

Il BEST-Index: un'assessment delle “abilità di vita” per la scelta e il monitoraggio della terapia nella gestione della salute mentale.

[The BEST-Index: A `life skills` assessment for selecting and monitoring therapy in mental health care]

Thomas Ross¹, Val Reed², Phil Woods³, Friedemann Pfäfflin¹

¹ Forensische Psychotherapie; Universitätsklinikum Ulm, Deutschland

² Faculty of Health and Wellbeing, Sheffield Hallam University, UK

³ School of Nursing & Midwifery, University of Hertfordshire, UK

[Tradotto da Omar Gelo]

Abstract: L'assessment comportamentale del funzionamento dei pazienti in aree quali la comunicazione o le attività lavorative o di svago è una pratica di importanza centrale nell'assistenza ai pazienti psichiatrici in ambito clinico e forense e dal suo esito dipende la previsione di futuri comportamenti (violent). Difficoltà incontrate all'interno di queste aree implicano spesso problemi significativi legati al trattamento dei pazienti psichiatrici in ambito clinico e psichiatrico. Chiaramente, si avverte la mancanza di misure comportamentali valide e attendibili, ma un'assessment obiettivo è generalmente difficile in assenza di uno schema validato che lo sostenga. Il BEST-Index offre un tale schema per l'assessment di base e il monitoraggio longitudinale come base per il trattamento, un ulteriore assessment specializzato, o la valutazione dell'esito durante e dopo gli interventi. Questo articolo introduce lo sfondo teorico del BEST-Index e ne descrive la funzione e gli obiettivi. **Parole chiave:** Psichiatria forense, assessment, prognosi, pericolosità.

Summary: Assessing patient functioning in areas of behaviour such as communication and social skills or work and leisure activities is a core field of practice within psychiatric and forensic psychiatric nursing and its outcome is linked to future (violent) behaviour. Difficulties within these areas often entail significant problems related to the treatment of psychiatric and forensic psychiatric patients. Clearly, there is a lack of valid and reliable behavioural measures, but objective assessment is generally difficult without a validated assessment schema. The Behavioural Status Index (BEST-Index) offers such a system of baseline assessment and longitudinal monitoring as a basis for treatment, further specialised assessment, or measurement of outcome during and after interventions. This paper introduces the theoretical background and describes the function and purpose of the BEST-Index. **Keywords:** Forensic psychiatry, assessment, prognosis, dangerousness.]

Introduzione

Negli ultimi anni è diventato evidente come persone con problemi mentali siano soggette ad un accresciuto rischio di commettere crimini di violenza. La ricerca mostra un'accresciuta prevalenza di violenza agita in persone cui sia stato diagnosticato un disturbo mentale maggiore, con abuso di sostanze, in particolare combinato con un disturbo di personalità, che pone i pazienti dimessi a rischio di commettere violenza nei confronti di terzi (Appelbaum, Robbins, Monahan, 2000; Brennan, Mednick, Hodgins, 2000; Hodgins, Janson, 2002; Monahan, 2000; 2001; 2002; Wallace *et al*, 1998).

Rispetto al legame tra malattia mentale e crimine, la capacità dei clinici di predire comportamenti (violenti) non è soddisfacente (**Otto, 1992; Lidz, Mulvey, Gardner, 1993, Litwack, Schlesinger, 1999; Monahan, 2000**). Una delle principali difficoltà nell'assistenza a pazienti psichiatrico-forensi è la carenza di strumenti adeguati attraverso cui condurre un assessment terapeutico valido e affidabile che abbia solide basi comportamentali e che quindi consenta un utilizzo adeguato all'interno di svariati contesti psichiatrici. Benché esistano diversi strumenti rivolti a pazienti ricoverati, pochi sono quelli validati e spesso possiedono una limitata generalizzabilità. Pertanto i clinici spesso devono affrontare problemi legati alla ricerca di uno strumento affidabile e valido generalizzabile al di fuori della struttura residenziale in cui è stato sviluppato (**Monahan, Steadman, 1994**). Nella loro indagine su violenza e disturbi mentali per l'“assessment della pericolosità”, Monahan e Steadman (1994) indicano che quest'ultimo deve essere sistematico e basato sulla popolazione cui viene somministrato il questionario (**Monahan, Steadman, 2001**). E' necessario scomporre i fattori di rischio identificati in fattori maggiormente maneggiabili, successivamente registrati attraverso la pianificazione di trattamenti efficaci, mentre gli esiti vanno valutati attraverso il livello di guarigione.

La realtà clinica comunque è differente. Molte scale hanno il problema di essere state disegnate specificamente per l'utilizzo con pazienti psichiatrici degenti e senza alcun riferimento a gruppi sociali normativi. Alcune scale hanno un carattere meramente diagnostico, esaminando il comportamento unicamente in relazione alla presenza o assenza di sintomi. Altre sono scale di autovalutazione da parte del paziente, che lasciano troppo spazio alla manipolazione da parte del paziente. Sfortunatamente, passate condizioni di normalità sono date per scontate o trascurate da un punto di vista psicométrico. Al di fuori dell'ambito della psicologia dello sviluppo queste sono state scarsamente studiate o descritte (e.g., **Lerner, Easterbrooks, Mistry, 2003**). Raramente essi costituiscono il focus dell'assessment psichiatrico e di solito gli strumenti non iniziano con la ricerca di risposte ritenute normali.

