



**Roma, 4 – 5 ottobre 2018**  
**Hotel dei Congressi, Roma**



# ***Dolore, autolesionismo e psicopatologia***

***Dr.ssa F. Caccamo***  
***DSM CSM H5 ASL RM6***

# Premessa:

Secondo l'OMS (2007) nel mondo circa 9 milioni di persone sono detenute in istituti penali. Almeno la metà di esse lotta con i disturbi di personalità ed un milione di detenuti o più soffre di un grave disturbo mentale quale psicosi o depressione.

Quasi tutti i detenuti fanno esperienza di umore depresso o sintomi da stress.

Blaauw E. et al. (2001-2005) hanno mostrato che l'89% di tutti i detenuti hanno sintomi depressivi e che il 74% ha sintomi somatici correlati allo stress.

Secondo una stima generale circa il 42% delle donne e il 65% degli uomini hanno un disturbo di personalità (Fazel S. 2002)





## THE LANCET Psychiatry

### **The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions**

[Prof Seena Fazel](#), MD, [Dr Adrian J Hayes](#), PhD, [Katrina Bartellas](#), BCom, [Dr Massimo Clerici](#), MD, and [Prof Robert Trestman](#), MD

**There are more than 10 million prisoners worldwide, and the prevalence of all investigated mental disorders is higher than general population comparisons. Although the extent to which prison increases the incidence of mental disorders is uncertain, there is considerable evidence of low rates of identification and treatment of psychiatric disorders.** Prisoners are also at increased risk of all-cause mortality, suicide, self-harm, violence, and victimization, and research has outlined some modifiable risk factors. High quality treatment trials for psychiatric disorders in prisoners have been limited. Despite this, it has been shown in trials that opiate substitution treatments reduce substance misuse relapse and possibly reoffending. The mental health needs of women and older adults in prison are distinct, and national policies should be developed to meet these. Clinical, research, and policy recommendations to improve prison mental healthcare are presented. National attempts to meet these recommendations should be annually surveyed.

Lancet Psychiatry 2016 Sep; 3(9): 871-881



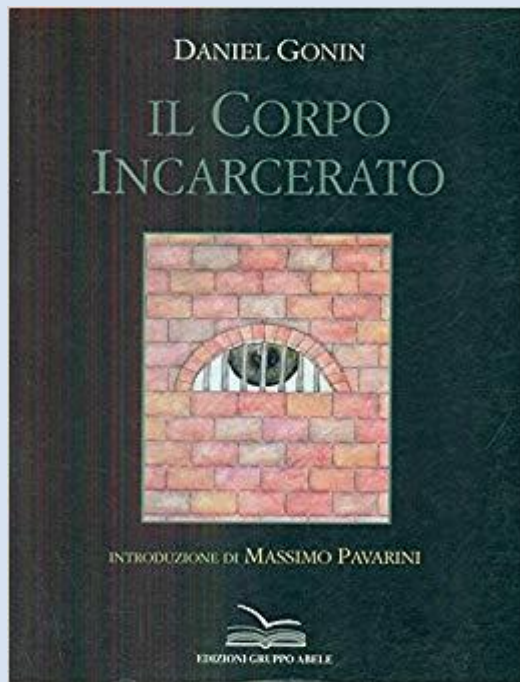
## The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions

The Lancet Psychiatry, 2016 Sep; 3(9): 871-881

[Prof Seena Fazel](#), MD, [Dr Adrian J Hayes](#), PhD, [Katrina Bartellas](#), BCom, [Dr Massimo Clerici](#), MD, and [Prof Robert Trestman](#), MD

Prevalence of different psychiatric diagnoses in adult prisoners

	Men		Women	
Disorder Psychotic Illness	Prevalence 3.6		Prevalence 3.9	
Major depression	10.2		14.1	
Alcohol misuse	18-30		10-24	
Drug misuse	10-48		30-60	



## Metamorfosi dei sensi

... “la superficie del corpo non ha più né tatto né contatto”

... Le sensazioni che produce il corpo sono principalmente segnali di allarme; viene a mancare la piacevolezza del toccare. La privazione più forte e dolorosa è “il tatto del tatto”; il rapporto della propria pelle con la pelle di un'altra persona: il contatto fisico obbligato.

... vive in una condizione deformante e privativa, percettivamente isolata dalla così detta società “normale”, nella quale dovrà inserirsi

... è quella forma di comunicazione scritta che utilizza il proprio corpo come “carta” per scrivere una dolorosa autobiografia



# ... IL CORPO FERITO

## lascia il segno dell'essere-nel-mondo



... il corpo viene utilizzato per dare forma ad uno stato mentale intollerabile. Non tanto liberandosi definitivamente di una parte del proprio corpo, quanto piuttosto utilizzandola come superficie sulla quale “scrivere” il proprio dolore.

Le ferite sono lo strumento per controllare sentimenti di tensione angosciosa.

In particolare quello stato disforico cronico che fa da sfondo all'esperienza borderline: uno stato fatto di tensione, irritazione, sordo malumore, confusione e rabbia. E' un modo altro per interrompere il ciclo depersonalizzazione-derealizzazione: ferirsi per cercare esperienze stimolanti. Un modo per sentirsi vivi invece che vuoti o morti.

## Tanti modi di essere autolesionisti



**Self-injurious behavior** forme lievi di autolesionismo, come il tagliarsi, incidere e bruciare la pelle ( Herpertz S. 1995).

**Self-mutilative behavior** condotte autolesive che culminano nell'asportazione di parti del proprio corpo ( Parrott J.J. 2001).

**Self-harming behavior** include anche forme indirette di autolesionismo, quali lo sciopero della fame, fumare che inducono danno alla salute, rifiutare terapia farmacologiche ( klonsky E. D. 2003).

