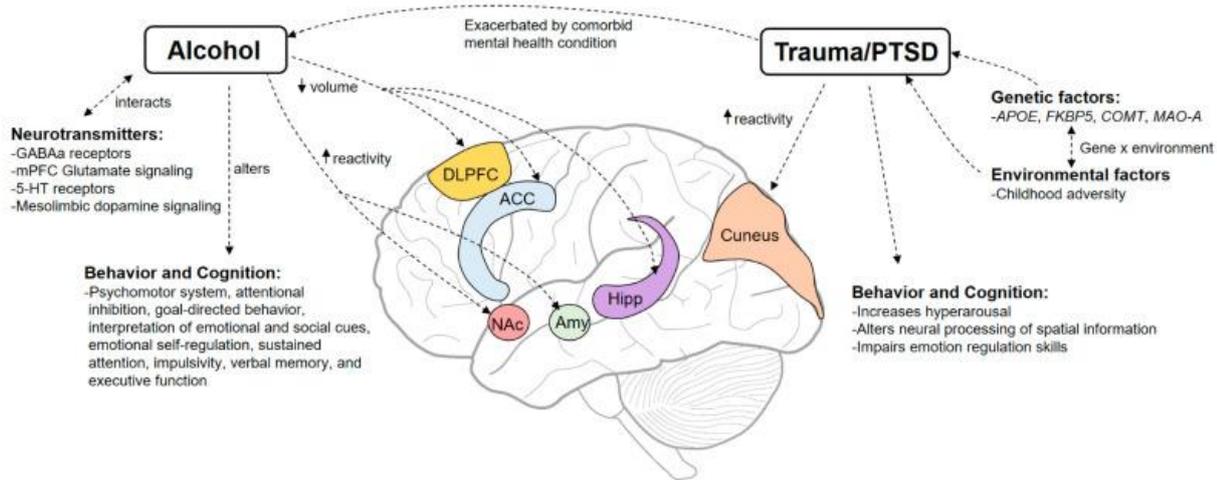


Figura 2: Il ruolo dell'alcol sui comportamenti aggressivi. Interazione con fattori genetici e ambientali (Fritz et al., 2023)

Questa interruzione del sistema psicomotorio provoca l'aumento di specifiche attività motorie quali la ricerca di sensazioni e l'attacco, attività che possono aumentare le possibilità di manifestazione del comportamento aggressivo.

L'inibizione che l'alcol ha sui comportamenti induce la persona a rispondere agli stimoli ambientali ricevuti in modo impulsivo. Un altro effetto inibitorio riguarda l'attenzione: l'alcol, quindi, distrarebbe la persona dal concentrarsi su stimoli rilevanti. Va specificato però come la manifestazione di un eventuale comportamento aggressivo dipenda da vari fattori, tra i quali fattori ambientali, sociali ma anche personologici.

Gli effetti dell'alcol possono riguardare la sensorialità, l'emozione e la cognizione. L'alcol può modificare la capacità di una persona di interpretare i segnali emotivi e sociali. La modifica di funzioni cognitive, l'interpretazione spesso errata della situazione e una difficoltà nella regolazione delle emozioni aumentano la probabilità di un innesco di comportamenti aggressivi.

Inoltre, una modificazione della trasmissione della serotonina dovuta agli effetti delle sostanze influenza il modo in cui il sistema limbico elabora stimoli avversi e il modo in cui la corteccia prefrontale gestisce il comportamento.

Questi gli effetti dell'alcol sul cervello e sulla possibilità di mettere in atto comportamenti connotati da impulsività e aggressività.

Anche fattori ambientali o storici come l'esperienza di eventi traumatici possono portare la persona a manifestare comportamenti aggressivi. Lo stress indotto dal trauma può sviluppare disturbi psicopatologici nella persona che lo ha subito. Sono stati trovate connessioni tra eventi traumatici e abuso di sostanze. Studi hanno riportato un'alta percentuale, rispetto alla popolazione generale, di

possibilità che persone che hanno subito un trauma, spesso abusi, hanno poi sviluppato un disturbo da uso di sostanze. Le modificazioni comportamentali, fisiche, emotive dovute ad eventi traumatici possono essere alleggerite dall'uso di alcol. L'alcol fungerebbe quindi come mezzo per affrontare sintomi legati ai traumi vissuti.

Secondo Johnson et Belfer, (1995) la violenza è spesso collegata al disturbo da abuso di sostanze. Sono due le vie attraverso cui la violenza si collega con il disturbo. La prima è che la violenza può essere messa in atto durante l'effetto delle sostanze a causa degli effetti di queste sull'organismo; la seconda è che la violenza è legata al mercato delle sostanze e quindi si manifesta nella ricerca e nell'ottenimento delle stesse.

È stato dimostrato che la frequenza di crimini violenti aumenta con la frequenza di uso di droghe. Uno studio del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani a New York ha evidenziato come il 64% dei casi di abuso infantile e neglect erano associati all'uso di alcol e droghe da parte dei genitori. È stato riscontrato da molte ricerche che la violenza domestica e lo stupro sono spesso associati all'abuso di alcol ma hanno anche una buona associazione con l'uso di droghe.

Uno studio (Belinda Plattner et al., 2012) su giovani autori di reato ha scoperto che la presenza di SUD predice i crimini legati alla droga ma non quelli violenti anche se in buona parte riguardano la rapina e i crimini legati alla proprietà; mentre AUD (disturbi da uso di alcol) predice crimini violenti. Inoltre, l'assenza di disturbi d'ansia sembra aumentare la probabilità di rapina (un crimine che include violenza interpersonale per un guadagno di beni o denaro).

I crimini commessi dai SUD forniscono una prova del circolo vizioso che si instaura in persone che abusano di droghe, diventandone dipendenti, e che si allontanano sempre più dalla società andando a commettere crimini al fine di sostenere la tossicodipendenza.

Studi (Azevedo et al., 2020; Widinghoff et al., 2019) hanno confermato che il SUD è correlato con aggressività fisica e comportamento criminale. L'aggressività può essere sia impulsiva che premeditata. L'uso in sé ma anche i problemi legati al consumo portano spesso chi ne è dipendente ad agire in modo aggressivo. SUD è quindi correlato con alti livelli di impulsività determinati dall'effetto delle sostanze sul cervello anche se gli agiti aggressivi possono essere premeditati.

Questo disturbo ha in comorbidità ASPD, disturbo del gioco d'azzardo, ADHD, psicopatologia, disturbo bipolare di personalità e schizofrenia. Il disturbo del gioco d'azzardo si lega al SUD ed è caratterizzato da disfunzione cognitiva e difficoltà nei processi decisionali.

Lo studio di Erkiran et al., (2006) ha dimostrato il legame presente tra schizofrenia e abuso di sostanze, evidenziando come l'effetto delle sostanze aumentasse il rischio di violenza nelle persone schizofreniche. Ricerche hanno riscontrato una percentuale elevata di detenuti con schizofrenia e in comorbidità il SUD. I risultati dello studio mostrano come i punteggi ottenuti nelle varie categorie indagate circa l'aggressività verbale, autodiretta, eterodiretta e contro oggetti erano superiori in tutte le categorie nel gruppo di schizofrenici con comorbidità SUD rispetto a quelli solamente schizofrenici evidenziando gli effetti delle sostanze sul comportamento.

Lo studio di Havnes et al., (2014) indaga la relazione tra sostanze psicoattive e violenza che può essere concettualizzata come un modello tripartito: la violenza sistemica coinvolta nel mercato illegale delle droghe, la violenza economica compulsiva messa in atto per sostenere l'uso costoso di droghe e la violenza psicofarmacologica che deriva dagli effetti delle sostanze.

La ricerca suggerisce che l'alcol è la sostanza più strettamente associata all'aggressività e al comportamento violento.

1.5.1 Il legame tra uso di sostanze e forme di razzismo

Lo studio di Baiden et al., (2023) ha analizzato la relazione tra discriminazione razziale percepita e l'uso di polisostanze. È stato trovato in questo campione di adolescenti statunitensi appartenenti a minoranze etniche che la discriminazione razziale percepita nel contesto scolastico potesse portarli all'uso di polisostanze (uso di due o più sostanze diverse in occasioni separate o contemporaneamente – Connor et al., 2014). Questo è stato spiegato dal fatto che la discriminazione è considerata un fattore di stress psicosociale che viene attutito dall'uso di sostanze per gestire il disagio interiore emotivo o psicologico. Si è notato che la scelta della sostanza variava a seconda dell'effetto desiderato sul meccanismo di regolazione emotiva.

Come è stato evidenziato nel paragrafo precedente, l'uso di sostanze può essere un fattore di rischio per la messa in atto di comportamenti aggressivi che in questo caso avranno probabilmente come destinatari persone che manifestano comportamenti di discriminazione razziale.

Questo è stato riportato anche dallo studio di Barrita et al., (2023) che ha trovato un'associazione tra razzismo sistemico (forma di discriminazione che è sostenuta da pratiche istituzionali, culturali e storiche e che sottolinea la superiorità di un gruppo etnico rispetto ad un altro in modo costante al punto da mantenere la disparità sociale) e consumo di alcol e droghe.

Lo studio di Dogan et al., (2021) riferisce l'uso di cannabis da parte di uomini afroamericani per far fronte alla discriminazione razziale, agli stereotipi culturali negativi pervasivi e alla svalutazione che ne fa la società.

1.6 Violenza e autolesionismo

L'autolesionismo è una strategia disfunzionale sviluppata per regolare emozioni dolorose. Permette di spegnere un dolore psicologico tramite la percezione di un dolore fisico. (Barone, 2021)

I possibili fattori di rischio riguardano eventi traumatici vissuti come abusi, maltrattamenti o bullismo, diverse forme di psicopatologie, tra cui il disturbo borderline di personalità e il disturbo da uso di sostanze.

Gli atti autolesionisti non hanno spesso intenti suicidi. Questo tipo di autolesionismo non suicidario è molto diffuso tra le persone detenute: si stima infatti che sia messo in atto tra il 10% e il 27% dei prigionieri.

Alcuni esempi di atti autolesionisti possono essere: procurarsi cicatrici tramite graffi, ferite, incisioni, tagli o bruciature sulla pelle; strapparsi i capelli; procurarsi irritazioni cutanee dovute a sfregamento o bucare la pelle con oggetti appuntiti.

L'automutilazione è un comportamento ripetitivo derivante dalla mancata resistenza all'impulso di farsi male fisicamente (Carli et al., 2011); se persistente, può predire ripetuti tentativi di suicidio (Dell'osso et al., 2013; Klonsky et al., 2013). Più della metà degli automutilatori compie almeno un tentativo di suicidio nel corso della propria vita (Roy, 1978; Dulit et al., 1994). La storia di aggressione nel corso della vita e abusi fisici durante l'infanzia aumentano il rischio di automutilazione.

Lo studio di Ricarte et al. (2022) su detenuti spagnoli ha riscontrato una correlazione positiva e moderata tra comportamenti autolesionistici e tentativi di suicidio. È stato trovato anche un legame tra psicopatia e autolesionismo. Nello specifico i tratti psicopatici interpersonali-affettivi sono stati negativamente correlati ai tentativi di suicidio mentre il comportamento aggressivo, la rabbia e l'aggressività verbale sono positivamente correlati con comportamenti autolesionistici.

L'autolesionismo è dovuto ad un insieme di fattori ambientali e personologici. Lo studio di Marzano et al., (2011) ha analizzato i possibili fattori scatenanti, predittivi e protettivi.

I fattori ambientali legati al carcere possono riguardare problemi con il personale di polizia penitenziaria o discussioni con altri detenuti. Alcuni detenuti hanno riferito che anche l'astinenza da farmaci o sostanze può contribuire a commettere atti quasi letali. Una rete sociale povera può provocare autolesionismo.

Gli eventi di vita avversi influiscono sull'autolesionismo: i detenuti hanno riferito di aver subito abusi sessuali, aver vissuto la morte di un partner o familiare, aver subito violenza domestica ma anche la malattia cronica può innescare atti autolesionistici.