Specificamente nel contesto della psichiatria forense e del trattamento di questi pazienti, c'è la necessità di uno strumento che offre la possibilità di esaminare la relazione tra criteri di “rischio sociale” e criteri relativi ad aspetti più generali del funzionamento sociale. Uno strumento del genere faciliterebbe di gran lunga la valutazione dei criminali e la compilazione sistematica di database attuariali che siano rilevanti da un punto di vista

clinico e pratico. Da un punto di vista clinico, è importante sapere quali siano i modi migliori per preparare un paziente forense alla scarcerazione per ridurre al minimo i rischi di una nuova condotta violenta e su quali aspetti il terapeuta dovrebbe concentrarsi maggiormente. E' essenziale mantenere una continuità di trattamento durante e dopo la dimissione, quando il paziente è tornato a casa o è stato collocato in altre forme residenziali (**Reed, Woods, 2000**).

Tali problemi non si riferiscono solamente all'ambito forense. In termini più generali, la previsione del comportamento dovrebbe essere affrontata sia dal punto di vista comportamentale che osservazionale. L'osservazione comportamentale è necessaria per identificare gli elementi che svolgono un ruolo centrale nel successo o nell'insuccesso del funzionamento sociale in gruppi sociali normativi e per operazionalizzare la descrizione di tali comportamenti. Le terapie possono giovare di un assessment comportamentale scientifico, se questa conoscenza aggiuntiva è trasferita in strutture che facilitano il processo di apprendimento del paziente circa quali aspetti del proprio modo di pensare e comportamento sono adatti ad aiutare od ostacolare il suo adattamento di successo al vivere secondo normative sociali (**Pollock, Webster, 1990**). In psichiatria forense i due metodi principali, vale a dire il metodo clinico e attuariale, devono essere combinati più efficacemente, utilizzando metodi che impiegano gli elementi di entrambe le strategie principali di assessment (**Quinsey, Macguire, 1986; Webster, Hucker, Bloom, 2002**).

Il metodo presentato in questo articolo utilizza una combinazione di metodi clinici e attuariali. L'utilizzo esclusivo di un metodo attuariale, basato esclusivamente su variabili statistiche, può avere alcune implicazioni per la pianificazione del trattamento con pazienti psichiatrici, dal momento che tali approcci non riguardano essenzialmente gli individui, bensì le popolazioni. Nel caso di pazienti psichiatrici forensi, c'è il rischio per l'individuo pericoloso che la sua *pericolosità percepita* risulti basata esclusivamente sui comportamenti aggressivi pregressi, trascurando aspetti di comportamento pro-sociali che viceversa potrebbero essere considerati come risorsa per il processo terapeutico. Viceversa, lo strumento di ricerca presentato in questo articolo si basa sulla psicologia dello sviluppo e sulla teoria delle abilità sociali, utilizzando il monitoraggio istituzionale del comportamento, focalizzandosi sull'individuo e permettendo pertanto un'appropriata modifica di componenti del comportamento altrimenti considerate statiche (**Woods, Reed, 1998**).

Il BEST-Index

Per andare in contro alla necessità di uno strumento fondato da un punto di vista normativo e capace di monitorare i cambiamenti individuali in risposta a specifiche terapie, la natura di questo strumento è critica, il BEST-Index si propone di riflettere cambiamenti comportamentali e attitudinali in risposta a un'ampia gamma di terapie, e ciò in presenza di rilevanza e attendibilità clinica. Un tale approccio all'assessment è fondamentalmente diverso dai soliti approcci clinici e sperimentali. Il presupposto è quello di esaminare una gamma di comportamenti 'normali' e vedere fino a che punto ciascun paziente 'devia' dal riferimento normativo, nello specifico comportamenti sociali, insight e abilità personali (**Woods, Reed, 1999a, 1999b; Reed, Woods, 2000; Woods, Reed, Collins, 2001**).

Il BEST-Index è uno strumento fondato sul comportamento con lo scopo centrale di accertare il rischio e i suoi correlati comportamenti quotidiani. La *spiegazione* del comportamento individuale è altamente rilevante in relazione alla sua pericolosità ed è logico che le possibilità di trattamento dovrebbero essere esaminate attraverso un assessment clinico sistematico appropriato alla popolazione dei pazienti (**Pollock, Webster, 1990; Borum, 1996**). Nel caso professionisti della salute mentale siano intenzionati a raggiungere misure di baseline realistiche, pianificare programmi di trattamento effettivi e valutare outcome e guarigione, tali definizioni globali come quelle appena viste devono essere analizzate nelle loro componenti specifiche (**Monahan, Steadman, 1994**). Gli obiettivi del trattamento forense chiaramente sono rispettati da quelli clinici previsti dal BEST-Index all'interno del più ampio contesto della psichiatria contemporanea.