**Direzionalità:** L'atto è rapido e intenzionale

**Letalità:** Il grado di possibilità che l'atto sia fatale

**Ripetitività:** L'atto viene ripetuto nel tempo





## Autolesionismo e Carcere

L'autolesionismo è una caratteristica di vari disturbi mentali

I Disturbi di Personalità sono associati in varie forme a comportamenti autolesionistici

Il DBP, DAP, sono considerati più a rischio per comportamento autolesionistico in quanto la dimensione **impulsività-aggressività** rappresenta un sintomo nucleare dello loro psicopatologia.

La dimensione psicopatologica che accomuna gli autolesionisti e la **disregolazione affettiva**, una delle caratteristiche principali del Disturbo Borderline di Personalità (Sanislow, Grilo, Morey, 2002).

Diverse analogie tra il Disturbo Borderline di Personalità e il Disturbo Antisociale di Personalità

La dimensione: **instabilità nelle relazioni** e la **disregolazione affettiva-emotiva** è esclusiva del DBP

Si affacciano evidenze sulla correlazione tra comportamento autolesionistico e Disturbo Narcisistico di Personalità (tasso variabile) Prof. Anthony Bateman; Convegno internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica; 2018





# **Borderline Personality Disorder**

## **Dimension of Personality and Intentional Self-harm**

### **Negative Affective**

Neuroticism and affective instability associated with self-harm, suicide attempts and deaths

### **Antagonism**

Hostility and impulsive aggression associated with self-harm, suicide attempts and deaths and violence

### **Disinhibition and Detachment**

Traits such as negative urgency and anhedonia and submissiveness and separationinsecurity associated with higher suicide risk scores

Prof. Anthony Bateman; Convegno internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica; 2018

# Borderline Personality Disorder Antisocial Personality Disorder

## SIMILARITIES

### Review Article

### Possible role of a dysregulation of the endogenous opioid system in antisocial personality disorder

[Borwin Bandelow; Dirk Wedekind](#)

First published: 07 August 2015

### Abstract

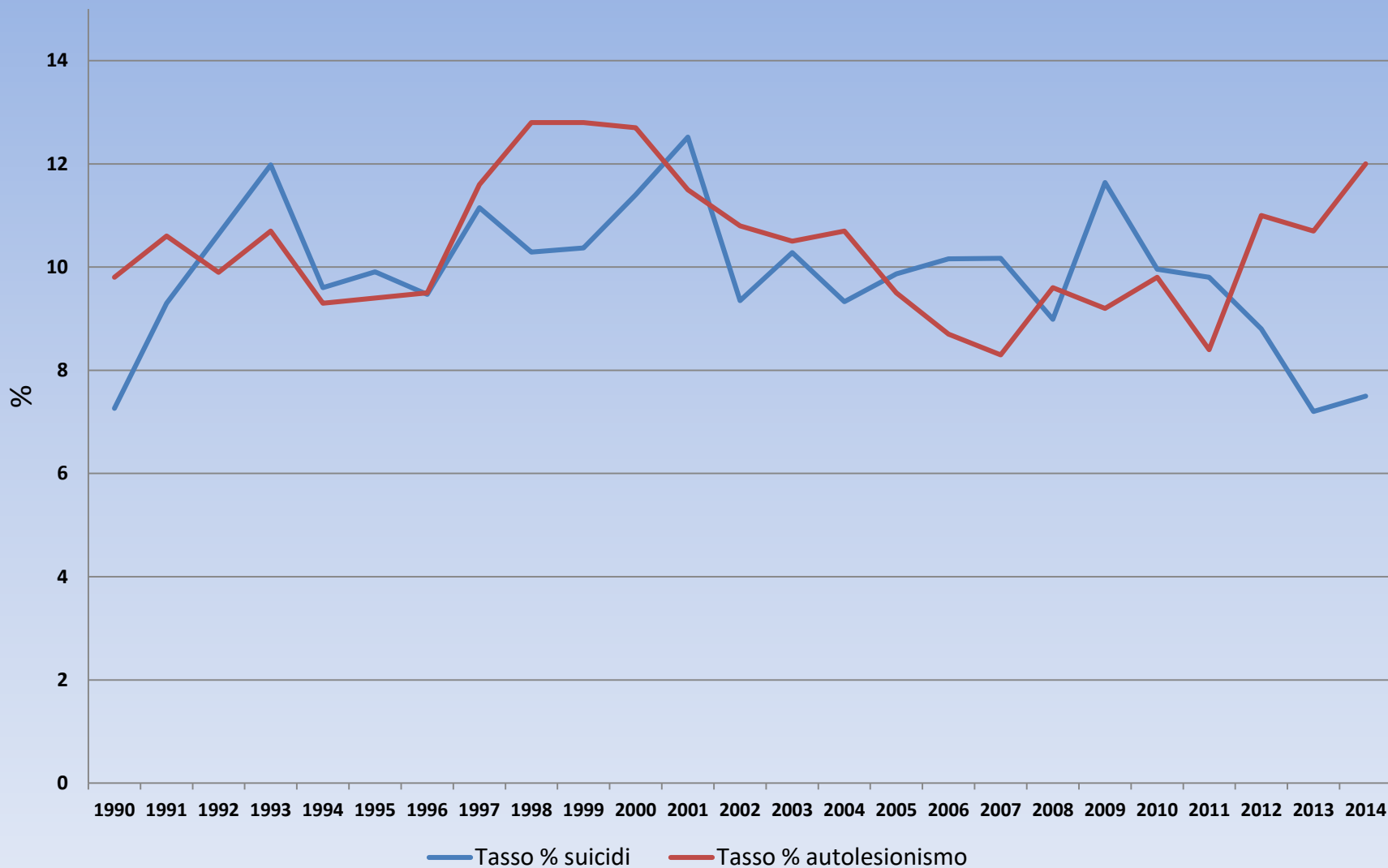
Around half the inmates in prison institutions have antisocial personality disorder (ASPD). A recent theory has proposed that a dysfunction of the endogenous opioid system (EOS) underlies the neurobiology of borderline personality disorder (BPD). In the present theoretical paper, based on a comprehensive database and hand search of the relevant literature, this hypothesis is extended to ASPD, which may be the predominant expression of EOS dysfunction in men, while the same pathology underlies BPD in women. According to evidence from human and animal studies, the problematic behaviours of persons with antisocial, callous, or psychopathic traits may be seen as desperate, unconscious attempts to stimulate their deficient EOS, which plays a key role in brain reward circuits. If the needs of this system are not being met, the affected persons experience dysphoric mood, discomfort, or irritability, and strive to increase binding of endogenous opioids to receptors by using the rewarding effects of aggression by exertion of physical or manipulative power on others, by abusing alcohol or substances that have the reward system as target, by creating an “endorphin rush” by self-harm, by increasing the frequency of their sexual contacts, or by impulsive actions and sensation seeking. Symptoms associated with ASPD can be treated with opioid antagonists like naltrexone, naloxone, or nalmefene.