Tra le caratteristiche personologiche si è notato che chi ha tentato il suicidio aveva una inferiore autostima e una maggiore ostilità, impulsività, aggressività e depressione.

I fattori protettivi per l'autolesionismo quasi letale riguardano la possibilità di dialogo con qualcuno, un migliore trattamento ricevuto dal personale penitenziario, maggiore tempo libero fuori dalla cella e minor accesso a mezzi per autolesionarsi.

Gli episodi di autolesionismo quasi letali possono avvenire mediante impiccagione o legatura, tagli gravi, auto-asfissia, sovradosaggio di farmaci, ingestione di oggetti.

1.7 Violenza e rischio suicidario

Per quanto riguarda la popolazione detentiva, il suicidio è la principale causa di mortalità (Konrad, et al., 2007; Rabe, 2012) e rappresenta circa la metà di tutti i decessi durante la detenzione (Fazel & Baillargeon, 2011).

Il suicidio è da intendersi come l'atto volontario di ferirsi da parte di una persona con l'intento di morire.

Nella popolazione comune, il suicidio rappresenta l'1.5% dei decessi mentre nel contesto penitenziario le stime dei tentativi di suicidio sono molto alte. Alcuni stimano che il suicidio spieghi un decesso su tre tra quelli verificatisi in carcere.

Il suicidio secondo i risultati ottenuti dallo studio di Ricarte et al., (2022) è legato ad azioni impulsive e non premeditate sebbene ancora il tema risulti controverso. Il comportamento suicidario può essere considerato come una reazione aggressiva a stimoli esterni oppure un'espressione di un bisogno personale. Come l'autolesionismo anche il rischio suicidario è legato al comportamento aggressivo, alla rabbia e all'aggressività verbale. Altresì l'aggressività fisica subita in infanzia è un fattore di

rischio per il suicidio, evidenziandone una correlazione. Anche la malattia cronica è associata al rischio di suicidio tramite la depressione. L'essere sposato può assumere invece un valore protettivo.

I disturbi psichiatrici sono un altro predittore di comportamenti suicidari come testimonia anche lo studio di Encrenaz et al., (2014). Oltre il 90% dei suicidi aveva una diagnosi psichiatrica al momento della morte. (Bertolote e Fleischmann, 2002; Goldberg et al., 2015; Mann, 2002; Mattisson et al., 2015; Pedersen et al., 2014)

Lo studio di Hemming et al., (2023) ha esplorato le esperienze emotive dei detenuti nei momenti immediati prima di un atto suicida o violento. Per farlo, è stato chiesto ai detenuti di disegnare gli stati emotivi che provavano nel momento precedente gli atti di suicidio e/o violenza.

Ricerche hanno riportato che l'alessitimia, ovvero la difficoltà a identificare e descrivere le proprie emozioni, è molto frequente nel contesto detentivo. Diversi studi infatti affermano che l'alessitimia colpisce circa un terzo dei detenuti. (Louth et al., 1998; Parker et al., 2005; Zimmermann, 2006)

Taylor e Bagby, (2000) ne illustrano le caratteristiche principali: difficoltà nell'identificare le proprie emozioni, difficoltà nel descrivere verbalmente i sentimenti di sé, riduzione o incapacità di provare emozioni, stile cognitivo orientato verso l'esterno e scarsa capacità di fantasticare o di pensare simbolicamente. Queste persone, che hanno difficoltà a spiegare verbalmente le proprie emozioni, possono aiutarsi tramite metodologie visive come, ad esempio, l'arteterapia che aiuta a verbalizzare i pensieri, le emozioni, i problemi. (Malchiodi, 2011)

Hemming et al., (2023) hanno identificato 3 temi a partire dai disegni realizzati: "the outside picture", "the inside picture" e "the complexity of the picture". Il primo tema conteneva quattro sottotemi: rabbia, tristezza, ansia ed emozioni positive. Il secondo tema due sottotemi: tumulto interiore e assenza di emozioni. Il terzo tema descrive come le emozioni si relazionano tra loro e con le esperienze del suicidio e della violenza.

I risultati hanno evidenziato come i detenuti spesso tendono a mascherare le proprie emozioni, per rendersi meno vulnerabili. Ma questo modo di vivere le emozioni sembra maggiormente dovuto all'ambiente piuttosto che ad una loro caratteristica, evidenziandone un effetto di deprivazione. Le emozioni provate prima dell'atto suicidario o violento sono risultate di difficile interpretazione, confuse e astratte. Questo potrebbe spiegare la grande prevalenza di alessitimia in carcere. La confusione emotiva inoltre è anche dovuta alle numerose emozioni vissute nello stesso momento che ne complicano la percezione del vissuto esperienziale.

I modelli teorici del suicidio suggeriscono che il comportamento suicidario dipenda da diversi effetti quali quello sociale, ambientale, familiare e quelli legati alla personalità e alla salute mentale. Questi fattori innescano una vulnerabilità di fondo al suicidio legata a tratti psicologici e biologici che si intensifica sotto l'influenza di particolari fattori di stress. In contesto penitenziario questi possono includere l'adattamento alla condizione penitenziaria, la perdita di libertà e l'allontanamento dall'ambiente familiare ma anche aspetti legati alla vita detentiva come la mancanza di attività mirate, solitudine, violenza, noia, astinenza da droghe e/o alcol. La vulnerabilità può essere influenzata da caratteristiche personali o da predisposizioni ambientali come psicopatologia, malattia fisica, eventi avversi della vita, caratteristiche di personalità che possono modificare la propria opinione su di sé, la percezione dell'ambiente e la probabilità di agire su sentimenti suicidi.

Nello studio di Rivlin et al., (2013) i detenuti che hanno tentato il suicidio presentavano sintomi significativamente più depressivi, punteggi di disperazione, impulsività, aggressività e ostilità più elevati e punteggi di autostima significativamente più bassi. Inoltre, i detenuti rispetto ai controlli hanno riferito di essere stati emotivamente o fisicamente abusati da bambini. Anche per quanto riguarda gli eventi di vita, i detenuti avevano vissuto più eventi traumatici. Un altro fattore era legato al supporto sociale: si è notato che i detenuti che hanno tentato suicidio quasi letale hanno riportato livelli inferiori di supporto sociale autopercepito rispetto ai controlli e avevano reti sociali più deboli con qualche o nessuno amico o parente da poter contattare. È stato notato anche che alcuni detenuti avessero familiari con una storia di autolesionismo. Questo studio permette di creare un modello di possibili percorsi per il suicidio nei detenuti tenendo in considerazione tutti i fattori storici e biologici.

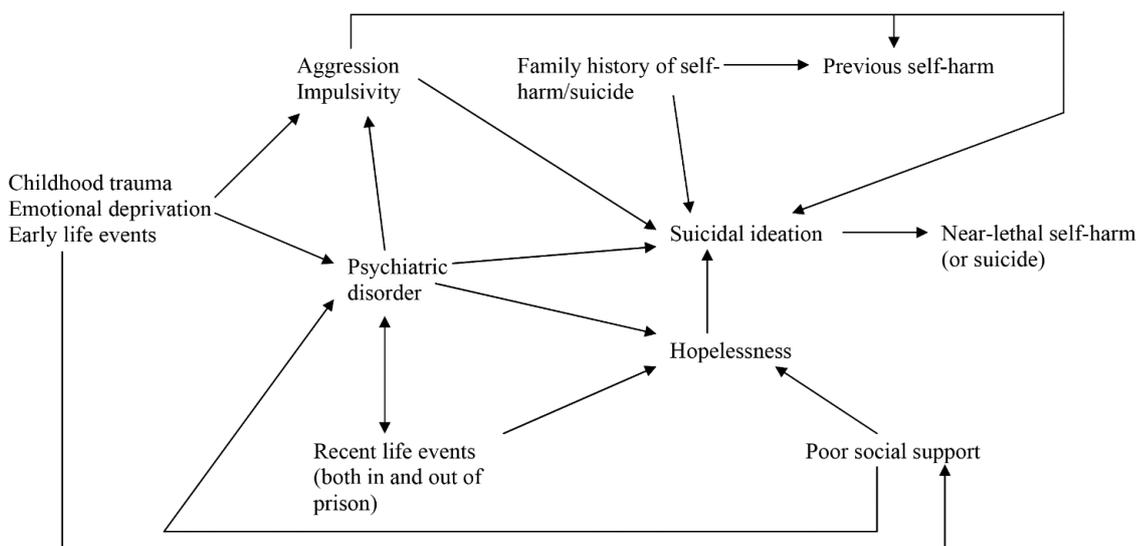


Figura 3: Modello suicidio (Rivlin et al., 2013)

Lo studio di Encrenaz et al., (2014) ha trovato che i tentativi di suicidio in carcere sono innescati anche dall'essere vittima di violenza fisica e/o sessuale senza poi perpetrarla, indicando questo fattore di rischio come il più forte predittore. Altri fattori trovati sono stati lo scarso stato di salute e sintomi depressivi e/o ansiosi.

1.8 Violenza nel contesto penitenziario

La violenza fisica e verbale verso detenuti e personale di polizia penitenziaria è un problema quotidiano.

Varie teorie hanno provato a spiegare il comportamento aggressivo all'interno del carcere. Una riguarda i modelli di deprivazione: questi suggeriscono che il contesto penitenziario per sua costituzione generi stress e frustrazione tra i detenuti (Skykes, 2007). Diversi aspetti del contesto penitenziario come l'isolamento, la perdita di libertà e autonomia, la monotonia della routine possono provocare comportamenti aggressivi.

L'altra teoria si basa sull'importazione e, in contrasto alla prima, mostra che il comportamento aggressivo nel contesto penitenziario sia dovuto a fattori individuali pre-detenzione. (Irwin e Cressey, 1962) Secondo tale teoria, le caratteristiche individuali dei detenuti vengono importate anche nel contesto penitenziario determinando gli agiti aggressivi che hanno provocato il loro ingresso in carcere. Tra queste caratteristiche, alcune sono associate a situazioni violente messe in atto in carcere: uso di alcol e droghe, precedenti comportamenti violenti, impulsività e basso autocontrollo (Gendreau et al., 1997; Jiang e Fisher-Giorlando, 2022; DeLisi e al, 2010; Arbach-Lucioni e al., 2012).

A causa di queste situazioni è stato istituito uno strumento che possa prevedere e prevenire il comportamento violento nelle carceri: Risk Screener Violence (De Vries Robbè et Van den End, 2020). Sviluppato nei Paesi Bassi, è uno strumento che stima la possibilità di futuri comportamenti violenti. Offre una valutazione sui fattori di rischio e protettivi. RS-V viene somministrato a ogni detenuto durante le prime 6 settimane di reclusione e poi successivamente quando esce.

È composto da 3 parti e 10 fattori. La prima parte riguarda i fattori di rischio storici, la seconda riguarda fattori dinamici di rischio e protettivi e la terza è composta da tre conclusioni finali.

Part 1. Historical risk factors
H1. Previous interpersonal violence outside prison
H2. Previous interpersonal violence inside prison
Part 2. Dynamic factors (past 6 months in prison)
Risk factors
R1. Recent interpersonal violence
R2. Substance use
R3. Negative/defiant attitude
R4. Impulsive behavior
Protective factors
P1. Following rules and agreements
P2. Coping with problems and frustrations
P3. Positive influences from social network
P4. Motivation for crime free future
Part 3. Final conclusions (coming 6 months)
Concerns regarding future
A. Violence inside prison
B. Violence outside prison after release
C. Violence outside prison during leaves

Figura 4: Tabella di spiegazione dello strumento RS-V (Hulme et Middleton, 2013)

Gli incidenti che si manifestano in ambiente penitenziario sono di diverso tipo; è possibile categorizzarli in tre tipi:

- Incidenti violenti: violenza fisica e minacce contro lo staff penitenziario e/o contro altri detenuti
- Incidenti aggressivi: aggressività verso oggetti e comportamento dirompente verbale
- Incidenti violenti-aggressivi: entrambe le categorie

RS-V è in grado di prevedere il comportamento violento all'interno dell'ambiente penitenziario sia nei confronti del personale che contro altri detenuti. Riesce quindi a prevedere con precisione chi causerà incidenti aggressivi e chi no. I principali atti di aggressione che si possono trovare nelle carceri sono: violenza fisica o sessuale, violenza verbale e violenza contro oggetti legati al contesto penitenziario.