Lo strumento ha preso origine da precedenti ricerche condotte da Magoub e Reed negli anni '80 (**Mahgoub, 1988**). Lo strumento originale, precedentemente conosciuto come 'Behavioral Recovery Index', era stato sviluppato per valutare l'impatto terapeutico durante terapie di collegamento quando i pazienti si trasferivano dall'ospedale all'assistenza psichiatrica comunitaria. Questo strumento considerava quattro aree di comportamento: insight, comunicazione e abilità sociali, capacità di prendersi cura di sé e della famiglia, e attività lavorative e ricreative. La versione del BEST-Index presentata in questo articolo è una versione sostanzialmente rivisitata ed ampliata e comprende la combinazione di sei sottoscale collegate tra loro. Esse riguardano rispettivamente 1. rischio (per inclusione in ambito forense), 2. insight, 3. abilità comunicative e sociali, 4. attività lavorative e

ricreative, 5. capacità di prendersi cura di sè e della famiglia, 5. empatia (vedi anche **Robinson, Reed, Lange, 1996**) (vd. Tab. 1). Conformemente a questo modello, queste divengono poi le principali aree per la pianificazione del trattamento. Sottostante tale combinazione è la concezione che tali variabili siano essenzialmente correlate e in un certo senso predittive l'una dell'altra (**Frey, Hirschstein, Guzzo, 2000**).

Tabella 1: BEST-Index e sue sottoscale

Sottoscala:	numero Items:
Pericolosità sociale	20
Insight	20
Comunicazione/abilità sociali	30
Attività lavorative e ricreative	20
Capacità di prendersi cura di sè e della famiglia	30
Empatia	30
	150 items

Descrizione delle sottoscale BEST-Index

Pericolosità sociale. Come nel caso di comportamenti ‘normali’, sembra esserci carenza se non totale assenza di scale atte a valutare empiricamente i comportamenti pericolosi che potrebbero costituire la base per la pianificazione del trattamento individuale (**Monahan, 1988**). La sottoscala “pericolosità sociale” del BEST-Index è stata sviluppata per andare incontro a questa necessità. Essa non riguarda le cause di specifici comportamenti ‘a rischio’ o pericolosi, bensì l’identificazione *predittiva* dei comportamenti e la loro collocazione in una scala che evidenzi sistematicamente lo stato di salute per una valutazione della baseline e una rivalutazione. La scala consiste di 20 items che misurano costrutti associati in letteratura con la pericolosità, come ad esempio il sostegno familiare, varie forme di violenza fisica e verbale, con o senza eventi scatenanti, contro sè, altri o proprietà, violazioni della sicurezza, comportamenti disturbanti, comportamenti sessuali inappropriati, comportamento ossessivo riguardante il reato, abuso di sostanze, e storia di disturbi psichiatrici (per una descrizione dettagliata degli items vedi **Woods, Reed, Robinson, 1999; Woods, Reed, Collins, 2001a**).

Insight. Questa sottoscalata consiste di 20 items che esaminano la struttura cognitiva dell'individuo. Viene adottata una prospettiva eclettica, derivata da teorie cognitivo-comportamentali, psicodinamiche e fenomenologiche (Esterson, 1970; Misiak, Sexton, 1974; Meichenbaum, 1978; Malan, 1979; Wolpe, 1990; O'Donohue, Henderson, 2001; Izard, 2002). Riguarda costrutti quali la capacità di identificare stati di tensione personale, la presenza o assenza di strategie di coping, auto-valutazione, capacità di dare priorità a problemi, pianificazione degli obiettivi, realismo delle aspettative, compliance alla terapia, identificazione di eventi precedenti la presa in carico, senso di responsabilità personale, e la capacità di identificare eventi che evocano sentimenti di sicurezza o insicurezza (Woods, Reed, Robinson, 1999; Woods, Reed, Collins, 2001b).

Comunicazione e abilità sociali. La sottoscalata consiste di 30 items prevalentemente relativi alle 'abilità sociali' che si concentrano sui comportamenti sociali adattivi e si basano in parte sugli esempi offerti dal lavoro di Weitz (1974); Trower, Bryant, Argyle (1978) e Argyle (1988). Le sue componenti includono la capacità umana di comunicare in diversi modi, sia verbale che non, così come consuete espressioni facciali (espressioni facciali, contatto visivo), diversi aspetti di prossemica (orientamento corporeo verso gli altri, postura, gesti espressivi, distanza sociale), aspetti paralinguistici (tono della voce e sua modulazione, ritmo della conversazione, iniziativa alla conversazione, ampiezza del discorso, fluenza verbale), aspetti interattivi della conversazione (turnazione, capacità d'ascolto, reazione a domande, argomenti del discorso, conversazione egocentrica, franchezza, opinioni espresse), conflitti potenziali (disaccordo, argomentazioni, fare richieste, assertività), presentazione di sè (presentazione di sè, attività sociali), e abilità sociali (controllo emozionale, relazioni con altri, facilità di comunicazione, socievolezza e sostegno, delega ad altri) (Woods, Reed, Collins, 2001c).

Attività lavorative e ricreative. La sottoscalata è composta da 20 items. Qui non si fa necessariamente riferimento al lavoro retribuito, ma la sezione fa riferimento a quelle attività di carattere costruttivo con le quali si identifica un'ampia gamma di individui. Queste sono descritte prevalentemente in relazione alle teorie delle 'abilità sociali' o cognitivo-comportamentali. Gli items sono presenza, rispetto degli orari, assenza per malattia, adattabilità, concentrazione, lavoro di gruppo, interesse, qualità del lavoro, iniziativa, reazione agli interventi, attività nel tempo libero, svaghi e relax, pianificazione

delle attività di svago, appropriatezza della pianificazione, partecipazione ad attività di svago, hobby e interessi, interesse alle attività del tempo libero, motivazione a condividere quest'ultime, rapporti con l'altro sesso, partner sessuali potenziali (**Reed, Woods, 2000**).