**Tabella 1 – tassi di suicidio e di autolesionismo in Italia dal 1990 al 2014**

Anni	Presenza media dei detenuti all'anno	Detenuti suicidi durante l'anno	Tasso % suicidi	Episodi autolesionismo	Tasso % autolesionismo
1990	31.676	23	7.26	3089	9.8
1991	31.169	29	9.30	3310	10.6
1992	44.134	47	10.64	4385	9.9
1993	50.903	61	11.98	5441	10.7
1994	52.641	51	9.68	4893	9.3
1995	50.448	50	9.91	4763	9.4
1996	48.528	46	9.47	4634	9.5
1997	49.306	55	11.15	5706	11.6
1998	49.559	51	10.29	6342	12.8
1999	51.072	53	10.37	6536	12.8
2000	53.322	61	11.40	6788	12.7
2001	55.193	69	12.52	6352	11.5
2002	55.670	52	9.35	5988	10.8
2003	55.432	57	10.28	5804	10.5
2004	55.750	52	9.33	5939	10.7
2005	57.796	57	9.87	5481	9.5
2006	49.264	50	10.16	4276	8.7
2007	44.233	45	10.17	3687	8.3
2008	51.167	46	8.99	4928	9.6
2009	61.803	72	11.64	5657	9.2
2010	66.200	66	9.96	6563	9.9
2011	66.700	66	9.80	5630	8.4
2012	66.500	60	8.80	7317	11.0
2013	64.536	49	7.20	6902	10.7
2014	57.550	44	7.50	6919	12.0
<b>Totali</b>	<b>49.329</b>	<b>1312</b>	<b>9.88</b>	<b>137.330</b>	<b>10.4</b>
	<b>Media</b>	<b>Totale</b>	<b>Media</b>	<b>Totale</b>	<b>Media</b>

*Fonte: Dati del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti.*

## Tassi di suicidio e di autolesionismo in Italia dal 1990 al 2014



Fonte: Dati del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti.

**Tabella 2: Le dimensioni stimolanti ed inibenti dell'autolesionismo**

Variabili stimolanti vs Variabili inibenti	
Promiscuità giuridica e penitenziaria	Omogeneità giuridica e penitenziaria
Affollamento detentivo	Disponibilità di spazio detentivo
Regime detentivo improntato a maggiore limitazione della mobilità quotidiana e a maggiore monotonia	Regime detentivo aperto e variamente articolato
Grande disponibilità di strumenti ed opportunità idonee a dar corso alla volontà auto aggressiva	Limitata disponibilità di strumenti ed opportunità idonee a dar corso alla volontà auto aggressiva
Inattività prolungata	Attività costante
Limitate e sporadiche relazioni con gli operatori penitenziari	Presenza di stabili ed articolate relazioni con gli operatori penitenziari
Bassa qualità della vita relazionale in genere	Buona qualità delle relazioni in genere
Limitata capacità di coping e, in genere, tratti di marginalità socioindividuale	Buon livello di coping associato ad un buon livello socio – individuale
Transitorietà detentiva, ripetuti trasferimenti di sezione o istituto	Stanzialità detentiva
In attesa di giudizio o condanna non definitiva	Condanna definitiva
Appartenenza al genere maschile	Appartenenza al genere femminile
Instabilità o assenza di riferimenti affettivi esterni	Stabilità affettiva
Giovane età e condizione di straniero*	Età adulta e cittadinanza italiana*
Età adulta e cittadinanza italiana**	Giovane età e condizione di straniero**
Reattività comportamentale	Regolarità e stabilità comportamentale
<i>Fonte: Elaborazione di Buffa (2008)</i> <i>NB: *rispetto alle condotte autolesive</i> <i>**rispetto alle condotte auto soppressive</i>	



# Contesto vitale

## Definizione di contesto vitale:

**Vivibilità**

**Legame tra relazioni umane possibili**

**Reattività a condizioni di vita relazionali e materiali**

**Particolari regimi detentivi**

**Scarsità di opportunità e tempismo**

**Capacità di coping e di adattamento**

**Vulnerabilità bio-psico-sociale**

Non sarebbe quindi il sovraffollamento in se a far degenerare la situazione personale ma l'interazione tra inadeguatezza del contesto vitale e l'incapacità a procurarsi condizioni di vita migliori in un ambiente di forte concentrazione umana



## Contesto vitale

Le condotte autolesionistiche non hanno una rappresentazione omogenea ma predominano in alcuni specifici contesti

Prevalgono le condotte finalizzate al riequilibrio della tensione interna

Oltre il 92% degli agiti non è associata ad una vera e propria volontà autolesiva, nella maggior parte dei casi servirebbe a compensare l'angoscia reattiva al contesto vitale inadeguato

I gesti autolesionistici sono marcatamente più frequenti in soggetti che risultano essere disciplinariamente più irrequieti

