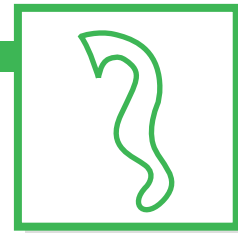


L'esperienza di psichiatria penitenziaria a S. Vittore (Milano)



MARINA LOI, CLAUDIO MENCACCI

Dipartimento di Salute Mentale, A.O. Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 69-75

RIASSUNTO

All'interno della Casa circondariale di S. Vittore, l'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico ha condotto una consulenza psichiatrica per circa tre anni nell'ambulatorio del reparto maschile. I pazienti erano, essenzialmente, individui con esclusiva patologia psichica o con doppia diagnosi (12%). Quasi tutte le categorie diagnostiche erano rappresentate ma, frequentemente, più che distinguere un quadro nosograficamente determinato, si sono evidenziati quadri riconducibili ad uno "spettro di malattia". In carcere, mentre è più raro l'accesso maniacale (12 casi in tre anni), spesso si rilevano disturbi dello spettro depressivo che variano a seconda della fase di detenzione. I primi cinque mesi costituiscono la fase più critica. Nel nostro campione, il 10,8% era affetto da depressione maggiore, ma un numero rilevante di pazienti presentava disturbi dello spettro depressivo. La rilevazione di disturbi d'ansia risulta più difficoltosa, in quanto commista a disturbi di personalità (62%). Più frequenti di quanto non ci si aspetti sono i disturbi psicotici e la schizofrenia. A S.Vittore la percentuale di pazienti psicotici è più alta (6,1%) che nelle altre carceri, essendo disponibile uno speciale reparto di psichiatria cui afferiscono pazienti da tutta Italia. La psicosi, nel contesto di isolamento e costrizione della libertà del carcere, emerge come sintomatologia eclatante che desta subito timori e può provocare reazioni di panico o di ribellione nei compagni di detenzione; d'altra parte, auto ed etero-aggressività sono i fenomeni più temuti in carcere. Un altro rilevante problema è rappresentato da tutte le manifestazioni di sofferenza legate alla sessualità: si stima che il 70-80% dei detenuti sia dedito a pratiche omosessuali. Uno dei problemi più temuti e traumatizzanti in carcere è però, senza dubbio, il suicidio o il comportamento suicidario. Sebbene il tasso sia molto più basso rispetto a quello dei pazienti appena dimessi da un reparto psichiatrico (1% vs 7%), in carcere il suicidio ha un impatto altamente distruttivo sul contesto generale.

Parole chiave: carcere, detenzione, disturbi mentali, autolesività, spettro depressivo.

SUMMARY

Inside prison "Casa circondariale di S. Vittore (Milan)", Hospital Fatebenefratelli and Oftalmico has managed a psychiatric ambulatorial consulting for three years in male department. Patients were males, only with psychic pathology or with dual diagnosis of psychic illness and addiction too. First of all results to notice, the major frequency of "spectrum of disease" rather than specific "nosographic categories", even if all diagnostic classes are represented. The typology of illness can vary, in accordance with different phases of detention. Psychiatric disorders most frequently observed in prison include whole depressive spectrum; instead, only twelve cases of mania occurred during three years of observation. According to literature, first five months of detention represent the most critical phase. In our patient group 10.8% was affected by major depression, but a considerable number of patients presented depressive spectrum disorders. Anxiety disorders are frequently mixed with personality disorders (62%). During first detention or at the beginning of any detention, generalized anxiety is the main anxiety disorder; when adaptive skills to prison context cronicallly fail, anxiety symptoms can develop in panic attacks and claustrophobia. Psychotic disorders and schizophrenia occur in prisoners more frequently than expected: moreover, in "Casa Circondariale di S. Vittore", the number of psychotic patients is major than in any other Italian prison because of the availability, inside S.Vittore, of a specific psychiatric department receiving patients from all over Italy. Psychosis is a pathology often underrecognized and underestimated, but in a small and coercive context like prison, it becomes, with his anomalous and serious symptomatology, a source of fear and rebellous reactions; on the other hand, it's true that auto and eteroaggressiveness are the most feared phenomena in prison. Sexual suffering is also a frequent problem in detention: 70-80% of prisoners are addicted to omosexual practices.