La violenza sessuale all'interno del carcere è un problema di salute pubblica in quanto queste azioni possono diffondere malattie sessualmente trasmissibili come l'HIV. La violenza sessuale può manifestarsi come comportamento sessualmente abusivo e come aggressione sessuale non consensuale. La vittimizzazione sessuale ha conseguenze importanti per la persona che può sviluppare depressione, autolesionismo, dipendenza da sostanze e rabbia; quest'ultima in particolare potrà manifestarsi in comportamenti aggressivi.

La stragrande maggioranza degli studi svolti ha dimostrato che le strutture detentive maschili hanno un numero di aggressioni sessuali superiore a quelle femminili.

La vittimizzazione sessuale ha un pregiudizio interraziale rovesciato, in quanto sono spesso gli stranieri, le persone di colore ad abusare degli altri. I motivi si rifanno alle oppressioni storiche dei bianchi sui neri e quindi alla volontà invertire il dominio razziale.

1.9 Valutazione dell'aggressività

L'aggressività può essere classificata in due tipologie:

- Aggressività impulsiva o reattiva: riguarda risposte incontrollate ed esagerate agli stimoli che le provocano. Sono presenti alti livelli di eccitazione fisiologica associata a stress, difficoltà neurocognitive e tratti impulsivi di personalità
- Aggressività premeditata o strumentale o proattiva: riguarda atti derivati da un piano messo in atto per ottenere un qualche tipo di guadagno. È caratterizzata da bassa attivazione fisiologica associata allo stress, personalità con alti tratti psicopatici

Sono diversi i test che misurano l'aggressività. Se ne riportano alcuni che sono stati utilizzati nei vari articoli.

BDHI (Buss-Durkee Hostility Inventory)

Il questionario autosomministrato indaga il tipo di aggressività e la modalità con cui si manifesta. Ha un focus sull'ostilità che è un tratto della personalità caratterizzato da aggressività. È composto da 75 item dicotomi che riguardano 7 aspetti dell'aggressività: atteggiamento ostile, ostilità indiretta, ostilità fisica, risentimento, irritabilità, sospetto e atteggiamento antisociale.

Lo strumento può essere utilizzato per diagnosticare disturbi legati alla rabbia come il disturbo esplosivo intermittente o il disturbo oppositivo provocatorio ma anche per valutare il rischio di violenza.

LHA (Assessment for Lifetime History of Aggression)

Il questionario presenta 11 item che valutano il comportamento aggressivo a partire dai 13 anni. Gli item sono valutati su una scala da 0 a 5 dove 0 = nessun evento e 5 = più eventi di quanti possano essere contati.

Analizza l'aggressività, il comportamento antisociale e le sue conseguenze, e l'aggressività autodiretta.

L'aggressività è misurata da 5 item che quantificano la messa in atto di comportamenti aggressivi; il comportamento antisociale è misurato da 4 item che indicano quanto il soggetto mette in atto questo comportamento e quanto percepisce delle conseguenze sociali dello stesso; l'aggressività autodiretta è misurata da 2 item che quantificano la messa in atto di comportamenti aggressivi autodiretti.

AI (Aggression Inventory)

Il questionario valuta il comportamento aggressivo come caratteristica del soggetto. È composto da 30 item valutati su una scala a 5 punti dove 1 = "per niente" e 5 = "è proprio così". Nello specifico analizza 4 sottocategorie: aggressività fisica, aggressività verbale, impulsività ed evitamento.

SAG/NSAG (Sexual Aggression/Non Sexual Aggression)

SAG è una scala a 5 punti che misura la quantità e la frequenza dei danni inflitti da un autore di reato in situazioni sessuali.

NSAG è una scala a 7 punti che misura la quantità e la frequenza dei danni inflitti da un autore di reato in situazioni non sessuali

OAS (Overt Aggression Scale):

È un questionario composto da 4 item sull'aggressività: verbale, contro oggetti, fisica eterodiretta e autodiretta.

La scala si basa sull'osservazione del soggetto durante un episodio aggressivo. Il personale medico deve registrare i comportamenti messi in atto.

PAMA (Prison Adjusted Measure of Aggression):

È una versione adattata del LHA. È un questionario composto da 11 item che misurano il comportamento aggressivo in contesti correzionali. Nello specifico indaga la frequenza dei comportamenti aggressivi e antisociali dei prigionieri nell'ultimo mese.

L'aggressività è misurata da 11 item: 5 item sull'aggressività, 2 sull'autoaggressione e 4 sul comportamento antisociale

BPAQ (Buss e Perry Aggressive Questionnaire):

È un questionario composto da 29 item che indaga 4 aspetti dell'aggressività individuale: fisica (9 item), verbale (5 item), ostilità (8 item) e rabbia (7 item). Gli item sono valutati con un punteggio da 0 a 5 punti.

Lo strumento consente di valutare quanto un individuo risulta aggressivo tramite il punteggio totale e le modalità di messa in atto del comportamento aggressivo

1.10 Importanza della valutazione di rischio del comportamento violento

La violenza in carcere è un grande problema di salute pubblica e per tutelare la salute del personale penitenziario e degli stessi detenuti è importante predire la possibilità di aggressione da parte dei prigionieri. Questo potrebbe aiutare a limitare episodi di violenza in carcere e istituire dei programmi riabilitativi volti a ridurre gli impulsi aggressivi nei detenuti.

Inoltre, la valutazione di rischio del comportamento violento può essere utile alla comprensione della possibilità di messa in atto da parte del detenuto di atti aggressivi una volta uscito dal carcere, stimando il rischio di ricaduta. Questo aspetto riguarda la pericolosità dell'individuo al di fuori del carcere; quindi, merita un'attenzione ulteriore per non rischiare che altre persone possano subire violenza.

Esistono diversi strumenti che misurano il rischio di comportamento violento a seconda delle caratteristiche dei detenuti.

VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) è lo strumento di valutazione di rischio più utilizzato, istituito nel 1998 da Quinsey, Harris, Rice et Cromier. La sua validità predittiva è stata dimostrata con individui aventi disabilità intellettive (Quinsey et al., 2004).

Stima statisticamente il rischio di recidiva. È composto da 12 items: item sull'antisocialità generale, tra i quali problemi di comportamenti infantili, storia di attacchi non violenti, storia di disturbi di personalità, e punteggi PCL-R (test sulla psicopatia). Gli item sono valutati con un calcolo matematico. Se il punteggio finale si attesta tra -24 e -8 allora il rischio è basso, tra -7 e +13 il rischio è medio e infine tra +14 e +32 il rischio è alto.

HCR-20 (Historical Clinical Risk) è lo strumento clinico strutturato più vastamente utilizzato per la previsione della violenza, sviluppato inizialmente nel 1995 da Webster, Eaves, Douglas et Wintrup. È uno dei primi modelli di valutazione del rischio di violenza. L'obiettivo è fornire una valutazione strutturata dei fattori di rischio presenti in una data situazione, la rilevanza di questi fattori per il rischio di violenza della persona e le possibili strategie di gestione del rischio per contrastarne i possibili effetti.

È un'intervista individuale semistrutturata composta da 20 item suddivisi in 3 scale: Historical (10 item), Clinical (5 item) e Risk (5 item). Ad ogni item corrisponde un punteggio da 0 a 2 punti dove 0

= assenza di fattori di rischio, 1 = possibile presenza di fattori di rischio, 2 = presenza certa di fattori di rischio.

I fattori Clinical evidenziano le preoccupazioni nel momento della somministrazione mentre i fattori Risk riguardano la paura di messa in atto di comportamenti violenti futuri e la sua gestione.

HCR-20 definisce la violenza come “danno effettivo, tentato o minacciato a una o più persone”. (Webster et al., 1997)

RM 2000 (Risk Matrix) è uno strumento di valutazione del rischio soprattutto usato nel Regno Unito ma con meno valenza cross-culturale rispetto al VRAG. È stato sviluppato da Hanson et Thornton nel 2000.

Nello specifico, lo strumento prevede il rischio di recidiva sessuale (RM2000/S), il rischio di recidiva violenta (RM2000/V), e un rischio combinato di entrambi (RM2000/C).

Gli item riguardano l'età all'inizio del rischio, aspetti sessuali, aspetti criminali, attacchi sessuali contro un uomo e contro uno sconosciuto, assenza di 2 anni di convivenza, attacchi senza contatto sessuale, aspetti violenti e furto.

Static-99 è uno strumento largamente impiegato in studi che analizzano la recidiva di attacchi sessuali, sviluppato nel 1999 da Hanson e Thornton. È anche utilizzato con persone aventi disabilità intellettive. Include 10 item che indicano i possibili fattori di rischio di attacchi sessuali: età al rilascio, aver vissuto con un amante per almeno 2 anni, indice di violenza non sessuale, precedenti violenze non sessuali, reati sessuali precedenti, precedenti periodi di sentenza, eventuali condanne per reati senza contatto sessuale, eventuali vittime non correlate, eventuali vittime sconosciute, eventuali vittime maschili.

SDRS (Short Dynamic Risk Scales) è una scala di valutazione istituita nel 2004 da Quinsey. Consiste in 8 item e registra una varietà di fattori dinamici che includono assunzione di responsabilità per il comportamento, strategie di coping, ansia, rabbia e frustrazione, manifestazioni di perdita di controllo, offendere, prendere in giro o avere un comportamento insopportabile, mancanza di considerazione per gli altri, scarse capacità di gestione della casa e povere capacità di cura di sé. Ogni item è valutato mensilmente su una scala a 5 punti dove 0 = nessun problema e 4 = problema grave. Punteggi più alti indicano un rischio maggiore di aggressività. È in grado di predire eventi violenti e sessuali con significativa accuratezza.

EPS (Emotional Problems Scales) è uno strumento di valutazione sviluppato per individui con lieve disabilità intellettiva da Prout et Strohmer nel 1991. Include scale su disturbo del pensiero,

aggressione fisica e verbale, inadempienza, ansia, distraibilità, depressione, iperattività, ritiro, autostima, preoccupazioni circa il corpo, disadattamento sessuale.

Due fattori principali sono analizzati: problemi di comportamento internalizzante ed esternalizzante. I comportamenti esternalizzanti riguardano l'aggressione fisica, l'inadempienza, l'iperattività e l'aggressione verbale. Quelli internalizzanti riguardano invece l'ansia, la depressione e l'autostima.

Questi strumenti permettono di stimare il rischio di violenza in detenuti e la recidiva nel commettere atti violenti. Ogni strumento ha un target specifico di oggetto di studio, in quanto ogni persona che commette un reato è diversa dall'altra e ognuna ha le sue caratteristiche.

L'analisi viene fatta indagando vari aspetti della persona: aspetti psicopatologici, aspetti legati alla storia di vita, aspetti neurologici e aspetti personologici legati alla personalità.

Alcuni strumenti si concentrano sulla violenza sessuale altri sulla violenza fisica non sessuale.

Lo scopo comune di questi test è quello di valutare se esiste un rischio e quanto questo rischio possa effettivamente concretizzarsi nella manifestazione della violenza.

Alcuni test come VRAG e HCR-20 possono affermare con certezza se è presente o meno un rischio di futura manifestazione di comportamento violento nella persona ma non si è mai certi sul fatto che poi effettivamente la persona manifesti tale comportamento.

Il Risk Screening Violence presentato precedentemente è in grado di predire chi commetterà atti aggressivi dentro e fuori dal contesto penitenziario e chi invece no.