Al contrario chi ha scelto di tentare il suicidio è risultato largamente scevro da procedimenti disciplinari

Buffa P. 2008; Tomasi R., Brandi G., Iannucci M., Gervasi R., 2007

## Implicazioni cliniche





[International Journal of Law and Psychiatry](#)

Volume 50 January–February 2017, Pages 76–82



## An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000–2014

[Esther F.J.C.van Ginneken<sup>a</sup>AlexSutherland<sup>b1</sup>ToonMolleman<sup>c</sup>](#)

Prisoners are at a greatly increased risk of suicides compared to the general population. Differences in suicide risk can be partly explained by individual risk factors, but the contribution of prison characteristics remains unclear. Overcrowded prisons have higher suicide rates, but this may be related to prison function, security level, population size and turnover. The aim of the current study was to investigate the contribution of each of these prison characteristics to suicide rates, using data from the Ministry of Justice for adult prisons in England and Wales from 2000 to 2014. Negative binomial regression analysis showed that larger population size, higher turnover, higher security and public management were associated with higher suicide rates. When controlling for these factors, overcrowding was not found to be related to suicide rates. Questions remain about the causal mechanisms underlying variation in prison suicides and the impact of the lived experience of overcrowding. Further research is needed to examine the relative contribution of prison and prisoner characteristics to suicides.



[Int J Environ Res Public Health](#). 2018 Mar 27;15(4).

## **Association of Overcrowding and Turnover with Self-Harm in a Swiss Pre-Trial Prison.**

[Baggio S](#)<sup>1,2</sup>, [Gétaz L](#)<sup>3</sup>, [Tran NT](#)<sup>4,5</sup>, [Peigné N](#)<sup>6</sup>, [Chacowry Pala K](#)<sup>7</sup>, [Golay D](#)<sup>8</sup>, [Heller P](#)<sup>9</sup>, [Bodenmann P](#)<sup>10</sup>, [Wolff H](#)<sup>11</sup>.

### Author information

#### **Abstract**

Self-harm is a common issue in detention and includes both suicidal and non-suicidal behaviours. Beyond well-known individual risk factors, institutional factors such as overcrowding (i.e., when the prison population exceeds its capacity) and turnover (i.e., the rate at which the prison population is renewed), may also increase the risk of self-harm. However, these factors are understudied or previous studies reported inconsistent findings. This study investigated the association of self-harm with overcrowding and turnover in the largest pre-trial Swiss prison in Geneva. Data were collected yearly between 2011 and 2017. Measures included self-harm (all kinds of self-injuring acts requiring medical attention, including self-strangulations and self-hangings). We performed meta-regressions to analyse the relationships between self-harm and institutional factors. Self-harm events were frequent, with a prevalence estimate of 26.4%. Overcrowding and turnover were high (average occupation rate of 177% and average turnover of 73%, respectively). Overcrowding and turnover were significantly associated with self-harm (respectively  $b = 0.068$ ,  $p < 0.001$  and  $b = 1.257$ ,  $p < 0.001$ ). In both cases, self-harm was higher when overcrowding and turnover increased. Overcrowding and turnover raise important human rights concerns and have damaging effects on the health of people living in detention. Identification of and care for this vulnerable population at risk of self-harm are needed and institutional factors should be addressed.



[Crim Justice Behav. 2011 Nov; 38\(11\): 1103–1114.](#)

## NEUROPSYCHOLOGICAL FUNCTIONING IN PRISONERS WITH AND WITHOUT SELF-INJURIOUS BEHAVIORS

### Implications for the Criminal Justice System

[MARGARET S. ANDOVER](#) [HEATHER T. SCHATTEN](#) [DONNA M. CROSSMAN](#), and [PETER J. DONOVICK](#)

#### Abstract

Neuropsychological functioning has not yet been investigated among prisoners who engage in self-injurious behaviors, specifically attempted suicide and nonsuicidal self-injury (NSSI). The purpose of this study was to investigate neuropsychological functioning in prisoners with and without histories of NSSI and attempted suicide. The sample consisted of 173 male prisoners referred for neuropsychological evaluation. Of participants, 56% reported a history of self-injury. Performance on the neuropsychological domains of intelligence, memory, attention, motor functioning, and executive functioning was assessed. No group differences were found among those with NSSI, with NSSI and suicide attempts, and with no history of deliberate self-harm, although functioning was poor in all domains. Implications of the high prevalence of self-injury in this prison sample, as well as implications of impaired functioning on the treatment of self-injurious behaviors, are discussed.

**Keywords:** neuropsychology, neurocognitive, self-injury, nonsuicidal self-injury, suicide attempt, prisoner

Self-injurious behaviors involve deliberate harm to the body and are performed with or without intent to die; these behaviors are known as attempted suicide and nonsuicidal self-injury (NSSI), respectively. Both behaviors are prevalent in and present challenges to the correctional system, as they tap into limited resources and pose a threat to safety and security for fellow inmates and correctional staff alike ([DeHart, Smith, & Kaminski, 2009](#); [Fagan, Cox, Helfand, & Aufderheide, 2010](#); [Jeglic, Vanderhoff, & Donovan, 2005](#)). Official statistics state that 16% of state prisoners reported a suicide attempt in the past year ([Mumola, 2005](#)). Little research has focused specifically on NSSI in correctional settings ([DeHart et al., 2009](#)), but researchers have reported rates of NSSI during incarceration ranging from 11.3% of adult male offenders in a forensic mental health facility ([Franklin, 1988](#)) to 30% of clinically referred adolescents in the justice system ([Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz, & Spirito, 2003](#)). Approximately 50% of female prisoners report at least one episode in their lifetime ([Borrill et al., 2003](#); [Roe-Sepowitz, 2007](#)).