Suicidal behaviors and suicide are the most important and feared phenomena in prison: rates of suicide in prison are really inferior than in a psychiatric department (1% vs 7%), but trauma of suicidal event in prison is greatly amplified because of the small and coercive context.

Key words: jail, detention, mental disorders, self-injuries, depressive spectrum.

INTRODUZIONE

Il soggetto che entra in carcere si deve rapportare con l'“istituzione totale”, secondo la ben nota accezione di Goffman, abbandonando il suo modo di essere, di relazionarsi, di pensare e di fare, i propri parenti, l'idea che ha di sé e il rapporto che intrattiene con sé stesso; si deve adattare a spazi ristretti, a persone sconosciute, a decisioni che provengono sempre dall'esterno e che non tengono conto del suo modo di pensare. Abbandona, in sintesi, la famiglia e il proprio passato. Levin sostiene che per avere una soddisfazione dei bisogni e ottenere una sopravvivenza psicologica ci deve essere un bilanciamento fra le forze che costituiscono l'ambiente in cui ognuno di noi è collocato. Quando queste forze fluttuano, è necessario un nuovo livello di bilanciamento di tali forze. Se l'individuo che incorre nella detenzione non è capace di fronteggiare le difficoltà e di adattarsi, utilizzando risorse di emergenza che lo aiutino a mantenere il necessario equilibrio di forze di fronte al cambiamento, rischia di andare incontro ad un *break down* che lo porta inesorabilmente alla possibilità di scampo.

Lo stress indotto da detenzione induce anche una modificazione della percezione del mondo esterno: così il detenuto considera quanto le persone che un tempo lo affiancavano ed erano per lui significative debbano essere tanto vicine come lo erano quando viveva nel mondo esterno. Diviene, allora, reattivo ad ogni minima sollecitazione possa provenire dall'esterno; la perdita di controllo delle relazioni causa ogni sorta di reazione: rabbia, angoscia, perdita di speranza, apatia, frustrazione sono le emozioni che insorgono anche immediatamente dopo l'entrata in carcere e la patologia vissuta è sempre fatta di solitudine, di emarginazione, di sradicamento e di perdita di identità. L'arresto e l'emarginazione diminuiscono l'immagine di sé così che l'individuo non riesce a viverci come persona in grado di avere possibilità di successo nel suo nuovo mondo¹.

L'area psichiatrica rappresenta la vera emergenza degli istituti penitenziari italiani che stanno diventando il principale contenitore di quel disagio mentale che affligge una marginalità sociale costituita da tossicodipendenti, nomadi, prostitute, vagabondi, alcoolisti ed extracomunitari. Essendo comunità chiusa, il carcere viene ad assumere una funzione di controllo sulle condotte devianti sia di tipo sociale che di tipo psicopatologico. Diventa inevitabilmente, infatti, una struttura preferenziale di raccolta di persone con problemi psicopatologici, portatrice di profonde contraddizioni tra assistenza, terapia e repressione.

Avviene così che il fenomeno della *revolving-door*, ben conosciuto nei servizi psichiatrici, colpisca anche l'istituzione carceraria che vede in uno scambio continuo con il territorio un fenomeno ormai pressoché inarrestabile.

La psichiatria penitenziaria si occupa di pazienti con problemi psichici che, per motivi giuridici, sono ospitati nelle carceri o in altre istituzioni che hanno carattere coercitivo, per esempio gli ospedali psichiatrici giudiziari. Sostanzialmente, accade che si sovrappongano un disturbo psichico e un disturbo comportamentale in un individuo che in qualche modo ha violato la legge e sta scontando la pena per questo. A questo proposito, già in un articolo del