Capacità di prendersi cura di sè e della famiglia. La sottoscala è composta da 30 items che riguardano aree di attività diurne e socialmente importanti quali l'igiene personale, cucinare e altri aspetti del prendersi cura di sè, l'attenzione verso altri membri della famiglia o del gruppo e relazioni all'interno della famiglia e/o del gruppo (**Leff, 1982; Connelly, Dilonardo, 1993; Reed, Woods, 2000; Evert et al., 2003**).

Empatia. La sottoscala consiste di 30 item ed è stata disegnata per valutare la capacità dei pazienti di empatizzare con altri, in particolare con le vittime. Lo sviluppo di capacità empatiche è generalmente considerato di notevole rilevanza per il trattamento di pazienti forensi ed è pertanto diventato un elemento essenziale dei programmi di trattamento cognitivo-comportamentale e psicodinamico rivolti alla popolazione di criminali. La scala è stata sviluppata utilizzando tecniche di mapping concettuale (**Trochim 1989a, 1989b; Johnsen, Biegel, Shafran, 2000**) con un campione rappresentativo di professionisti operanti nel campo della salute mentale in ambito forense. La scala misura caratteristiche dell'empatia come ad esempio immaginarsi nella vita o nel mondo di qualcun altro, comprendere i sentimenti di un'altra persona distinta da sè stessi, sensibilità verso gli altri, esprimere comprensione per i sentimenti e le necessità altrui, provare gioia per gli altri, permettere agli altri di esprimersi, interesse del 'dare-e-avere' sociale, gestione dei conflitti, partecipazione alla conversazione, dominare l'interesse verso se stessi.

Ogni componente comportamentale è analizzata lungo una scala che rappresenta in modo graduale le diverse abilità. Ciò si è dimostrato estremamente valido, fornendo in un notevole impulso al modello normativo di assessment utilizzato (**Reed, Woods, 2000**). In questo modo, descrittori ordinali di alcuni comuni comportamenti umani e abilità sono utilizzati per aiutare gli individui ad aver successo con gli altri nell'ambiente sociale. Oltre a una descrizione del 'miglior' e del 'peggior caso', il BEST-Index include le affermazioni descrittive che coprono i tre livelli intermedi di funzionamento. Ogni item di ciascuna scala è dunque suddiviso lungo una scala a cinque punti, ciascuno dei quali rappresenta uno specifico livello funzionale. Nella tabella 1, il metodo applicato alle sei scale che

compongono il BEST-Index (per un totale di 150 items) è esemplificato in relazione all'item 17 della scala *comunicazione e abilità sociali* (Reed, Woods, 2000).

Tabella 2: Scala Comunicazione e abilità sociali

Item 17: Conversazione egocentrica: definizione e illustrazione della valutazione scalare.

Definizione: Il paziente è in grado di condurre una sostanziale parte della propria conversazione senza auto-riferimento; introduce elementi personali quando questi vengono richiesti o quando sono direttamente rilevanti alla discussione. (NB: Le informazioni necessarie per l'attribuzione di punteggio in questo item provengono sia dall'intervista psichiatrica che da altre persone coinvolte – il paziente, familiari, infermieri o altri caretakers).

Nota: *Nella maggior parte dei casi* significa per almeno venticinque minuti sui trenta che costituiscono la mezz'ora di interazione sociale. *Occasionalmente* indica almeno cinque minuti sui trenta che costituiscono la mezz'ora di interazione sociale. *La maggior parte delle volte* indica che tale abilità è mantenuta per la maggior parte della mezz'ora.

Punteggio 1 (caso peggiore)	Punteggio 2	Punteggio 3	Punteggio 4	Punteggio 5 (caso migliore)
Parla sempre di sé stesso	Parla di sé stesso per la maggior parte del tempo	Parla di sé stesso occasionalmente	Limit il parlare opportunamente di sé la maggior parte delle volte	Parla di sé stesso solo nei momenti appropriati

Precedenti studi con il BEST-Index

Nell'ambito della psichiatria forense una versione modificata del BEST-Index (allora denominato Behavioural Status Index) (Robinson, Reed, Lange, 1996; Woods, Reed, 1998; Reed, Woods, Robinson, 1999; Woods, Reed 1999a, b) è stata utilizzata nell'anno 1995 con un ampio campione (N=503; Woods, 2000) e con l'aggiunta di 20 item a costituire la scala 'pericolosità sociale'. Per gli obiettivi dello studio, il rischio sociale e la 'pericolosità' erano definite come 'una propensione (da parte del paziente) a causare gravi danni fisici e duraturi problemi psicologici ad altri' (DHSS, 1975).

Validità e Attendibilità

Lo strumento comportamentale è stato studiato principalmente nel Regno Unito, dimostrando una buona validità di costrutto, indicando un'inaspettata validità predittiva e un'eccellente attendibilità test-retest e una solida struttura.

Validità

La validità esterna e di contenuto del BEST-Index sono state analizzate attraverso uno studio della letteratura, con l'ausilio di consulenze cliniche, sottponendo la versione preliminare a clinici ed espertie attraverso l'analisi degli items. I commenti pertinenti sono stati presi in considerazione e le successive versioni hanno incluso le modifiche appropriate.