[Crim Justice Behav. 2011 Nov; 38\(11\): 1103–1114.](#)

## Neurocognitive impairment and suicide risk among prison inmates.

[Vadini F](#)<sup>1</sup>, [Calella G](#)<sup>2</sup>, [Pieri A](#)<sup>3</sup>, [Ricci E](#)<sup>4</sup>, [Fulcheri M](#)<sup>5</sup>, [Verrocchio MC](#)<sup>5</sup>, [De Risio A](#)<sup>6</sup>, [Sciacca A](#)<sup>3</sup>, [Santilli F](#)<sup>7</sup>, [Parruti G](#)

### Abstract

#### BACKGROUND:

Worldwide, prisoners are at high risk of suicide. Reducing the number of suicides in jails and prisons is an international priority. Several risk factors for suicide attempts, such as historical, prison-related, psychosocial and clinical factors, have been found in prisoners. We assessed whether demographic, conviction-related and neuro-behavioral variables might be associated with current suicide risk and lifetime suicide attempts in two large central Italy prisons.

#### METHODS:

On a preliminary sample of 254 detainees within an ongoing project, we assessed whether demographic, conviction-related, psychiatric, cognitive variables and illness comorbidity might be associated with current suicide risk and lifetime suicide attempts in two large central Italy prisons. Psychiatric disorders and suicide risk was evaluated using the Mini International Neuropsychiatric Interview. We also have identified the detainees with clear-cut previous suicide attempts. The cognitive function was assessed with a brief neuropsychological battery including trail making A, trail making B, Digit Span, and Symbol Digit test. Impulsivity was assessed with the Barratt Impulsiveness Scale. Cumulative illness was evaluated with Charlson Comorbidity Index.

#### RESULTS:

Impairment in global cognitive function was the strongest predictor of both high suicide risk and lifetime suicide attempts (both  $p < 0.001$ ), independently of psychiatric disorders, psychopharmacological treatment, detention status, conviction time, substance use disorder, impulsivity, and illness comorbidity. Limitation LIMITATION: Cross-sectional study design and relatively small sample size.

#### CONCLUSION:

Cognitive deficits may improve our understanding of the suicidal vulnerability and should be systematically included in the assessment of suicide risk, as potential predictors of suicidal acts and targets of preventive interventions.

[J Affect Disord. 2010 Jul; 124\(1-2\): 134–140.](#)

## **Nonsuicidal Self-Injurious Behavior, Endogenous Opioids and Monoamine Neurotransmitters**

[Barbara Stanley](#), PhD,<sup>1,2</sup> [Leo Sher](#), MD,<sup>1,2</sup> [Scott Wilson](#), PhD,<sup>1,2</sup> [Rolf Ekman](#), PhD,<sup>3</sup> [Yung-yu Huang](#), MS,<sup>1</sup> and [J. John Mann](#), MD<sup>1,2</sup>

### **INTRODUCTION**

Non-suicidal self-injury (NSSI), defined as self injurious behavior without the intent to die, is a puzzling and poorly understood phenomenon. NSSI usually begins in adolescence, and most commonly takes the form of cutting, burning, or self-hitting (Nock and Favazza, 2009). The behavior often becomes habitual, persists into adulthood ([Stanley et al., 1992](#); [Nada-Raja et al., 2004](#)) and is often treatment refractory ([Perry et al., 2009](#)). Individuals who exhibit NSSI are at increased risk for suicidal behavior ([Stanley and Brodsky, 2005](#); [Hawton and Harriss, 2006](#); [Hawton and Harriss 2007](#)) with many self-injurers having a history of multiple suicide attempts ([Nock et al., 2006](#)). Self-injurers often report a compulsive quality to their behavior, typically associated with a need to relieve tension, or alleviate emotional distress or pain ([Klonsky, 2007](#)). Some reports suggest disturbances in reward circuitry or pain regulation in individuals who self-injure ([Kemperman, 1997](#); [Schmahl et al., 2004](#)), while others have associated NSSI with emotion-focused and avoidance-focused coping styles ([Williams and Hasking, 2009](#)). NSSI occurs most often in individuals diagnosed with borderline personality disorder, a disorder characterized by self-destructive behavior, impulsivity and emotional lability ([APA, 1994](#)). However, several other disorders and syndromes have been associated with this behavior, including major depression ([Langbehn and Pfohl, 1993](#)), antisocial personality disorder ([Isometsa et al., 1996](#)), dissociative identity disorder ([Saxe et al., 2002](#)), posttraumatic stress disorder ([Herman, 1992](#)), eating disorders ([Paul et al., 2002](#)), autism ([Nagamitsu et al., 1997](#)), developmental disabilities ([Nagamitsu, 1993](#)) and Lesch-Nyhan syndrome ([Anderson and Ernst, 1994](#)).

While serotonergic and dopaminergic dysfunction have been associated with suicidal behavior ([van Heeringen, 2003](#); [Mann and Currier, 2007](#)), several converging lines of evidence suggest the endogenous opioid system may play a more prominent role in self injury where there is no suicidal intent. There is a well-established relationship between pain perception and endogenous opioids ([Urban and Gebhart, 1999](#); [Fields, 2004](#); [Przewlocki and Przewlocka 2001](#)).  $\beta$ -endorphin and met-enkephalin, which are primarily mu- and delta- receptor agonists respectively, play a role in antinociception broadly, and are involved in a phenomenon known as stress-induced analgesia ([Rubinstein et al., 1996](#); [Yamada and Nabeshima 1995](#)).