New York Times di alcuni anni fa², venivano riportati dati impressionanti: in circa il 10% dei due milioni di detenuti delle carceri americane potevano essere riconosciuti, almeno una volta, disturbi psicotici. Il sistema penitenziario negli Stati Uniti prevede inoltre che esistano “prigioni nelle prigioni”, celle di punizione o di isolamento, in cui il detenuto viene inviato temporaneamente quando non rispetta il normale iter carcerario. Il detenuto può essere confinato in unità di segregazione (*special housing units*, o *SHUs*) dove in realtà rischia di permanere indefinitamente fino a quando l’amministrazione non decida altrimenti. Fra il 1994 e il 2001 la percentuale di detenuti inviati in celle di segregazione o di custodia protettiva è passata dal 4,5% al 6,5%. In alcuni stati si ritrovano percentuali inquietanti: la New York Correctional Association³ riporta come il 23% di tutti i prigionieri residenti in speciali unità di isolamento siano casi presi in esame dal programma di salute mentale e che quasi un terzo di essi abbia avuto un ricovero psichiatrico (percentuali anche più elevate si ritrovano nello stato di Washington, e, anche in California, il 31,8% dei detenuti in SHUs aveva una patologia mentale). Secondo Faazel e Danesh⁴, che hanno svolto uno studio su larga scala su circa 23000 detenuti, tra il 3 e il 7% degli uomini aveva una patologia psicotica, il 10% una depressione maggiore, il 65% un disordine della personalità (compreso un 47% di disturbi della personalità antisociale). Più del 4% delle donne aveva una patologia psicotica, il 12% una depressione maggiore, il 42% un disordine della personalità (di cui il 19-23% una patologia antisociale). Spesso, le patologie non sono nette e definite, ma sfumate e caratterizzate da molteplici elementi psicopatologici embricati fra loro che costituiscono così un quadro misto.

L'ESPERIENZA DI MILANO - S. VITTORE

All'interno della Casa circondariale di S. Vittore, l'A.O. Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico ha condotto una consulenza psichiatrica per circa tre anni all'interno dell'ambulatorio del reparto maschile. I pazienti afferenti all'ambulatorio erano essenzialmente individui abitualmente non dediti all'uso di sostanze (all'interno del carcere una specifica equipe – la UOC – si occupa esclusivamente dei pazienti con uso documentabile di sostanze stupefacenti e alcool) e quindi con esclusiva patologia psichica (raramente persone cui poteva essere effettuata una “doppia diagnosi”, 12%).

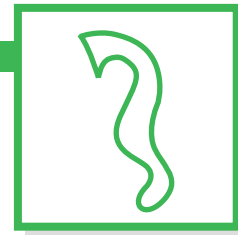
Su un territorio con un numero di detenuti che è passato, negli anni 2001-2003, da circa 2200 pazienti a 1180, il bacino di utenza dei pazienti afferenti si è ridotto da circa 1350 a circa 750 persone. Proporzionalmente, è variato anche il numero degli interventi dello psichiatra ambulatoriale, passato da 1260 nell'anno 2000 a 1000 nel 2003. Di questi il 15% è stato destinato a pazienti con “doppia diagnosi” o diagnosticati come tossicodipendenti. Si è rilevato, inoltre, che – al di là del fatto che quasi tutte le categorie diagnostiche vi sono rappresentate – frequentemente si evidenziano, più di quadri nosograficamente determinati, plurimi elementi sfumati che vengono a costituire il cosiddetto “spettro di malattia”.

Alcuni dei problemi riscontrati insorgono sia nei carceri dove si scontano pene definitive sia all'interno della casa circondariale, dove la popolazione è più varia e mobile (viene trasferita con frequenza) e presenta un livello di ansia e di aggressività molto più alto perché affronta l'atmosfera dell'attesa del giudizio e di tutto ciò che ad essa è connesso. In ogni caso, poiché alla base dello stare in comunità sta il concetto di rapporto con l'altro, molte delle patologie specifiche carcerarie possono essere prese in considerazione come aventi significati diversi da quelli universalmente riconosciuti in altro ambito esterno: sono cioè, spesso, un modo di comunicare in un contesto dove invece la libertà di rapporto e il contatto con l'altro e con l'esterno sono inibiti per legge.