Sono tutti strumenti utili che possono aiutare lo staff penitenziario a controllare i detenuti pericolosi in modo da salvaguardare sé stessi e gli altri detenuti. Inoltre, sulla base dei risultati di questi strumenti è possibile istituire dei percorsi di gestione delle emozioni e degli impulsi aggressivi che possono migliorare la convivenza civile all'interno delle carceri e facilitare il percorso di vita dei detenuti una volta usciti.

CAPITOLO 2: DISREGOLAZIONE EMOTIVA ED IMPULSIVITÀ

2.1 Il costrutto della regolazione delle emozioni

La regolazione emotiva è quel processo che consente agli individui di attingere alle loro risorse psicologiche per rispondere in maniera adattiva e flessibile alle richieste dell'ambiente. Gross (2015) la definisce come quel processo che, consciamente o inconsciamente, esercita un'azione di monitoraggio, valutazione, modificazione e in generale mediazione della risposta emotiva. Attraverso di esso, infatti, le persone riescono a valutare le domande dell'ambiente e le proprie risorse e di conseguenza a riuscire a rispondervi in modo flessibile e adattivo. Gli effetti della regolazione emotiva riguardano sia il tipo di emozione esperita sia la sua dinamica processuale. Il processo di regolazione coinvolge l'esperienza emozionale, i correlati neurali e fisiologici, i correlati cognitivi, gli indici espressivi e comportamentali e il tipo di azione e comportamento che ne discende. La regolazione emotiva consente dunque di modulare e gestire la risposta emotiva in maniera flessibile. (Barone, 2021)

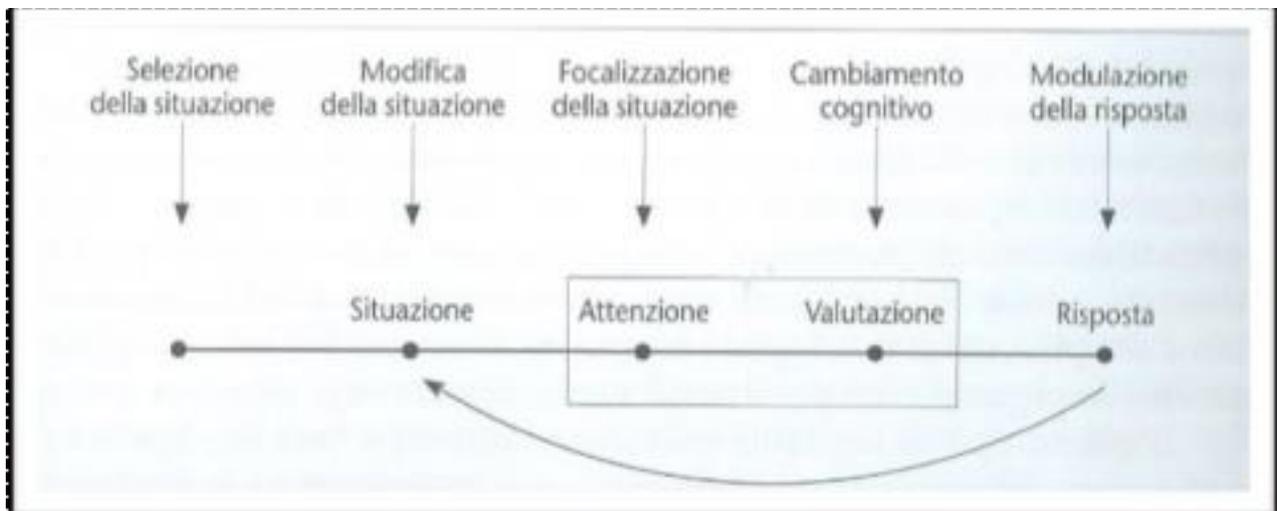


Figura 5: Strategie di regolazione emotiva (Barone, 2021)

Esistono specifiche aree del cervello volte al processamento delle emozioni e alla loro regolazione.

La regolazione emotiva coinvolge contemporaneamente il sistema psichico di natura comportamentale e cognitiva, il SNC con i suoi circuiti neurali, il sistema endocrino con i relativi ormoni e neurotrasmettitori e il sistema immunitario.

I meccanismi alla base dell'elaborazione emotiva sono associati al sistema limbico che svolge una funzione primaria nella regolazione delle emozioni. Nello specifico, la corteccia prefrontale orbito-mediale ha il compito di modulare la risposta emotiva; l'amigdala integra le informazioni sensoriali e mnestiche, informa la corteccia prefrontale sullo stato emotivo del momento mentre la corteccia prefrontale modula il grado di attivazione dell'amigdala. Sono tutti processi che avvengono automaticamente. La regolazione emotiva dello stress è gestita dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e coordina i sistemi di risposta neuroendocrina allo stress. (Barone, 2021)

La regolazione emotiva è quindi importante per adattarsi alle situazioni difficili, affrontare sfide, stringere relazioni sociali; inoltre, promuove la competenza emotiva che comprende diverse capacità, tra cui l'empatia, comprendere e distinguere le emozioni altrui, distinguere l'esperienza emotiva soggettiva interna dall'espressione emotiva esterna.

2.2 Definizione del concetto di impulsività e fattori di rischio

La concettualizzazione clinica dell'impulsività, secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM-V), implica una disinibizione comportamentale e cognitiva, una reazione immediata agli stimoli, una reazione non pianificata all'impulso del momento, o una reazione senza riguardo per le conseguenze.

L'impulsività è sempre presente in tutti gli atti aggressivi anche quelli premeditati. (Suris et al, 2004)

È possibile parlare di quattro approcci che spiegano il costrutto dell'impulsività secondo il loro punto di vista: impulsività come dimensione di personalità, approccio comportamentale, approccio temporale, approccio neuropsicologico e neurofisiologico.

L'impulsività come tratto di personalità è caratterizzata dalla tendenza ad impegnarsi in attività senza pensarci, senza pensare alle conseguenze o proiettarsi possibili azioni future.

L'approccio comportamentale sostiene che il comportamento è impulsivo quando preferisce una ricompensa immediata ad una futura. Questo comportamento implica una mancanza di autocontrollo.

Barratt e Patton sostengono che le persone impulsive abbiano una distorta percezione del tempo. Queste persone sembrano vivere un tempo accelerato. Inoltre, persone con un orientamento temporale nel presente come sono le persone impulsive, che preferiscono una ricompensa immediata ad una futura, hanno scarso interesse e attenzione al futuro e quindi alle conseguenze delle loro azioni.

Gli approcci neuropsicologico e neurofisiologico analizzano la localizzazione neuroanatomica delle aree volte al controllo e al funzionamento dell'impulsività, argomento già affrontato in precedenza.

L'impulsività si riferisce alla tendenza a rispondere rapidamente a stimoli interni o esterni, con gli individui che reagiscono così rapidamente e senza premeditazione che spesso trascurano potenziali conseguenze avverse. (Moeller et al., 2001)

L'impulsività è un tratto della personalità caratterizzato da comportamenti di ricerca della novità, rapida elaborazione delle informazioni, incapacità della persona di ritardare la gratificazione o di agire riguardo alle conseguenze del proprio comportamento. (Barratt, 1993)

Barratt e colleghi hanno proposto un sistema teorico riguardo l'impulsività che include tre fattori di secondo ordine: impulsività attenzionale, impulsività motoria e impulsività non pianificante.

- Impulsività motoria (effetto) ← abuso emotivo, fisico e sessuale (l'ultimo ha più possibilità di produrre impulsività adulta (Russell et al., 2015))
- Impulsività non pianificante (effetto) ← negligenza emotiva e abbandono fisico

L'impulsività motoria si riferisce alla tendenza a impegnarsi in comportamenti impulsivi. L'impulsività non pianificante implica una mancanza del senso del futuro e un'incapacità nel ritardare le risposte relative alla ricompensa. L'impulsività attenzionale si riferisce all'incapacità di mantenere l'attenzione per periodi di tempo prolungati e ad un'elevata distraibilità.

Le emozioni negative e intense vissute dagli individui impulsivi provocano forti impulsi ad agire, non permettendo loro di pensare e riflettere sulle conseguenze delle azioni. (Whiteside e Lynam, 2001)

L'impulsività, difatti, valica le inibizioni di controllo del comportamento, non permettendo alla persona di pensare prima di agire. (Komarovskaya et al., 2007)

L'impulsività è facilmente associabile a costrutti come rabbia, limitata elaborazione delle informazioni e scarse abilità sociali e relazionali. È un forte predittore del comportamento aggressivo.

Ci sono diversi fattori che possono portare una persona ad avere degli agiti impulsivi: eventi traumatici soprattutto in età infantile, psicopatologia, neurodivergenze.

Le storie di vita di persone impulsive raccontano maltrattamenti infantili, abbandoni emotivi e fisici, abusi sessuali. Questi eventi negativi possono provocare dei disturbi psicopatologici nelle persone che ne subiscono, tra i quali: disturbo borderline di personalità, disturbo di personalità antisociale, psicopatia.

L'impulsività è anche legata ad una possibile disfunzione della corteccia prefrontale, che normalmente permette di regolare emozioni ed impulsi, organizzare e pianificare prima di agire, elaborare informazioni. Ma le persone impulsive invece sono caratterizzate da un funzionamento esecutivo compromesso, compromessa pianificazione di obiettivi, ridotta capacità di monitorare il comportamento sociale e disregolazione emotiva. In particolare, lo studio di Dolan et al., (2018) ha studiato il ruolo della funzione 5-HT, legata al controllo dell'inibizione e dell'impulsività. I risultati hanno evidenziato che i soggetti con alti livelli di impulsività e aggressività avevano una ridotta funzione cerebrale 5-HT e pertanto l'impulsività si lega con una peggiore inibizione nel controllo degli impulsi e con comportamenti antisociali.

2.3 Regolazione emotiva, impulsività e comportamento aggressivo

Il maltrattamento infantile costituisce un fattore di rischio significativo per vari tipi di crimini. (Butchart et al., 2006) Essendo un'esperienza traumatica, il maltrattamento durante l'infanzia può influenzare le risposte emotive e quelle allo stress di un individuo, spingendolo verso strategie di regolazione emotiva disadattive, aumentando così l'impulsività e la propensione criminale. (Greene et al., 2020; Liu, 2019) L'impulsività può diventare un tratto dell'individuo aumentando il rischio che la persona sviluppi disregolazione emotiva e comportamenti esternalizzanti. (Beauchaine e Zawleski, 2016)

L'impulsività gioca un ruolo importante nel prevalere sulle inibizioni di un individuo nel controllare il proprio comportamento, impedendogli di considerare le conseguenze delle sue azioni.

La relazione tra abuso infantile e impulsività predice ASPD. Nello specifico, lo studio di Chen et al. (2022) ha scoperto che l'impulsività motoria e non pianificante giocano un ruolo importante nelle differenze osservate nei punteggi di personalità antisociale tra i detenuti con esperienza di maltrattamenti infantili. L'impulsività motoria è stata principalmente correlata all'abuso emotivo, abuso fisico e abuso sessuale; mentre l'impulsività non pianificante è soprattutto legata al neglect emotivo e fisico. Questi eventi traumatici hanno un forte impatto sulla regolazione delle emozioni e possono portare a disturbi legati al controllo degli impulsi, oltre allo sviluppo di comportamenti antisociali.

ASPD ha un'elevata comorbidità con BPD. Il ruolo della disregolazione emotiva in questi due disturbi è primario nel rischio di incorrere in comportamenti violenti (Howard et al., 2008; Newhill et al., 2009; Newhill, Eack e Mulvey, 2012), soprattutto a causa della difficoltà di regolazione della rabbia (Scott, Stepp e Pilkonis, 2014). Lo studio di Falcus et Johson, (2017) ha notato come

l'interiorizzazione e la regolazione disadattiva della vergogna sono fattori decisivi per lo scatenarsi dell'aggressività e della violenza. Queste caratteristiche appartengono a diversi disturbi di personalità. I soggetti dello studio non sono riusciti a regolare le emozioni per evitare o attenuare la vergogna. Questo sentimento preponderante porta queste persone a cercare delle relazioni per non sentirsi soli, per sentirsi accettabili. Le persone che però hanno problemi interpersonali e difficoltà nelle interazioni sociali non riescono a regolare la vergogna diventando così aggressive (Raine, 1993). I partecipanti hanno usato la violenza come mezzo per risollevarsi da una ingombrante tensione psico-emotiva. L'idea è quella che chi non riesce a sostenere lo stato di vergogna, rigetta sugli altri l'odio di sé, accusandoli di essere la causa delle proprie sofferenze.