La validità predittiva dei punteggi globali del BEST-Index è stata preliminarmente indagata in relazione al comportamento violento da Hollin and Holmes at Rampton Hospital (**Hollin, Holmes, 1999**). Un campione di 117 pazienti che avevano dato prova di comportamento violento nel periodo 1996-1997 sono stati confrontati con un campione di controllo di 117 pazienti che non avevano dato prova di alcun comportamento violento (N totale=234). Omettendo la fascia mediana (punteggi 221-260 con il BEST-Index), i soggetti con punteggi nelle due fasce inferiori (punteggi ≤ 220 , che nel BEST-Index evidenziano una tendenza verso il 'caso peggiore') sono apparsi significativamente più frequenti nel gruppo di soggetti violenti ($\chi^2 = 9.59$, df 1, $p < .01$). Al contrario, i punteggi nelle due fasce più alte (punteggi ≥ 261 nel BEST-Index) erano significativamente più frequenti nel gruppo dei soggetti non violenti ($\chi^2 = 9.76$, df 1, $p < .01$). Questi risultati sono estremamente interessanti poiché suggeriscono una certa sensibilità nella predizione di comportamenti violenti attraverso il BEST-Index e sono esaminati adesso in un contesto cross culturale (vedi sotto).

Attendibilità

L'attendibilità test-retest si è rivelata soddisfacente in un sottocampione di $n=100$. Per misure ripetute prese a intervalli di due settimane ciascuno, i risultati scalari sono stati i seguenti: scala pericolosità $r_s = .89$; scala insight $r_s = .84$; e scala comunicazione e abilità sociali $r_s = .88$. Nel caso di item individuali, i risultati mostrano nuovamente livelli accettabili di attendibilità test-retest per tutti i settanta item, con un valore di $r_s = .77$ (**Woods, Reed, 1999b; Woods; Reed, Robinson, 1999; Woods, 2000**).

L'attendibilità inter-giudici è stata studiata con un sottocampione di n=37 per le scale pericolosità e insight e n=35 per le scale comunicazione e abilità sociali. Sebbene meno consistente dei valori test-retest, questi risultati indicano la possibilità di raggiungere punteggi inter-giudici con un valore che va da +0.993 fino all'unità quando la valutazione è accompagnata da un alto livello di motivazione, da un buon *rappporto* inter-giudici e da efficaci strategie educative (**Woods, Reed, 1999b; Woods, 2000**).

La consistenza interna è alta per tutte le scale: scala pericolosità $\alpha = .90$; scala insight $\alpha = .97$; scala abilità sociali $\alpha = .95$ (**Woods, Reed, 1999b; Woods, 2000**).

Analisi degli item

All'interno di un ampio campione clinico (**N=503**), tutti gli item correlano significativamente con i punteggi totali della loro rispettiva scala (**Woods, 2000**). Ciò indica che ciascun item contribuisce positivamente al punteggio specifico della propria scala. La scala pericolosità mostra diciannove item con una correlazione molto significativa ($p \leq .001$, a due code) e i restanti item correlano ad un livello di significatività di $p < .01$, a due code. La scala insight mostra una correlazione molto significativa ($p \leq .001$, a due code). Infine, per quanto riguarda gli item della scala comunicazione e abilità sociali, tutti e trenta correlano in modo estremamente significativo ($p \leq .001$, a due code). Studi relativi alla validità, attendibilità e percentuale di errore saranno proseguiti non appena si saranno accumulati dati durante studi di coorte.

Sviluppi attuali

Il BEST-Index è attualmente studiato nell'ambito di un progetto su larga scala tematica che coinvolge studi paralleli e complementari in tre paesi dell'EU e in uno associato¹ (Germania, Olanda, Regno Unito e Norvegia). Questo studio della durata di tre anni utilizza un disegno longitudinale con tre misurazioni e si propone di introdurre e sviluppare un approccio unificato all'assessment del rischio sociale e dei comportamenti annessi in gruppi di criminali psichiatrico-forensi all'interno dell'EU. La ricerca coinvolge studi di

¹ Il „Developing Community Skills in Offender Groups“ (acronimo: COMSKILLS), programma di collaborazione tematica finanziato dall'EU, è portato avanti da un gruppo di lavoro internazionale coordinato da Friedemann Pfäfflin, Germania. I suoi membri sono (in ordine alfabetico) Ian Brown, Mick Collins, Anne Dean, Alyson Kettles, Val Reed, Phil Woods, Helen Walker (Regno Unito); Roger Almvik, Dag Østby (Norvegia); Tom van Erven, Paul Ter Horst (The Netherlands); Uwe Dönisch-Seidel, Thomas Ross (Germania).

coorte paralleli di criminali all'interno dell'assistenza psichiatrica forense in ciascun paese (minimo N=210), utilizzando il BEST-Index e strumenti per la validazione concorrente: HCR-20², **Webster et al, 1997**; il PCL-R³, **Hare, 1991**; l'SCL-90-R⁴, **Derogatis, 1992** e il BDHI-D⁵, **Lange, Deghani, Beurs, 1995**. Tale progetto mira a collocarsi all'interno di un contesto multi-nazionale, in modo da consentire di tracciare un profilo multi culturale dei criminali e un concomitante monitoraggio delle loro risposte alla terapia riabilitativa. E' attualmente disponibile una versione in diverse lingue che ne consente l'uso nei quattro paesi sopra citati⁶ e che faciliterà la preparazione di profili individuali dei criminali che li accompagnerà nel prosieguo del loro trattamento. Elementi importanti dello studio sono il miglioramento della valutazione dei care-giver, la pianificazione correlata e attuazione del

² L'HCR-20 è uno strumento per l'assessment ad ampio spettro del rischio di violenza applicabile in diversi setting. Lo schema concettuale del HCR-20 allinea i *marker* di rischio nel (in relazione a) passato, presente e futuro. I suoi dieci fattori storici (biografici) riguardano ovviamente il passato. Comunque, l'HRC-20 contiene anche cinque item clinici che intendono correlati di violenza attuali e dinamici (mutevoli). Il futuro è indagato/riconosciuto in cinque item relativi alla gestione del rischio, che focalizzano la propria attenzione su fattori post-assessment di natura situazionale che potrebbero aggravare o attenuare il rischio. L'HCR-20 prende il nome da queste tre scale (gestione storica – Historical, clinica – Clinal, e del rischio – Risk, e dal numero di item (20).