In questo contesto il detenuto si trova ad essere frustrato nelle sue aspettative e nel desiderio che le sue richieste vengano ascoltate e prese in considerazione. Esistono sì piccoli moduli dove si scrivono le domande che di volta in volta vengono poste, ma i tempi di attesa sono lunghi, o la richiesta è inficiata e resa inutile dallo stesso personale carcerario. Allora, il veicolo verbale e quello grafico sono inutilizzabili e il detenuto non si sente ascoltato. Ecco dunque che il corpo diventa il veicolo della comunicazione più primitiva, un foglio attraverso il quale il paziente scrive in termini cruenti il proprio messaggio. Sprezzante, ricattatorio, disperato, il gesto autolesivo ottenuto con le ferite auto-inferte è un richiamo, un'esortazione violenta a fare presto, ma assume anche il significato di un tentativo di sentirsi vivo: il dolore fisico serve come mezzo di contatto con la realtà in uno spazio fisico, temporale e mentale sempre uguale a se stesso. Il corpo, in un luogo dove la mente viene misconosciuta, è l'unico mezzo preso immediatamente in considerazione in quell'ambito carcerario dove si privilegia il custodialismo rispetto alla relazione. È come se il detenuto percepisse che non viene tenuta presente la propria identità, costituita da ciò che pensa o sente, ma che questa viene intesa solo nella sua fisicità. I frequenti episodi di autolesionismo non devono essere quindi concepiti solo come sintomo di una grave patologia mentale, di un disturbo depressivo o psicotico, ma come un atto, o un passaggio all'atto, che esprime reazioni emotive variegata o di multiforme significato.

Certamente, come si è detto, in ambito carcerario si rilevano le più comuni e gravi patologie psichiatriche. Mentre più raro è l'accesso maniacale (12 casi in tre anni), spesso si rilevano disturbi che comprendono tutto lo spettro depressivo e che, talvolta, compaiono con manifestazioni e gradi di profondità differente a seconda della fase attraversata nell'iter carcerario. I primi cinque mesi di detenzione costituiscono la fase più critica. A questo proposito, in un detenuto depresso, Serra⁵ distingue:

- ◆ *depressione ansiosa*, se caratterizzata da disforia, irritabilità, tensione e sentimenti di colpa;
- ◆ *depressione cognitiva*, se caratterizzata da insoddisfazione, sentimenti autosvalutativi, perdita di speranza;
- ◆ *depressione vegetativa*, se caratterizzata da perdita di appetito e di libido e da aumento della stanchezza;
- ◆ *depressione endogena*, classica, se caratterizzata da variazioni dell'umore nel tempo, risvegli precoci, perdita di peso, irritabilità e tensione.



Si tratta, come rilevato poc'anzi, di caratteristiche variabili a seconda della tipologia del paziente e, soprattutto, a seconda del periodo di detenzione. Nel nostro campione, il 10,8% era affetto da depressione maggiore, ma un numero più rilevante di pazienti presentava disturbi dello spettro depressivo.

La rilevazione di disturbi d'ansia è stata paradossalmente più difficoltosa, in quanto tale patologia – in ambito carcerario – si riscontra frequentemente commista a disturbi di personalità (62%) che determinano l'inquadramento nosografico. Sopravvengono crisi d'ansia generalizzata, più frequentemente all'inizio della carcerazione e, soprattutto, durante la prima detenzione. Assumono la connotazione più strutturata dell'attacco di panico, accompagnato da claustrofobia, quando il disadattamento persiste dopo il periodo iniziale di permanenza in carcere.