2.4 Neurobiologia della disregolazione emotiva e dell'impulsività

L'approccio evolutivo parte con lo studio dei bambini e analizza la disregolazione emotiva come un aspetto biologicamente dinamico, basato sull'esperienza, dell'adattamento ad ambienti e relazioni che, in condizioni di rischio per l'emergere di psicopatologie dello sviluppo, producono modelli di risposta emotiva utili per far fronte subito agli stimoli, con la possibilità di sviluppare modalità inadatte di regolazione.

Nelle persone con neurodivergenze viene a mancare la capacità di regolazione dei propri stati emotivi e di gestione di fattori stressanti. Questi deficit sono in grado di compromettere lo sviluppo funzionale della persona. I disturbi del neurosviluppo possono riguardare il disturbo dello spettro autistico (DSA), i disturbi da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e sindromi genetiche come quella di Down. (Barone, 2021)

I DSA, infatti, hanno difficoltà nella regolazione delle emozioni, mostrando maggiormente pattern disadattivi di uso delle strategie di regolazione. Queste difficoltà sono dovute all'alessitimia. (Bird e Cook, 2013) La ridotta capacità di riconoscere le emozioni rende difficile ai DSA la comprensione e regolazione di queste, peggiorando il proprio funzionamento sociale. Inoltre, i DSA hanno spesso difficoltà nelle funzioni esecutive soprattutto nello spostamento dell'attenzione, nella flessibilità e nella pianificazione, oltre a deficit nel re-appraisal cognitivo.

La sindrome di Down comporta difficoltà comportamentali ed emotive tra le quali non conformità, violazione delle regole, disregolazione emotiva e ritardi nel funzionamento esecutivo.

La psicopatia è una sindrome clinica legata alla disregolazione emotiva. È composta da un insieme di caratteristiche che si manifestano nelle relazioni affettive, interpersonali e nei comportamenti. Le

persone con questo disturbo sono caratterizzate da impulsività, irresponsabilità, egocentrismo, ricerca delle novità, limitato controllo comportamentale, insensibilità affettiva, oltre a diversi comportamenti amorali e antisociali. Queste caratteristiche sono ereditarie e si manifestano durante l'infanzia tendendo a stabilizzarsi nelle età adolescenziale e adulta.

Studi di neuroimaging su persone con BPD hanno evidenziato una diminuzione delle dimensioni dell'amigdala e dell'ippocampo, parti del sistema limbico coinvolte nel controllo delle emozioni. Inoltre, si è trovato che l'asse ipotalamo-ipofisario (HPA) era disfunzionale, lasciando che i livelli di cortisolo aumentino, portando la persona a non riuscire a gestire lo stress. Questo potrebbe spiegare i comportamenti impulsivi e aggressivi che vengono messi in atto.

Il disturbo bipolare invece è una malattia mentale caratterizzata da cambiamenti nella plasticità sinaptica e nelle connessioni neuronali, dovuti all'interazione di fattori genetici in particolare epigenetici e ambientali. Sono stati riscontrati un'iperattivazione nelle strutture limbiche e una diminuzione dell'attivazione dei circuiti prefrontali. Questo comporta una difficoltà nella regolazione delle emozioni e nella modulazione della risposta emotiva.

2.5 La personopatia tra disregolazione emotiva e impulsività

Secondo l'approccio funzionalista di Cole, Hall e Hajal (2017), esistono quattro tipi di emozioni disregolate che caratterizzano varie forme di psicopatologia:

- emozioni durature e tentativi di regolazione inefficaci: es. nell'ansia generalizzata o nella depressione
- emozioni influiscono sul comportamento rendendolo inappropriato: es. nel disturbo del comportamento dirompente
- emozioni espresse o vissute sono inappropriate al contesto: es. nel disturbo da stress post-traumatico
- emozioni che cambiano troppo velocemente o lentamente: es. nel disturbo bipolare

La disregolazione emotiva presenta diverse caratteristiche: diminuzione della consapevolezza emotiva correlata con alessitimia, reattività emotiva inadeguata, esperienza ed espressione intense di emozioni, rigidità emotiva e difficoltà di rivalutazione emotiva.

La disregolazione emotiva indica una ridotta capacità di comprendere le proprie emozioni e accettarle, una difficoltà nel gestire i comportamenti impulsivi e nell'agire come si vorrebbe in momenti di rabbia e tensione emotiva.

Il disturbo di personalità antisociale (ASPD) come riporta il DSM-V è una diagnosi psichiatrica definita come un modello pervasivo e persistente di comportamento e di risposta emotiva caratterizzato da un mancato rispetto di un comportamento lecito ed etico, una componente egocentrica e insensibile di interesse per gli altri, accompagnata da inganno, irresponsabilità, manipolazione, assunzione di rischi, bassa tolleranza alla frustrazione e alti livelli di impulsività. È inoltre caratterizzato da aggressività impulsiva. Si evidenzia la comorbidità con il SUD.

Il disturbo borderline di personalità (BPD) invece è caratterizzato da impulsività, instabilità dell'umore, relazioni interpersonali instabili e comportamenti suicidari. È presente una difficoltà nel distinguere le proprie emozioni e comprendere le esperienze emotive degli altri. Persone con BPD hanno difficoltà nel gestire situazioni di disagio, mettendo in atto strategie disadattive ed emozioni negative. Tendono ad avere reazioni emotive immediate ed estreme con conseguenze che durano a lungo. È preponderante la difficoltà nel controllo delle emozioni e della loro manifestazione. La maggiore reattività emotiva agli stimoli esterni e difficoltà nel controllo dell'impulsività può indurre comportamenti aggressivi e/o criminali. Inoltre, parte del processo di disregolazione emotiva porta alla ruminazione della rabbia, cioè quella tendenza a focalizzare l'attenzione su stati emotivi negativi, ricordando esperienze di rabbia passate e pensando alle cause e conseguenze di queste esperienze. Questo meccanismo di pensiero non fa altro che esacerbare la rabbia e l'aggressività nella persona.

BPD e ASPD sono entrambi caratterizzati da disregolazione emotiva. Nello studio di Falck e Johnson, (2018) si evidenzia il ruolo della disregolazione emotiva nel condurre le persone BPD e ASPD a compiere atti di violenza. In particolare, è stato trovato che la vergogna venisse innescata da forme di rifiuto che portano le persone ad avere una visione di sé inaccettabile. Questa sensazione insieme alla disregolazione emotiva portano le persone ad avere comportamenti ostili e aggressivi. La sensazione di vergogna sembra collegata al fatto di sentirsi delle vittime di ciò che succede loro con l'idea che sia colpa degli altri; è infatti caratteristica dei due disturbi l'esternalizzazione della colpa. Ed è per questo motivo che si scatena la rabbia e l'aggressività per i "torti" subiti.

Lo studio di Scott, Stepp e Pilkonis (2014) ha trovato che, sebbene la disregolazione emotiva sia una caratteristica di entrambi i disturbi, era in grado di predire in particolar modo il BPD. Questa ha predetto anche la futura messa in atto o vittimizzazione di aggressioni psicologiche e fisiche. Le caratteristiche di ASPD sono state correlate con l'aggressione fisica ma non psicologica. La disregolazione emotiva ha avuto un maggior impatto dell'impulsività nei due disturbi per predire i comportamenti aggressivi.

Il disturbo bipolare è anch'esso contraddistinto da disregolazione emotiva ed impulsività. È caratterizzato da periodi depressivi alternati ad altri dominati da ipomania o mania. In questo disturbo si manifestano atti impulsivi e rischiosi soprattutto durante la fase maniacale del disturbo portando la persona a mettersi in situazioni dannose per la propria salute e rischiose per la propria vita, tra le quali guida spericolata, comportamento sessuale inappropriato e abuso di sostanze. La disregolazione emotiva però gioca un ruolo importante sia nella fase depressiva che in quella maniacale/ipomaniacale. Sia il disturbo borderline di personalità che il disturbo bipolare sono caratterizzati da una difficoltà a regolare le proprie emozioni e da forte impulsività. In entrambi aumentano le possibilità che la persona compia o metta in atto tentativi di suicidio. Il 10% delle persone con BDP si suicida (Paris, 2019). Persone con disturbo bipolare invece sono maggiormente a rischio suicidio durante i periodi depressivi.

Lo studio di Eksander et al., (2020) ha analizzato le caratteristiche dei due disturbi. Il rischio suicidale è dovuto alla difficoltà di controllare gli impulsi e alla disregolazione emotiva. L'impulsività nelle persone con BD compromette il funzionamento cognitivo ed è correlata al SUD. Il trauma infantile è un fattore di rischio per entrambi i disturbi. Entrambi possono correlarsi con ADHD: il 20% delle persone BD e BPD, infatti, ha anche ADHD in comorbidità.

La psicopatia è invece contraddistinta da egocentrismo, menzogna patologica, manipolazione, irresponsabilità, impulsività, ricerca della novità, poco controllo comportamentale, insensibilità affettiva, mancanza di empatia, senso di colpa o rimorso, oltre a comportamenti non etici e antisociali. (Hare et Neumann, 2008) L'impulsività nel caso della psicopatia è solitamente cognitiva. Mentre l'aggressività è proattiva (Cima e Raine, 2009) e strumentale (Reidy et al., 2011).

Lo studio di Garofalo, Neumann e Velotti (2020) ha dimostrato l'effetto che ha la disregolazione emotiva nelle persone con psicopatia sui correlati disadattivi e comportamenti aggressivi.

La disregolazione emotiva ha un ruolo nelle componenti (rabbia, ostilità, aggressività fisica e verbale) e nelle manifestazioni dell'aggressività. Inoltre, comporta una difficoltà ad astenersi dai comportamenti impulsivi quando si è fortemente stimolati a livello emotivo ma anche una limitata consapevolezza, comprensione e accettazione delle emozioni provate. È quindi probabile che l'incapacità di controllare il comportamento impulsivo sia correlata con la messa in atto di comportamenti aggressivi da parte delle persone con psicopatia.

È forte la caratterizzazione di disregolazione emotiva nella psicopatia al contrario di ASPD che riguarda maggiormente il comportamento antisociale.

Anche il disturbo da uso di sostanze (SUD) è correlato a disregolazione emotiva. Il consumo di sostanze può essere un tentativo di affrontare stati emotivi negativi in quanto non si hanno adatte capacità di regolare le emozioni. L'incapacità di inibire i propri comportamenti può portare la persona a ricorrere all'uso di sostanze. L'effetto delle stesse nel corpo di chi le prova provoca comportamenti aggressivi e impulsivi. Il ruolo dell'alessitimia e della disregolazione emotiva risultano quindi fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo da uso di sostanze e conseguente comportamento aggressivo e/o impulsivo.

Gli effetti positivi che una persona può ottenere dall'uso di sostanze (euforia, rilassamento, cessazione dell'astinenza) si presentano subito dopo l'assunzione mentre gli effetti negativi (effetti collaterali della sostanza) si manifestano solo con il tempo, in modo graduale. Persone con SUD nel Gambling Task tendono a scegliere ciò che permettere loro di ottenere una ricompensa immediata ma con una grande perdita futura, piuttosto che ciò che permette di ottenere piccole vincite immediate ma piccole perdite future in modo da concludere il gioco con un guadagno. Questo evidenzia il tratto impulsivo nelle persone con SUD che ricercano una ricompensa immediata rispetto ad una futura anche qualora la ricompensa immediata possa portare a conseguenze negative future.