³ La psicopatia è un disturbo di personalità caratterizzato da deficit di empatia e persistenti, frequenti e svariati comportamenti antisociali che esordiscono a una giovane età e possono essere attendibilmente valutati utilizzando la Psychopathy Checklist PCL-R (Hare, 1991), disegnata per una popolazione forense maschile. La PCL-R consiste in un'intervista strutturata e un insieme di valutazioni basati sull'intervista; sono inoltre presenti avvaloramenti/conferme basate sull'analisi storica del caso, file isituzionali, interviste con membri della famiglia e impiegati e su documentazioni criminali e psichiatriche. Il primo riguarda la volubilità, la mancanza di empatia e la menzogna patologica. Il secondo fattore riguarda il comportamento antisociale. La PCL-R ha una correlazione di approssimativamente +0.60 con la diagnosi di personalità antisociale del DSM-IV. Gli psicopatici hanno una carriera criminale dal precoce esordio (già in età preadolescenziale) che genera un'alta percentuale di offese (?) violente fino almeno alla metà dei quarant'anni. Questi sono anche tra quelli che più probabilmente hanno comportamenti violenti con altri carcerati, che diventano recidivi dopo la messa in libertà, e che costituiscono dei fallimenti di trattamento in programmi carcerari.

⁴ L' SCL-90-R è un questionario self-report costituito da 90 item sviluppato negli anni '70 e '80 da Leonard Derogatis che mira a individuare pattern di sintomi all'interno di comunità e tra soggetti medici e psichiatrici. Può essere utilizzato per seguire il progresso del paziente ma anche come variabile relativa l'esito nella ricerca clinica. Il sistema è stato ampiamente validato su una vasta gamma di condizioni cliniche. Rappresenta uno strumento utile nella ricerca sull'esito in quanto permette analisi statistiche (non parametriche) attraverso l'utilizzo di uno strumento ben validato.

⁵ Il Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) è uno degli strumenti di auto-valutazione più usati negli Stati Uniti per la misurazione dell'aggressione e della tendenza verso comportamenti aggressivi. I pazienti devono darsi un punteggio dicotomico relativamente a tre parametri: *aggressione manifesta* (punteggio massimo possibile 16), *aggressione latente* (punteggio massimo 19); e *desiderabilità sociale* (punteggio massimo 5). Un punteggio elevato sulla scala aggressività manifesta un alto livello di aggressività fisica o verbale, o l'esistenza di un elevato rischio verso tali comportamenti. Similmente, un punteggio elevato sulla scala aggressività latente potrebbe indicare un alto grado di aggressività repressa e la possibile presenza di psicopatologia concomitante, che di nuovo indicherebbe un elevato riaschio di comportamenti aggressivi o pericolosi. Gli item della scala desiderabilità sociale intendono misurare la tendenza a rispondere in accordo con norme socialmente desiderabili e a evitare risposte che non corrispondono con queste. Punteggi alti in questi item possono essere indicare la tendenza a nascondere o ridimensionare i punteggi relativi alla scala aggressione manifesta o latente.

⁶ Il BEST-Index (**Reed et al, 2002**) è stato recentemente tradotto in tedesco (Thomas Ross, Friedemann Pfäfflin, Uwe-Doenisch-Seidel), norvegese (Roger Almvik, Dag Østby) e una versione olandese è in uso dal 1997 (Tom van Erven).

trattamento, l'istruzione a distanza per coloro che utilizzano lo strumento, la costruzione di profili attuariali per ogni paese e la conduzione di studi qualitativi sullo sviluppo dei care-givers e processi di cambiamento clinico riguardanti l'analisi dell'assistenza nelle sue diverse forme. Si ritiene che da ciò risulterà una riabilitazione di colpevoli di reati di violenza e aggressione all'interno dell'EU più effettiva ed efficace. L'utilizzo del BEST-Index all'interno di studi longitudinali fornirà non solo profili individuali dei criminali, ma anche un database sostanziale da cui sarà possibile trarre inferenze relative ai fattori causanti e al trattamento ottimale per disabilità specifiche.

Gli **obiettivi evolutivi** di tale progetto sono (1) completare studi trans culturali utilizzando il BEST-Index assieme ad altri strumenti (HCR-20; PCL-R; SCL-90-R; BDHI-D); (2) lo sviluppo pilota di database attuariali trans culturali e di profili individuali dei criminali utilizzando i metodi sopra citati; (3) valutare l'utilità, l'accettabilità e la generalizzabilità delle caratteristiche di un tale programma innovativo all'interno di un network di collaborazione europea; (4) esaminare l'impatto del processo di cambiamento nei confronti dell'atteggiamento dello staff assistenziale verso l'assessment e il trattamento, e sul loro modo di lavorare con i pazienti; infine, (5) validare in lingue diverse un sistema di informazioni analitico che serva all'istruzione, alla validazione e alla stesura di profili per un eventuale uso all'interno dell'EU.