## Protocollo per la Prevenzione per il Rischio autolesivo e suicidario dei detenuti e degli internati sottoposti a provvedimento penale Nella Casa Circondariale di Velletri

Il programma operativo è suddiviso in 3 fasi

### 1 FASE:

**Screening dei soggetti privati della libertà, entrati nella struttura penitenziaria**

Il primo contatto riguarda la rivelazione dei dati dei nuovi giunti da parte dell'Ufficio Matricola dalla quale potrebbero già emergere degli **alert**; nel secondo contatto il medico di guardia fornisce, durante la visita, una prima valutazione del rischio, compilando l'apposita scheda

### 2 FASE:

**Intervento a favore dei soggetti ritenuti a basso/medio/alto rischio autolesivo e/o suicidario**

Nel caso di rivelazione di fattori anamnestici per rischio autolesivo e/o suicidario, il medico provvederà a compilare la scheda apposita per l'Approfondimento diagnostico sul rischio che prevede l'attivazione di 2 percorsi

Il primo prevede l'attivazione di approfondimento clinico urgente da parte dello psichiatra e/o dello psicologo con eventuale allocazione in un particolare regime di sorveglianza:

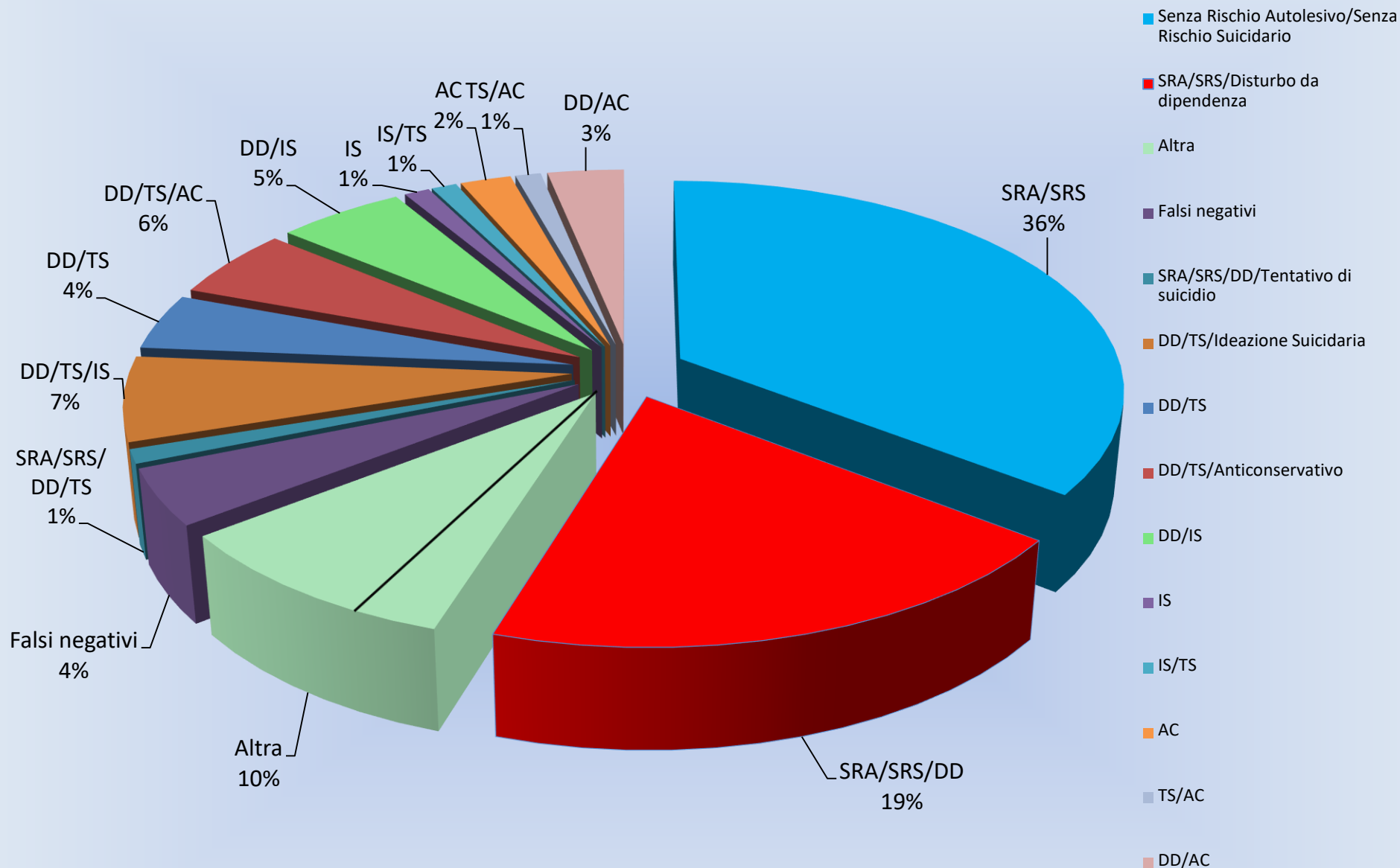
Il secondo può prevedere un ricovero obbligatorio qualora le condizioni psichiche fossero di particolare gravità

### 3 FASE

**Rivalutazione e Monitoraggio sui soggetti a basso/medio rischio autolesivo e/o suicidario e in caso di cambiamento delle circostanze e/o delle condizioni della detenzione**