2.5.1 Il ruolo della disregolazione emotiva nelle carceri

Molti detenuti nelle carceri hanno una qualche forma di psicopatologia che influisce il loro modo di agire e comportarsi. Possiamo dividere i disturbi in due categorie:

- I disturbi internalizzanti: caratterizzati dalla disregolazione emotiva. Ciò comporta modalità di coping disfunzionali come la repressione dell'emotività negativa e una disregolazione di fattori neurobiologici compresi nella risposta allo stress. Altra caratteristica di questi disturbi è l'interiorizzazione della rabbia e dell'ostilità. Tra questi disturbi possiamo elencare il disturbo d'ansia e quello dell'umore.
- I disturbi esternalizzanti: caratterizzati da irritabilità, violazione delle regole o norme, frequente uso di aggressività come tecnica risoltrice di conflitti interpersonali, difficoltà di concentrazione, impulsività. Esempi possono essere: disturbo esplosivo intermittente, disturbi della condotta, disturbo oppositivo provocatorio.

Entrambi i disturbi si possono sviluppare soprattutto a causa di eventi traumatici vissuti in età giovanile come abusi, maltrattamenti, bullismo. Le conseguenze riguardano deficit nelle capacità di mentalizzazione, di regolazione delle emozioni e stare con gli altri. (Barone, 2021)

La disregolazione emotiva è presente anche in persone che soffrono di ADHD ma è solo una caratteristica associata al disturbo, non uno specificatore diagnostico. Il suo effetto potrebbe essere correlato a difficoltà nel riconoscere gli stimoli emotivi e/o nel prestare attenzione agli stessi. Diverse persone detenute sono affette da questo disturbo ma la logica suggerisce che l'aggressività sia dovuta ai diversi disturbi in comorbilità con ADHD come, ad esempio, il disturbo da uso di sostanze o disturbo borderline di personalità anch'esso caratterizzato da disregolazione emotiva. La disregolazione emotiva può manifestarsi in persone ADHD come discontrollo degli impulsi portando la persona ad avere agiti aggressivi e violare le norme. Caratteristiche della disregolazione emotiva in persone ADHD e la comorbilità con altre psicopatologie facilitano i comportamenti aggressivi in queste persone.

L'ADHD è associata ad emotività negativa. Questo può aumentare le difficoltà che le persone SUD con ADHD in comorbilità hanno nella regolazione delle emozioni. (Hull e Slone, 2004; Wolraich e al., 2005)

In generale la disregolazione emotiva evidenzia nelle persone detenute la loro difficoltà di regolazione delle emozioni, la difficoltà nel gestire e comprendere le emozioni altrui. Molti detenuti sono infatti caratterizzati da alessitimia, rendendoli incapaci di comprendere i propri stati emotivi e le manifestazioni corporee legate alle emozioni. Questo porta le persone ad avere comportamenti inadeguati al contesto di riferimento, manifestando spesso aggressività e impulsività. L'incapacità di gestire le proprie emozioni comporta una difficoltà relazionale che nel carcere rende la situazione ancora più complessa; ha conseguenze quali liti o discussioni con personale penitenziario e compagni di prigione.

2.6 La valutazione dell'impulsività

L'impulsività gioca un ruolo importante nel prevedere diversi disturbi psicopatologici soprattutto esternalizzanti. È un fattore importante da valutare perché è un predittore di comportamenti aggressivi. È anche fortemente connessa ad atti di autolesionismo e tentativi di suicidio. L'impulsività è poi correlata con disregolazione emotiva e quindi è un fattore predittivo di problematiche relazionali dovute alla difficoltà di comprendere le emozioni proprie ed altrui ma anche all'incapacità di reagire nel modo corretto agli stimoli ricevuti dall'ambiente. In generale denota una scarsa capacità di elaborazione delle informazioni e di gestione del comportamento.

L'impulsività può essere misurata da diversi test. Se ne riportano alcuni.

BIS (Barratt Impulsivity Scale)

È il questionario self-report più usato per valutare l'impulsività generale di un paziente. È composto da 30 item. Ci sono 6 fattori di prim'ordine (attenzione, instabilità cognitiva e motoria, perseveranza, autocontrollo e complessità cognitiva) e 3 di second'ordine (impulsività attenzionale, motoria e non pianificatoria).

Barratt considera il tratto dell'impulsività come una tendenza a rispondere a stimoli interni o esterni in modo avventato senza alcuna considerazione a priori, pianificazione e conoscenza delle conseguenze. Viene quindi intesa come un tratto dimensione della personalità orientato all'azione.

IPAS (Impulsive Premeditated Aggression Scale)

È un questionario compreso di 30 item che valutano le caratteristiche impulsive e/o premeditate associate ad atti aggressivi avvenuti nei sei mesi precedenti mostrandone le differenze.

13 item riguardano l'aggressione premeditata, 12 l'aggressione impulsiva e 5 la familiarità con il soggetto/rimorso

UPPS (Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation Seeking) Impulsivity Scale

Questa scala di misura è composta da 45 item che misurano 4 dimensioni dell'impulsività -> urgenza, mancanza di premeditazione, mancanza di perseveranza e ricerca di sensazioni

PIS (Plutchik Impulsivity Scale)

La scala presenta 15 item sull'impulsività con 4 possibili risposte (mai, qualche volta, spesso, quasi sempre). Ogni risposta ha un punteggio da 0 a 3 punti.

EIQ (Eysenck Impulsivity Questionnaire)

È un questionario autosomministrato compreso di 54 item che misura l'impulsività come mancata valutazione del rischio, l'avventurosità come coscienza e accettazione del rischio e l'empatia come riconoscimento dei sentimenti di un'altra persona.

CAPITOLO 3: CASO CLINICO

3.1 Il caso di A.

A. è un giovane uomo adulto di origini marocchine. Dopo aver ottenuto la licenza elementare ha frequentato la prima media andando incontro a numerose bocciature, così da sentirsi costretto ad abbandonare gli studi.

La storia di vita di A. è difficile da reperire; appena arrivato in Italia avrebbe iniziato a vivere di espedienti, senza riuscire mai ad ottenere nessuna occupazione lavorativa fissa.

Questa situazione, in cui è complicato ottenere informazioni sul detenuto, è abbastanza comune in ambito penitenziario. In questo caso, bisogna fare affidamento alle informazioni ottenute da valutazioni psicologiche o da colloqui clinici per comprendere meglio il suo comportamento. Arrestato per furto e resistenza a Pubblico ufficiale, in sede di convalida d'arresto era già evidente come A. fosse un soggetto agitato e sostanzialmente reattivo, motivo per cui avrebbe iniziato a mettere in atto comportamenti aggressivi già all'interno della cella di sicurezza del Tribunale Ordinario.

Portato in Carcere e ubicato in cella in Sezione comune in compagnia di altri detenuti, A. è diventato sempre più agitato a tal punto da manifestare una crisi pantoclastica in cui, oltre a dare fuoco alla cella tramite un lenzuolo, ha distrutto anche una televisione.

Alla luce di tali comportamenti aggressivi e disorganizzati si è deciso di porre il paziente in regime di sorveglianza a vista (SAV), al fine di tutelare sia A. che gli altri detenuti.

Durante il colloquio in regime di sorveglianza, A. appariva trascurato nell'igiene e nella cura del Sé. Poco disponibile al dialogo, oppositivo, reattivo e a rischio di acting-out. La presenza di barriera linguistica inficiava la già difficile relazione, motivo per cui veniva richiesta la presenza di un mediatore linguistico, senza però sortire alcun beneficio.

Dalla valutazione clinica emerge un lieve deficit cognitivo per cui il pensiero appare caratterizzato da concretismo psichico e le abilità logiche appaiono scarse.

A. non riesce a comprendere i motivi che lo avrebbero condotto in carcere mostrandosi insofferente e poco tollerante alle frustrazioni.

In regime di SAV A. si mostra ancora agitato, polemico e violento; di fatto si sarebbe reso più volte protagonista di liti con altri detenuti iniziate sempre per motivi futili nonché avrebbe più volte messo in atto agiti auto e/o eteroaggressivi in maniera del tutto acritica.

Questo quadro mostra una persona con agiti aggressivi ed impulsivi, spesso immotivati o scatenati da questioni banali. Sono evidenti la disregolazione emotiva con il discontrollo degli impulsi e l'ideazione suicidaria probabilmente come atto dimostrativo.

3.2 Fattori di rischio del comportamento aggressivo

Da quanto emerso, è possibile comprendere come A. abbia difficoltà a gestire le proprie emozioni e i propri comportamenti anche nel contesto detentivo manifestando agiti aggressivi.

Questi possono essere scatenati da vari fattori: disregolazione emotiva, discontrollo degli impulsi e psicopatologia. La disregolazione emotiva rende, difatti, difficile alla persona la regolazione delle emozioni e quindi la comprensione delle proprie azioni anche a partire dalla propria percezione emotiva.

È probabilmente a causa di ciò che A. non riesce a tollerare la situazione da detenuto. Ha difficoltà a comprendere le motivazioni per le quali è rinchiuso in carcere.

Il suo discontrollo degli impulsi, a sua volta, gli impedisce di pensare prima di agire. L'impulsività, che caratterizza il suo agire, domina le inibizioni comportamentali e cognitive, portandolo a reagire subito agli stimoli, senza pensare alle conseguenze delle proprie azioni.

La violenza manifestata sembra un modo di esprimersi. A. infatti comunica e veicola le sue emozioni tramite aggressività ed impulsività, manifestando la sua frustrazione dovuta alla reclusione in cella.

È quindi ipotizzabile un deficit delle funzioni esecutive che implica una incapacità di inibizione, attenzione, autocontrollo e pianificazione.

Dal punto di vista psicopatologico, l'anamnesi psichiatrica appare muta, ma è evidente un'importante condotta antisociale accompagnata da discontrollo degli impulsi.

3.3 Temi di rilevanza

Il caso clinico permette di estrarre diverse tematiche. Oltre a quanto già detto sulla disregolazione emotiva, gli studi presentati nella parte teorica mostrano il legame tra questa e il comportamento aggressivo. Gli effetti sono visibili negli atti di violenza manifestati quali liti con altri detenuti e danneggiamento oggetti.

Il soggetto come abbiamo potuto notare continua a mettere in atto comportamenti aggressivi anche nella cella in regime di sorveglianza a vista. Questo sostiene la tesi dell'importazione (Irwin et Cressey, 1962), secondo la quale i detenuti manifestano aggressività in quanto già presente e caratterizzante degli agiti al di fuori del carcere, comportamento che viene importato anche nel contesto penitenziario.

C'è una possibilità che questi agiti aggressivi siano dovuti anche alle numerose difficoltà riscontrate nel tragitto verso l'Italia e una volta arrivato, in termini lavorativi ed economici, ma anche possibili esclusioni sociali dovute alla provenienza marocchina. Quindi deriverebbero da un modo disfunzionale di reagire alle situazioni negative vissute.

Il ruolo della storia migratoria ha un forte impatto sullo stato di salute fisica e mentale dei migranti o rifugiati politici. È stato studiato come la migrazione sia un fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologia in particolare il disturbo da stress post-traumatico ma anche il disturbo depressivo maggiore e d'ansia.

Entrano in gioco diversi fattori: pre-migratori, migratori e post-migratori che influiscono il modo di comportarsi e possono modificare la propria visione della vita.

I fattori pre-migratori sono l'insieme di quelle condizioni stressanti che hanno portato la persona a decidere di andare via dal proprio Paese in cerca di un posto più tranquillo e vantaggioso a livello socioeconomico. Guerre, disastri naturali, violenza, povertà, persecuzione e discriminazione sono tutti fattori che provocano stress psicosociale nelle persone che li vivono. Questi creano una vulnerabilità in queste persone. La migrazione può essere forzata, irregolare o mal pianificata. La prima riguarda un gruppo di persone costretto a cambiare Paese a causa di persecuzioni e sfruttamento. La seconda si basa sull'ingresso di cittadini in Paesi violando le loro norme migratorie. La terza riguarda un trasferimento di persone in un altro Paese senza aver calcolato le varie tappe e insidie che possono intercorrere nel tragitto.