Gli **obiettivi clinici** riguardano la conduzione delle fasi iniziali, intermedie e finali dell'assessment utilizzando gli strumenti menzionati, eseguire un controllo dell'attendibilità inter giudici, raccogliere dati numerici ordinali e, nel caso dei terapeuti, condurre e documentare assessment qualitativi nelle loro fasi iniziali, intermedie e finali. Gli aspetti clinici sono completati dalla raccolta di archivi clinici relativi a ciascun paziente (cioè, variabili socio demografiche, storia familiare, reato, carriera psichiatrica, recidività, latenza di trattamento e terapie intraprese).

Le relazioni informali ottenute da 23 cliniche e unità associate sono incoraggianti, poichè indicano una accettazione del progetto di ricerca all'interno dell'ambiente clinico soddisfacente.

BIBLIOGRAFIA:

ALMIK R., ØSTBY D., REED V., WOODS P. (2002). *Behavioural Status Index. (BEST-Index).* Norsk versjon, Psychometric Press, Sheffield.

APPELBAUM P. S., ROBBINS P. C., MONAHAN J. (2000). *Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study*, American Journal of Psychiatry, 157 (4) 566-572.

ARGYLE, M. (1988). *Bodily Communication* (2nd ed). Methuen, London.

BRENNAN, P.A., MEDNIK, S.A., HODGINS, S. (2000). *Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort*. Archives of General Psychiatry, 57(5), 494-500.

BORUM, R. (1996). *Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines, and training*. American Psychologist, 51, 945-956.

CONELLY, C.E., DILONARDO, J.D. (1993). *Self-care issues with chronically ill psychotic patients*. Perspectives in Psychiatric Care, 29, 31-35.

DEROGATIS, L.R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring, procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Clinical Psychometric Research, Inc, Townson.

DHSS (1975). *Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders (The Butler Report)*. Cmnd. 6244. HMSO for the DHSS and Home Office, London.

ESTERSON, A. (1970). *The leaves of spring: A study of the dialectics of madness*. Tavistock, London.

EVERT, H., HARVEY, C., TRAUER, T., HERRMAN, H. (2003). *The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis*. Social Psychiatry, Psychiatric Epidemiology, 38, 180-188.

FREY, K.S., HIRSCHSTEIN, M.K., GUZZO, B.A. (2000). *Second step: Preventing aggression by promoting social competence*. Journal of Emotional, Behavioral Disorders, 8, 102-112.

GREENE, J.O., BURLESON, B.R. (Eds.) (2003). *Handbook of communication and social interaction skills*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah.

HARE, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Multi-Health Systems, Toronto.

HODGINS, S. JANSON, C-G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm Project Metropolitan*. Cambridge University Press, New York.

HOLLIN, C., HOLMES, A. (1999). *Paper on a preliminary analysis prepared for internal circulation at Rampton Hospital*.

IZARD, C.E. (2002). *Translating emotion theory and research into preventive interventions.* Psychological Bulletin, 128, 796-824.

JOHNSEN, J.A., BIEGEL, D.E., SHAFRAN, R. (2000). *Concept mapping in mental health: Uses and adaptations.* Evaluation, Program Planning, 23, 67-75.

LANGE, A., DEGHANI, B., BEURS, E. de (1995). *Validation of the Dutch adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory.* Behaviour Research and Therapy, 33, 229-233.

LEFF, J. (1982). *Family and Social Influence in Schizophrenia.* S, K and F Publications, Welwyn.

LERNER, R.M., EASTERBROOKS, M.A., MISTRY, J. (eds) (2003). *Handbook of psychology: Developmental psychology*, Vol. 6. John Wiley, New York.

LIDZ, C., MULVEY, E., GARDNER, W. (1993). *The accuracy of predictions of violence to others.* Journal of the American Medical Association, 269, 1007-1011.

LITWACK, T. R., SCHLESINGER, L. B. (1999). *Dangerousness risk assessments: Research, legal, and clinical considerations.* In **A. K. HESS, I. B. WEINER (eds)** *The Handbook of Forensic Psychology* (2nd ed.), (pp.171-217). Wiley, New York.

MAHGOUB, N. (1988). *'Bridging' therapy in hospital- and community-based psychiatric care.* Unpublished PhD Thesis. Council for National Academic Awards (sponsoring institution Sheffield City Polytechnic).

MALAN, D.H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics.* Butterworth, London.

MEICHENBAUM, D.H. (1978). *Cognitive behavior modification: An integrative approach* (2nd ed.). New York: Plenum Medical Book Company.

MISIAK, H., SEXTON, V. (1974). *Phenomenological, Existential and Humanistic Psychologies.* Grune and Stratton, New York.

MONAHAN, J. (1988). *Risk and assessment of violence among the mentally disordered: generating useful knowledge.* International Journal of Law and Psychiatry, 11, 249-257.

MONAHAN, J. (2000). *Violence and mental disorder: Recent research.* In **M.L. CROWNER (ed)** *Understanding and Treating Violent Psychiatric Patients: Progress in Psychiatry*, Vol. 60. (pp. 167-178).