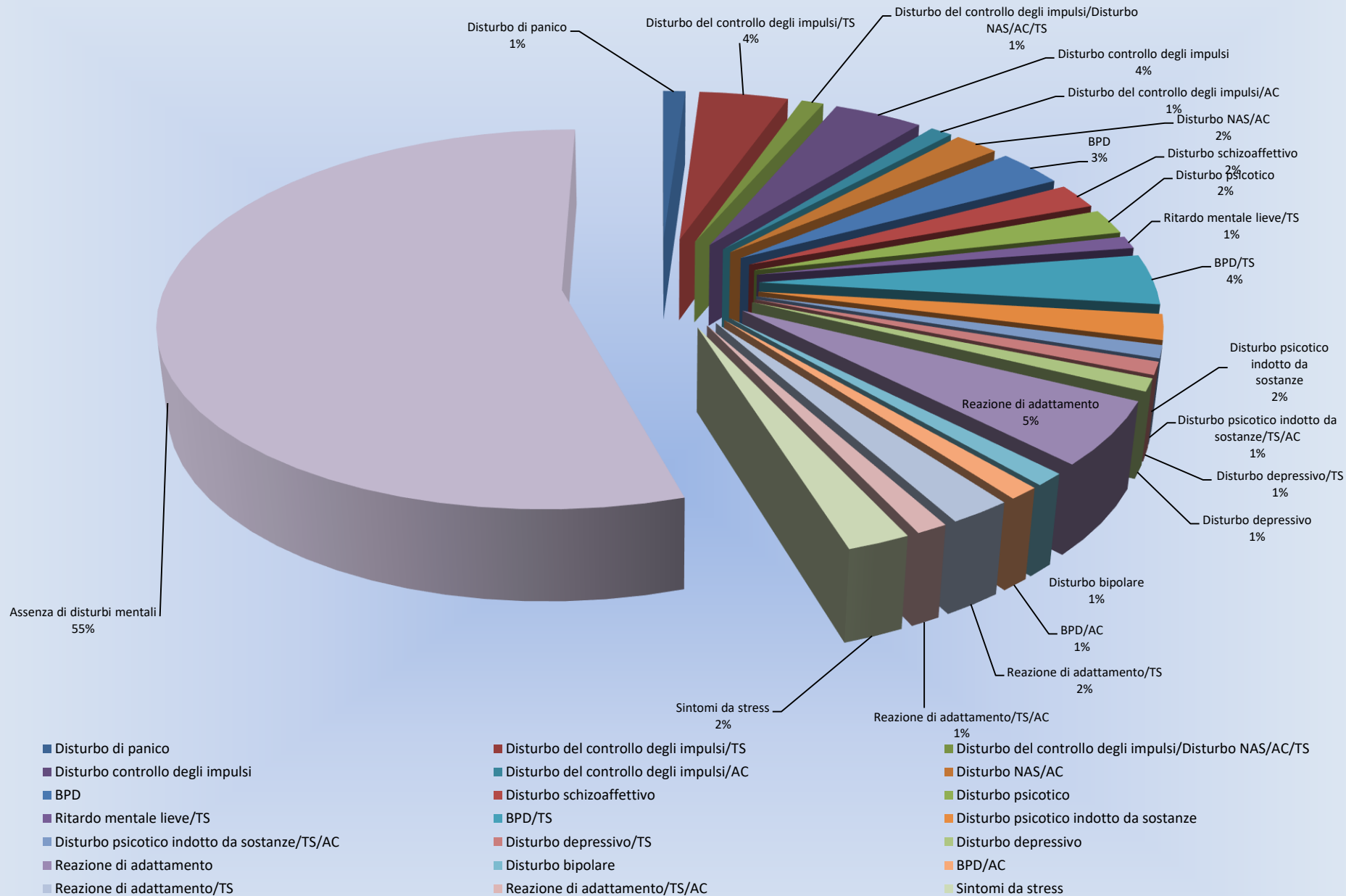


## Prevalenza del rischio autolesivo e del rischio suicidario





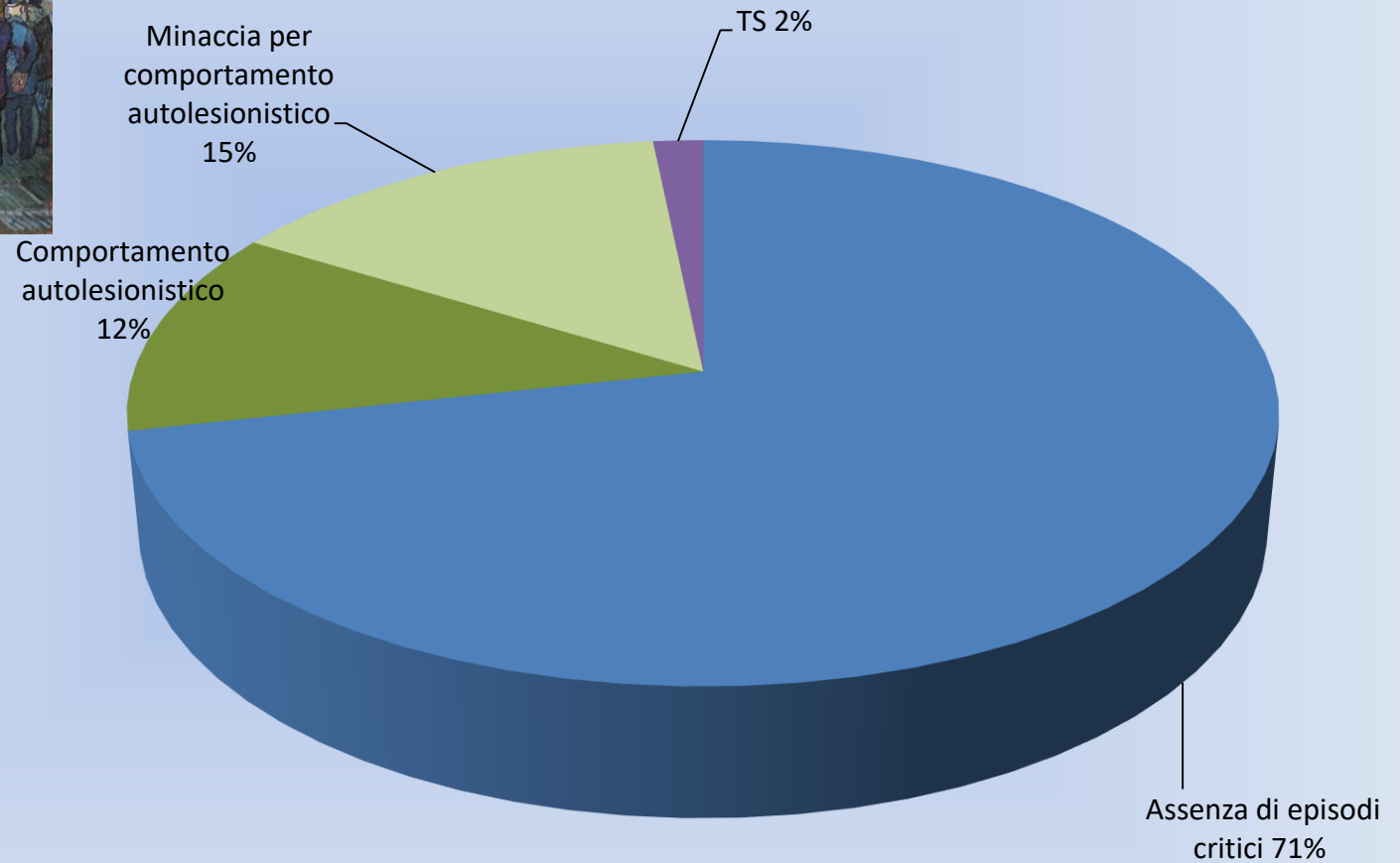
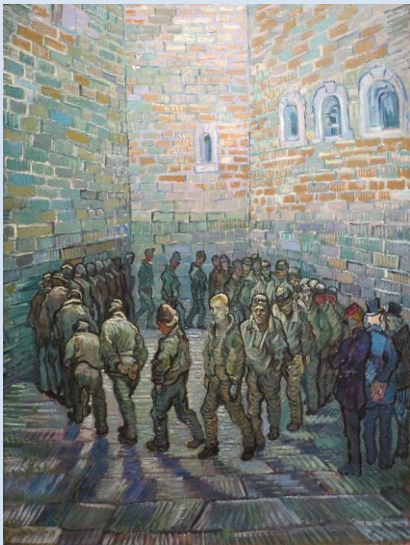
## Prevalenza di disturbi mentali