I fattori migratori sono legati invece al viaggio migratorio verso il Paese prescelto. La difficoltà del viaggio, le spese economiche per sostenerlo, gli eventuali eventi traumatici che possono accadere come le perdite di alcuni amici o familiari, la sofferenza e la mancanza di speranza.

I fattori post-migratori riguardano invece l'adattamento al nuovo contesto sociale e quindi possono includere forme di discriminazione, isolamento sociale e difficoltà socioeconomiche.

Tutti questi fattori stressanti influiscono sulla salute mentale. È soprattutto l'adattamento in un contesto culturale diverso dal proprio rispetto alla migrazione in sé che provoca stress ed eventuali forme di psicopatologia. In particolare, diversi studi confermano il fatto che la psicosi sia legata all'appartenenza ad un gruppo etnico minoritario.

La CFI (Cultural Formulation Interview) è un'intervista semistrutturata composta da quattro domini di valutazione:

- definizione culturale del problema
- percezione culturale di causa, contesto e supporto
- fattori culturali che influenzano le strategie di coping
- fattori culturali che influenzano la ricerca di aiuto

È un'intervista utile per comprendere il background personale, familiare e culturale di una persona. Questa intervista può aiutare la formulazione di una diagnosi più accurata. Non pone domande sui traumi per cui risulta consigliabile usare anche scale di valutazione che analizzano il tema.

A. ha attraversato la Libia per arrivare in Italia per cui è possibile immaginare le difficoltà che ha incontrato nel tragitto sia in termini economici che sociali.

Gli atteggiamenti e comportamenti aggressivi nel carcere sono all'ordine del giorno. È risaputo che questo contesto è caratterizzato da un alto tasso di questi comportamenti.

Nel caso di A, questi si sono manifestati in liti con altri detenuti e danneggiamento di oggetti di proprietà dell'Amministrazione Penitenziaria. I comportamenti aggressivi nel carcere possono essere di diverse tipologie: attacchi verbali, fisici o sessuali messi in atto dal personale penitenziario o da detenuti.

A. ha rivolto offese ad un parente di un altro detenuto, da cui è scatenata una rissa. Motivazioni legate alla discriminazione non devono essere escluse perché sono presenti anche il contesto penitenziario. Gli attacchi verbali come in questo caso spesso hanno come conseguenza attacchi fisici, in quanto le persone incapaci di gestire le proprie emozioni negative di rabbia e frustrazione, non riuscendo a placare i propri impulsi violenti, aggrediscono l'altra persona.

Gli agiti aggressivi già manifestati nelle celle del tribunale possono essere facilmente innescati a seconda delle vulnerabilità del soggetto.

A. verteva in uno stato di agitazione psicomotoria, un'eccessiva attività motoria associata ad una sensazione di tensione interna. Questa tensione porterebbe ad una irrequietezza motoria con conseguente irritabilità che sfocerebbe in iperattività agli stimoli interni ed esterni. Questa eccessiva reazione agli stimoli può innescare comportamenti aggressivi e impulsivi, dovuti ad errate valutazioni della situazione.

La condotta antisociale di A. è dimostrata dall'elevata impulsività, irresponsabilità e non curanza. Infatti, come riportato da alcuni studi, persone con condotte antisociale tramutano i propri agiti aggressivi in attacchi fisici nell'ambiente detentivo come A. ha fatto attaccando il suo compagno. Il disturbo è caratterizzato da una forte disregolazione emotiva. Inoltre, si è notato in varie ricerche che persone con condotta antisociale hanno impulsività motoria e non pianificante, aspetti che ritroviamo nel caso clinico. La storia di vita di persone con questa psicopatologia spesso racconta di abusi sessuali e fisici subiti in età giovanile prima dei 18 anni. Sebbene non si conoscano la storia familiare e clinica di A. precedente l'arrivo in Italia, è possibile quindi supporre diversi fattori di rischio: maltrattamenti, contesto familiare duro e severo, contesto sociale stringente e difficile. Sono tutti fattori di rischio che possono aver esacerbato una vulnerabilità della persona che ha portato poi alla manifestazione di comportamenti violenti.

L'ASPD inoltre ha una comorbidità forte con il SUD; è quindi possibile dedurre che la persona abbia abusato di sostanze. Sappiamo che esiste una correlazione tra uso di sostanze e manifestazione di agiti aggressivi e impulsivi ma soprattutto studi hanno dimostrato l'uso di sostanze per alleviare i sintomi da stress dovuti al contesto sociale come può essere nel suo caso visto le situazioni legate al contesto migratorio con le possibili conseguenze, tra cui forme di discriminazione razziale che sono collegate all'uso di sostanze per alleviare i sintomi dovuti allo stress accumulato.

Si può inoltre stimare la possibilità del soggetto di commettere nuovamente atti aggressivi, in quanto studi concordano nell'associare l'ASPD al rischio di recidiva. Soprattutto la comorbidità con l'uso di sostanze che ha questo disturbo potrebbe portare la persona a manifestare aggressività e impulsività.

Inoltre, come riportato precedentemente, la barriera linguistica e culturale influenzano il comportamento. La difficoltà di espressione verbale sicuramente influisce nella frustrazione dovuta al mancato ottenimento di ciò che si vuole a causa di motivi linguistici. Possono manifestarsi crisi esplosive così come quelle riportate sopra che portano l'individuo ad avere scoppi d'ira e agire in modo impulsivo, danneggiando oggetti appartenenti all'Amministrazione Penitenziaria o attaccando altri detenuti.

L'abbandono scolastico inoltre può aver aumentato le possibilità di sollecitare le sue vulnerabilità. Non ha concluso le scuole medie, dopo essere stato più volte bocciato. Il contesto scolastico educa i cittadini, conferisce senso di comunità e rispetto delle regole.

Infine, la questione legata al tentativo di suicidio evidenzia il ruolo dell'impulsività come caratteristica dominante nei comportamenti del detenuto. I tentativi di suicidio commessi sono fortemente legati al contesto detentivo: una difficoltà di adattamento alla vita penitenziaria, la perdita di libertà, l'allontanamento dall'ambiente familiare, la noia o l'astinenza da alcol o droghe sono possibili fattori di rischio.

È possibile che il detenuto abbia vissuto alcuni di questi fattori che lo hanno portato a compiere il gesto del suicidio tramite impiccagione senza però realizzare lo scopo. La lontananza dalla famiglia di origine potrebbe avere avuto un ruolo importante in quel momento, così come lo shock del passaggio dalla cella di sicurezza del tribunale al regime di sorveglianza a vista in ambiente detentivo.

Come si può gestire un paziente violento? Il più grande obiettivo è quello della de-escalation, cioè quella tecnica che porta il paziente a ridurre la manifestazione di agiti aggressivi ed impulsivi.

Con il contenimento verbale si cerca di limitare l'uso della violenza verbale tramite la riduzione di tono della voce, la conduzione del colloquio in modo tranquillo e non minacciante cercando di non scatenare agiti aggressivi, ad esempio, limitando il contatto visivo; se questo fallisce, l'utilizzo del contenimento farmacologico, permette di utilizzare farmaci sedativi per diminuire l'espressione di rabbia e violenza; come extrema ratio il contenimento fisico qualora tutti gli altri metodi non abbiano funzionato o se il comportamento del paziente minaccia l'incolumità sua e degli altri.

CONCLUSIONI

Lo scopo della ricerca era quello di indagare il costrutto dell'aggressività e il ruolo che hanno la disregolazione emotiva e l'impulsività nel manifestarsi di comportamenti violenti e aggressivi.

Si sono compresi quali possono essere i fattori di rischio di questi comportamenti: fattori biologici/neurologici, psicopatologia, caratteristiche di personalità, eventi traumatici come gli abusi, i maltrattamenti, episodi di razzismo e bullismo.

I principali disturbi psicopatologici che possono creare una vulnerabilità nella persona sono: disturbi della personalità come il disturbo borderline e antisociale, il disturbo da abuso di sostanze e alcol, la psicopatia e la schizofrenia.

Tra i disturbi del neurosviluppo molto studiato è il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) in quanto si ritiene che in comorbidità con altri disturbi possa portare la persona ad avere atteggiamenti ostili e comportamenti aggressivi. Anche il ruolo di fattori genetici così come deficit in alcune aree cerebrali e disfunzione di alcuni neurotrasmettitori possono rendere difficile il controllo degli impulsi e delle emozioni, manifestando comportamenti antisociali, aggressivi e impulsivi.

L'impulsività gioca un ruolo importante nei comportamenti aggressivi in quanto caratteristica di diversi disturbi psicopatologici come il disturbo borderline di personalità e il disturbo di personalità antisociale che sono contraddistinti da disregolazione emotiva.

La disregolazione emotiva rende la persona incapace di regolare i propri stati emotivi e i fattori stressanti. Questo può scatenare comportamenti aggressivi proprio a causa dell'incapacità nel comprendere le situazioni e di regolare le proprie emozioni.

L'ambiente penitenziario amplifica le problematiche comportamentali e mette in evidenza i vari disturbi che possono avere i detenuti. Il rapporto con il personale di Sorveglianza e gli altri detenuti influisce molto sulla frequenza e la messa in atto di comportamenti auto/etero aggressivi.

In conclusione, l'aggressività e l'impulsività sono delle caratteristiche umane non innate ma apprese dall'esperienza e dalla cultura di riferimento. Ogni aspetto della vita di una persona può influenzare il comportamento e aumentare la vulnerabilità nello sviluppo di comportamenti aggressivi e impulsivi a partire dalla propria esperienza di vita.

L'individuo deve essere compreso nei suoi aspetti fenomenologici e non devono essere separati i vari aspetti che la riguardano da quelli genetici/biologici a quelli psicopatologici a quelli ambientali.

BIBLIOGRAFIA

- Abracen, J., Langton, C. M., Looman, J., Gallo, A., Ferguson, M., Axford, M., & Dickey, R. (2014). Mental health diagnoses and recidivism in paroled offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 58(7), 765–779. <https://doi.org/10.1177/0306624X13485930>
- Straiton, M. L., Abebe, D. S., & Hauge, L. J. (2024). Age of migration and common mental disorders among migrants in early adulthood: a Norwegian registry study. *BMC psychiatry*, 24(1), 521. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05963-1>
- Armiya'u, A. Y., Ogunwale, A., Bamidele, L. I., Adole, O., & Umar, M. U. (2020). Comparison of impulsivity, aggression and suicidality between prisoners in Nigeria who have committed homicide and those who have not. *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, 30(5), 240–255. <https://doi.org/10.1002/cbm.2161>
- Azevedo, J., Vieira-Coelho, M., Castelo-Branco, M., Coelho, R., & Figueiredo-Braga, M. (2020). Impulsive and premeditated aggression in male offenders with antisocial personality disorder. *PLoS one*, 15(3), e0229876. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229876>
- Baiden, P., Onyeaka, H. K., Aneni, K., Wood, B., LaBrenz, C. A., Muoghalu, C., Peoples, J. E., Szlyk, H. S., Gobodzo, E. C., Baiden, J. F., Adeku, Y., Mets, V. E., F. A., & Cavazos-Rehg, P. (2023). Perceived racial discrimination and polysubstance use among racial/ethnic minority adolescents in the United States. *Drug and alcohol dependence*, 248, 109894. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109894>
- Barone (2021). Le emozioni nello sviluppo, pagg. 51-58, 146-152, 182-183
- Billstedt, E., Anckarsäter, H., Wallinius, M., & Hofvander, B. (2017). Neurodevelopmental disorders in young violent offenders: Overlap and background characteristics. *Psychiatry research*, 252, 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.004>
- Bismpas, L., Athanasiadis, L., Papathanasiou, N., Papadopoulos, D., Konsta, A., & Diakogiannis, I. (2020). Psychopathology, psychosocial factors and sexuality of incarcerated sexual offenders in Greek prison. *Journal of forensic and legal medicine*, 74, 102031. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.102031>
- Brunnet, A. E., Dos Santos Lobo, N., Silveira, T., Kristensen, C. H., & Derivois, D. (2020). Migrations, trauma and mental health: A literature update on psychological assessment. *L'Encephale*, 46(5), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.009>