MONAHAN, J. (2001). *Major mental disorder and violence: Epidemiology and risk assessment.* In **G-F. PINARD, L. PAGANI (eds).** *Clinical assessment of dangerousness: Empirical contributions* (pp. 89-102). Cambridge University Press, New York.

MONAHAN, J. (2002). *The MacArthur studies of violence risk.* Criminal Behavior and Mental Health, 12(4), 67-72.

MONAHAN, J., STEADMAN, H.J. (1994). *Towards a rejuvenation of risk assessment research.* In **J. MONAHAN, H.J. STEADMAN (eds.)** *Violence and mental disorder.* (pp. 1-17). University of Chicago Press, Chicago.

MONAHAN, J., STEADMAN, H.J. (2001). *Violence risk assessment: A quarter century of research.* In **L.E. FROST, R.J. BONNIE (eds.)** *The Evolution of Mental Health Law.* (pp 195-211). American Psychological Association, Washington D.C..

O`DONOHUE, W.T., HENDERSON, D.A. (eds) (2001). *A History of Behavioral Therapies: Founders's Personal Histories.* Context Press, Reno.

OTTO R.K. (1992). *Prediction of dangerous behavior: a review and analysis of second generation research.* *Forensic Reports*, 5, 103-133.

POLLOCK, N., WEBSTER, C. (1990). *The clinical assessment of dangerousness.* In **R. BLUGLASS, P. BOWDEN (eds)** *Principles and Practice of Forensic Psychiatry.* (pp 489-497). Churchill Livingstone, Edinburgh.

QUINSEY, V.L., MACGUIRE, A. (1986). *Maximum security psychiatric patients: Actuarial and clinical prediction of dangerousness.* *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 143-171.

ROBINSON, D.K., REED, V., LANGE, A. (1996). *Developing risk assessment scales in forensic psychiatric care.* *Psychiatric Care*, 3, 146-152.

REED, V., ROBINSON, D., WOODS, P., VAN ERVEN, A. (1999). *Behavioural Status Index.* Nederlandse versie. GGzE, Eindhoven.

REED, V., WOODS, P., ROBINSON, D.K. (1999). *The Behavioural Status Index: A life skills assessment for selecting and monitoring therapy in mental health care (1st ed.).* Psychometric Press, United Kingdom.

REED, V., WOODS, P. (2000). *The Behavioural Status Index: A life skills assessment for selecting and monitoring therapy in mental health care (2nd ed.).* Psychometric Press, United Kingdom.

REED, V., WOODS, P., COLLINS, M., ALMVIK, R., VAN ERVEN, A., ROSS, T., PFÄFFLIN, F., DÖNISCH-SEIDEL, U. (2002). *Behavioral Status Index (BEST-Index).* Deutsche Manualbearbeitung. Ulmer Textbank, Ulm.

TROCHIM, W. M. (1989a). *Concept mapping: Soft science or hard art?* *Evaluation and Program Planning*, 12, 87-110.

TROCHIM, W. M. (1989b). *An introduction to concept mapping for planning and evaluation.* *Evaluation and Program Planning*, 12, 1-16.

TROWER, P., BRYANT, B., ARGYLE, M. (1978). *Social Skills and Mental Health.* Methuen, London.

WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P., PALMER, S., RUSCHENA, D., BROWNE, C. (1998). *Serious criminal offending and mental disorder.* *British Journal of Psychiatry*, 172(6), 477-484.

WEBSTER, C. D., DOUGLAS, K. S., EAVES, D., HART, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing the Risk for Violence* (2nd version). Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, Vancouver.

WEBSTER, C.D., HUCKER, S.J., BLOOM, H. (2002). *Transcending the actuarial versus clinical polemic in assessing risk for violence*. Criminal Justice and Behavior, 29, 659-665.

WEITZ, S. (ed) (1974). *Non-verbal Communication: Readings With Commentary*. The University Press, Oxford.

WOLPE, J. (1990). *The Practice of Behavior Therapy* (4th ed.). Pergamon Press, New York.

WOODS, P. (2000). *The Behavioural Status Index (BSI): Descriptive Studies within a Forensic Context*. Unpublished PhD Thesis, Faculty of Health and Social Studies, Anglia Polytechnic University.

WOODS, P., REED, V. (1998). *Measuring risk and related behaviours with the Behavioural Status Index (BSI): some preliminary psychometric studies*. International Journal of Psychiatric Nursing Research, 4, 396-409.

WOODS, P., REED, V. (1999a). *The Behavioural Status Index: therapeutic assessment of risk, insight, communication and social skills*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 79-90.

WOODS, P., REED, V. (1999b). *The Behavioural Status Index (BSI): some preliminary reliability studies*. International Journal of Psychiatric Nursing Research, 5, 2, 554-561.

WOODS, P., REED, V., ROBINSON, D. (1999). *The Behavioural Status Index: therapeutic assessment of risk, insight and social skills*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 79-90.

WOODS, P., REED, V., COLLINS, M. (2001a). *Measuring risk in a high security forensic setting through the Behavioural Status Index*. The International Journal of Psychiatric Nursing Research, 7, 793-805.

WOODS, P., REED V., COLLINS, M. (2001b). *Measuring insight in a high-security forensic setting using the Behavioural Status Index*. British Journal of Forensic Practice, 3, 3-12.

WOODS, P., REED, V., COLLINS, M. (2001c). *Measuring communication and social skills in a high security forensic setting using the Behavioural Status Index*. International Journal of Psychiatric Nursing Research, 7, 761-777.