**UOSD Medicina Penitenziaria**  
**Dr.ssa E. Falconi**

**Elaborazione dati:**  
**Dr.ssa F. Caccamo**  
**DSM CSM H5 ASL RM6**

## Prevalenza di episodi critici



## ... Take home a message



Health Justice. 2018 Dec; 6: 13.



Springer Open

Health and Justice

Self-harm and suicidal behaviour among incarcerated adults in the Australian Capital Territory  
[Amanda Butler](#), [Jesse T. Young](#), [Stuart A. Kinner](#), and [Rohan Borschmann](#)

L'autolesionismo è un fenomeno sottostimato nell'ambiente carcerario (Borschmann et. Al 2017).

La maggior parte delle persone affette da **autolesionismo** non cercano aiuto (Rowe et al., 2014), il momento dell'ingresso è un'occasione unica per identificare la storia dell'autolesionismo e avviare un appropriato trattamento di salute mentale.

La rilevazione dell'autolesionismo può essere altamente stigmatizzante (Mackay e Barrowclough 2005) e può comportare un maggior monitoraggio correttivo e interventi restrittivi (Jastice Health 2015).



## ... Take home a message

### Self-harm and suicidal behaviour among incarcerated adults in the Australian Capital Territory

[Amanda Butler](#), [Jesse T. Young](#), [Stuart A. Kinner](#), [Rohan Borschmann](#)

Al momento dell'ingresso in carcere, le persone con una storia di **autolesionismo** dovrebbero essere considerate a rischio elevato di suicidio, con particolare attenzione a coloro che hanno una storia di autolesionismo ripetuto (Hawton et al., 2014).

In carcere, l'**autolesionismo** aumenta la probabilità di suicidio di 6-11 volte rispetto alle persone senza una storia di autolesionismo (Fazel et al., 2008).

Uno studio di meta-analisi di quasi 5000 morti suicidi in carcere (soprattutto negli Stati Uniti) ha rilevato che il rischio di suicidio era 15 volte più alto tra coloro che avevano avuto esperienze suicide recenti e circa il **50% delle persone morte per suicidio in carcere aveva una storia di autolesionismo** (Fazel et al., 2008).

Ideazione suicidaria, tentativi di suicidio, storia di **autolesionismo** e disturbi mentali sono predittori di futuri suicidi e, come tali, **sono obiettivi per la prevenzione e il trattamento** (Borschmann et al., 2016; Fazel et al., 2008; Skegg 2005).



# Prevenire o Predire ?

E' complesso prevedere un comportamento autolesivo

Non esistono fattori specifici di rischio per comportamento autolesivo

Per valutare il rischio autolesivo dobbiamo considerare il **profilo di Personalità** includendo:

-Tratti di personalità associati agli aspetti dimensionali concorrenti ad aumentare il rischio autolesionistico:

- Affettività negativa, antagonismo, distacco sociale (Prof. Anthony Bateman; Convegno internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica; 2018)

- Il monitoraggio dei sintomi: Depressione e instabilità affettiva, perdite interpersonali, abuso di sostanze, dissociazione

E' necessario conoscere il **profilo giuridico** (esecuzione di ordinanza di custodia cautelare, di condanna definitiva, revoca misure alternative ....)

Titolo del reato

Prima esperienza detentiva

Eventuali altre particolari segnalazioni



## ... Take home a message

**I disturbi mentali** sono fortemente rappresentati tra i detenuti e sono forti **predittori** sia del suicidio che **dell'autolesionismo** (Borschmann et al., 2016, Fazel and Seewald 2012, Prins 2014, Skegg 2005).

**Trattare a lungo termine**, in maniera appropriata il disturbo mentale **aumenta la possibilità di prevenire il rischio per comportamento autolesionistico** (Prof. Anthony Bateman; Convegno internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica; 2018).



*È come avere un gran fuoco nella propria anima e nessuno viene mai a scaldarvisi, e i passanti non scorgono che un po' di fumo, in alto, fuori del camino e poi se ne vanno per la loro strada.*

*-- Vincent Van Gogh*