- Cai, R. Y., Richdale, A. L., Uljarević, M., Dissanayake, C., & Samson, A. C. (2018). Emotion regulation in autism spectrum disorder: Where we are and where we need to go. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*, *11*(7), 962–978. <https://doi.org/10.1002/aur.1968>
- Carli, V., Jovanović, N., Podlesek, A., Roy, A., Rihmer, Z., Maggi, S., Marusic, D., Cesaro, C., Marusic, A., & Sarchiapone, M. (2010). The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters - a study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of affective disorders*, *123*(1-3), 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.119>
- Chen, H., Zhou, H., Zhang, M., Chen, C., Liu, N., Wang, C., & Zhang, N. (2022). Childhood emotional abuse and motor impulsiveness among male violent inmates with antisocial personality disorder. *Personality and mental health*, *16*(4), 350–360. <https://doi.org/10.1002/pmh.1557>
- Coid, J., Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Lewis, G., & Singleton, N. (2006). Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *189*, 12–19. <https://doi.org/10.1192/bjp.189.1.12>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2005). Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry research*, *136*(2-3), 153–162. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.005>
- D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering Emotion Dysregulation. *The Psychiatric quarterly*, *88*(4), 807–825. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9499-6>
- Dogan, J. N., Thrasher, S., Thorpe, S. Y., Hargons, C., & Stevens-Watkins, D. (2021). Cultural race-related stress and cannabis use among incarcerated African American men. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *35*(3), 320–325. <https://doi.org/10.1037/adb0000694>
- Dolan, M., Anderson, I. M., & Deakin, J. F. (2001). Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *178*, 352–359. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.4.352>
- Encrenaz, G., Miras, A., Contrand, B., Galera, C., Pujos, S., Michel, G., & Lagarde, E. (2014). Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment. *Journal of forensic and legal medicine*, *22*, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2013.11.009>

- Erkiran, M., Ozünelan, H., Evren, C., Aytaçlar, S., Kirisci, L., & Tarter, R. (2006). Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addictive behaviors*, *31*(10), 1797–1805. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.024>
- Eskander, N., Emamy, M., Saad-Omer, S. M., Khan, F., & Jahan, N. (2020). The Impact of Impulsivity and Emotional Dysregulation on Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Cureus*, *12*(8), e9581. <https://doi.org/10.7759/cureus.9581>
- Fabbri, C., Cimino, L., & Serretti, A. (2013). Genetica dei comportamenti impulsivo-aggressivi: possibile applicazione in psichiatria forense?. *Rassegna Italiana di Criminologia*, (1), 34-51.
- Falcus, C., & Johnson, D. (2018). The Violent Accounts of Men Diagnosed With Comorbid Antisocial and Borderline Personality Disorders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, *62*(9), 2817–2830. <https://doi.org/10.1177/0306624X17735254>
- Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *The American journal of psychiatry*, *163*(8), 1397–1403. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1397>
- Fritz, M., Soravia, S. M., Dudeck, M., Malli, L., & Fakhoury, M. (2023). Neurobiology of Aggression-Review of Recent Findings and Relationship with Alcohol and Trauma. *Biology*, *12*(3), 469. <https://doi.org/10.3390/biology12030469>
- Fritz, M. V., Wiklund, G., Kuposov, R. A., af Klinteberg, B., & Ruchkin, V. V. (2008). Psychopathy and violence in juvenile delinquents: what are the associated factors?. *International journal of law and psychiatry*, *31*(3), 272–279. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.04.010>
- Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2021). Psychopathy and Aggression: The Role of Emotion Dysregulation. *Journal of interpersonal violence*, *36*(23-24), NP12640–NP12664. <https://doi.org/10.1177/0886260519900946>
- Gorodetsky, E., Carli, V., Sarchiapone, M., Roy, A., Goldman, D., & Enoch, M. A. (2016). Predictors for self-directed aggression in Italian prisoners include externalizing behaviors, childhood trauma and the serotonin transporter gene polymorphism 5-HTTLPR. *Genes, brain, and behavior*, *15*(5), 465–473. <https://doi.org/10.1111/gbb.12293>
- Haden, S. C., & Shiva, A. (2008). Trait impulsivity in a forensic inpatient sample: an evaluation of the Barratt impulsiveness scale. *Behavioral sciences & the law*, *26*(6), 675–690. <https://doi.org/10.1002/bsl.820>

- Hautala, D., & Sittner, K. (2019). Longitudinal Mechanisms Linking Perceived Racial Discrimination to Aggressive Delinquency among North American Indigenous Youth. *The Journal of research in crime and delinquency*, 56(5), 694–735. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc6762026/>
- Havnes, I. A., Clausen, T., Brux, C., & Middelthon, A. L. (2014). The role of substance use and morality in violent crime - a qualitative study among imprisoned individuals in opioid maintenance treatment. *Harm reduction journal*, 11, 24. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-24>
- Hemming, L., Bhatti, P., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2023). What emotions do male prisoners experience in the lead-up to suicide and violence? A participatory visual method study. *The journal of forensic psychiatry & psychology*, 34(2), 193–215. <https://doi.org/10.1080/14789949.2023.2199717>
- Henriksen, M., Skrove, M., Hoftun, G. B., Sund, E. R., Lydersen, S., Tseng, W. L., & Sukhodolsky, D. G. (2021). Developmental Course and Risk Factors of Physical Aggression in Late Adolescence. *Child psychiatry and human development*, 52(4), 628–639. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01049-7>
- Hynie M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- Hulme, P. A., & Middleton, M. R. (2013). Psychosocial and developmental characteristics of civilly committed sex offenders. *Issues in mental health nursing*, 34(3), 141–149. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.732193>
- Ireland, J. L., & Culpin, V. (2006). The relationship between sleeping problems and aggression, anger, and impulsivity in a population of juvenile and young offenders. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 38(6), 649–655. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.05.027>
- Jin, M., Wang, Z., Zhou, Y., & Zhong, J. (2023). Exploring the impact of childhood maltreatment and BPD on impulsivity in crimes of passion. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1159678. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1159678>
- Kruttschnitt, C., Dirkzwager, A., & Kennedy, L. (2013). Strangers in a strange land: coping with imprisonment as a racial or ethnic foreign national inmate. *The British journal of sociology*, 64(3), 478–500. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12028>

Larrotta-Castillo, R., Garivia, A. M., Mora-Jaimes, C., & Gómez-Abril, D. A. (2017). Criminal characteristics of a group of primary criminals diagnosed with aspd: approach to criminal recidivis. *Revista espanola de sanidad penitenciaria*, 19(3), 74–78.

<https://doi.org/10.4321/S1575-06202017000300002>

Lindsay, W. R., Hogue, T. E., Taylor, J. L., Steptoe, L., Mooney, P., O'Brien, G., Johnston, S., & Smith, A. H. W. (2008). Risk Assessment in Offenders With Intellectual Disability: A Comparison Across Three Levels of Security. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(1), 90-111. <https://doi.org/10.1177/0306624X07308111>

Markiewicz, I., Pilszyk, A., & Kudlak, G. (2020). Psychological factors of aggressive behaviour in patients of forensic psychiatry wards with the diagnosis of schizophrenia. *International journal of law and psychiatry*, 72, 101612. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101612>

Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., & Fazel, S. (2011). Psychosocial influences on prisoner suicide: a case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners. *Social science & medicine* (1982), 72(6), 874–883. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.028>

Meijers, J., Harte, J. M., Meynen, G., & Cuijpers, P. (2017). Differences in executive functioning between violent and non-violent offenders. *Psychological medicine*, 47(10), 1784–1793. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000241>

Oliva, A., Ferracini, S. M., Amoia, R., Giardinieri, G., Moltrasio, C., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2023). The association between anger rumination and emotional dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Journal of affective disorders*, 338, 546–553.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.036>

Peltonen, K., Ellonen, N., Pitkänen, J., Aaltonen, M., & Martikainen, P. (2020). Trauma and violent offending among adolescents: a birth cohort study. *Journal of epidemiology and community health*, 74(10), 845–850. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214188>

Plattner, B., Giger, J., Bachmann, F., Brühwiler, K., Steiner, H., Steinhausen, H. C., Bessler, C., & Aebi, M. (2012). Psychopathology and offense types in detained male juveniles. *Psychiatry research*, 198(2), 285–290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.02.006>

Raine, A., & Yang, Y. (2006). Neural foundations to moral reasoning and antisocial behavior. *Social cognitive and affective neuroscience*, 1(3), 203–213. <https://doi.org/10.1093/scan/nsi033>

Ricarte, J. J., Caravaca-Sánchez, F., Barry, T. J., & Aizpurua, E. (2022). Suicide behaviours in incarcerated males: Links to psychopathic traits, forms of aggression to others, personal characteristics, and current penitentiary variables. *Journal of forensic and legal medicine*, *89*, 102357. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2022.102357>

Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2013). Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PLoS one*, *8*(7), e68944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068944>

Ścigała, D. K., Fabris, M. A., Zdankiewicz-Ścigała, E., Kuc, K., & Longobardi, C. (2024). Interoceptive sensibility and alcohol craving in Polish prisoners: the role of alexithymia and emotional dysregulation. *Frontiers in psychology*, *15*, 1356024.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1356024>

Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2014). Prospective associations between features of borderline personality disorder, emotion dysregulation, and aggression. *Personality disorders*, *5*(3), 278–288. <https://doi.org/10.1037/per0000070>

Selten, J. P., van der Ven, E., & Termorshuizen, F. (2020). Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychological medicine*, *50*(2), 303–313.

<https://doi.org/10.1017/S0033291719000035>

Sharma, M. K., & Marimuthu, P. (2014). Prevalence and psychosocial factors of aggression among youth. *Indian journal of psychological medicine*, *36*(1), 48–53.

<https://doi.org/10.4103/0253-7176.127249>

Smeekens, M. V., De Vries Robbé, M., Popma, A., & Kempes, M. M. (2024). The Risk Screener Violence (RS-V): retrospective prediction of violent and aggressive incidents within the prison setting. *Frontiers in psychology*, *15*, 1359535. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1359535>

Thompson R. A. (2019). Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Development and psychopathology*, *31*(3), 805–815. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000282>

Tobler, A. L., Maldonado-Molina, M. M., Staras, S. A., O'Mara, R. J., Livingston, M. D., & Komro, K. A. (2013). Perceived racial/ethnic discrimination, problem behaviors, and mental health among minority urban youth. *Ethnicity & health*, *18*(4), 337–349.

<https://doi.org/10.1080/13557858.2012.730609>

Tully J. (2022). Management of ADHD in Prisoners-Evidence Gaps and Reasons for Caution. *Frontiers in psychiatry*, 13, 771525. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.771525>

Vaughn, M. G., Howard, M. O., & Delisi, M. (2008). Psychopathic personality traits and delinquent careers: an empirical examination. *International journal of law and psychiatry*, 31(5), 407–416. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.001>

Violet Lee, Vincent Egan, Predictors of aggression in Southeast Asian female prisoners: Personality and Individual Differences (2013), *Volume 54, Issue 1*, 113-117, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.024>

Warren, J. I., & South, S. C. (2006). Comparing the constructs of antisocial personality disorder and psychopathy in a sample of incarcerated women. *Behavioral sciences & the law*, 24(1), 1–20. <https://doi.org/10.1002/bsl.663>

Widinghoff, C., Berge, J., Wallinius, M., Billstedt, E., Hofvander, B., & Håkansson, A. (2019). Gambling Disorder in Male Violent Offenders in the Prison System: Psychiatric and Substance-Related Comorbidity. *Journal of gambling studies*, 35(2), 485–500. <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9785-8>

Wolff, N., Blitz, C. L., Shi, J., Bachman, R., & Siegel, J. A. (2006). Sexual violence inside prisons: rates of victimization. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 83(5), 835–848. <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9065-2>