Più frequenti di quanto non ci si aspetti sono i disturbi psicotici e la schizofrenia. Nella casa circondariale di S. Vittore la percentuale di pazienti con diagnosi di psicosi è più alta che nelle altre carceri italiane: è l'unico luogo di pena in cui è presente uno speciale reparto di psichiatria, in grado di ospitare sedici letti, al quale afferiscono pazienti da tutta Italia. Sempre da tutte le carceri italiane tendono ad essere inviati pazienti psicotici con patologia caratterizzata da particolare gravità che necessitino di un controllo ulteriore o di una valutazione diagnostica più approfondita: è pertanto comprensibile come la percentuale di pazienti affetti da psicosi afferenti all'ambulatorio di osservazione sia più alta (6,1%) rispetto ad altre realtà. Talvolta, infatti, questa patologia è misconosciuta e sottovalutata anche nell'attuale ambito sociale; in un contesto di isolamento e costrizione della libertà, invece, emerge come sintomatologia eclatante e anomala che desta subito timori e reazioni di allontanamento e rifiuto. Il "matto", ancor più in carcere, è un "diverso" da isolare perché potenzialmente pericoloso e in grado di suscitare reazioni di panico o di ribellione nei compagni che devono condividere con lui uno spazio circoscritto, limitato e ristretto.

Autoaggressività ed eteroaggressività sono i fenomeni più temuti in carcere. Sono elementi espressivi di patologia mentale di cui deve essere presa in considerazione non solo l'interazione con patologie pregresse o slatentizzate e cristallizzate in ambito carcerario, ma anche il significato di fattori espressivi di valenze culturali e sociali specifiche (l'autolesionismo come sfida al potere, per esempio, o come dimostrazione di coraggio) che devono integrarsi con l'ambiente. Alcune manifestazioni patologiche sono simili e comuni a quelle che si rilevano nelle comunità forzatamente chiuse: altre sono specifiche dell'ambito carcerario.

Frequenti, ma misconosciute e adombrate da altre cause, sono tutte le manifestazioni di sofferenza legate alla sessualità: il 70-80% dei detenuti è dedito a pratiche omosessuali. Inizialmente avvengono vere e proprie reazioni di panico in chi si sente adescato, minacciato e ricattato da proposte verbali o dal passaggio all'azione fisica da parte di persone dello stesso sesso. A volte, nell'ambito dei complessi rapporti tra omosessualità manifesta e omosessualità inconscia, possono instaurarsi vere e proprie reazioni a catena in cui entrambi i membri della relazione attribuiscono la responsabilità all'altro per essere stato elemento di eccitazione e di minaccia. I ruoli possono essere

rigidamente fissati e costituire coppie stabili e durature nel tempo o, invece, determinare rapporti instabili ed effimeri. Abitualmente un individuo della coppia è dominante mentre l'altro è più francamente passivo.

L'entrata e l'uscita dal carcere sono poi due momenti particolari che, di per sé, possono generare reazioni patologiche d'ansia o alterazioni della condotta in una sintomatologia complessa che comprende sia il versante fisico che il versante psichico. Il trauma dell'ingresso causa spesso disturbi gastrointestinali, disturbi respiratori e cardiaci accompagnati da ansia, depressione, paura e isolamento. Ben nota è la sindrome di Gull (un disgusto per i cibi con impossibilità ad alimentarsi) che accompagna il detenuto specie alla sua prima carcerazione. Similmente, da qualche settimana a qualche mese prima del rientro in libertà, si verifica la cosiddetta "sindrome dell'uscita" caratterizzata da sintomi psichici e comportamentali (agitazione psicomotoria e clastia, angoscia e depressione, somatizzazioni, possibili atti suicidari): l'equilibrio dell'adattamento al carcere viene meno poiché, spesso, le prospettive all'esterno non sono rassicuranti e pongono nuovamente il soggetto di fronte alla precarietà del proprio esistere.

Anche durante la carcerazione avvengono moti regressivi, in cui il paziente assume la posizione fetale, rifiuta il cibo o permane in uno stato di totale dipendenza da altri detenuti o dagli agenti di custodia. Il soggetto può essere, da una parte, tollerato e aiutato a proseguire nel cammino dell'autonomia, dall'altra, rischia di essere sfruttato da compagni che assumono un ruolo dominante. Il tempo in carcere è allora spesso impiegato in lunghe affabulazioni o discussioni in cui, con una tendenza un po' magica e onnipotente, i detenuti continuano a descrivere i crimini commessi o si dilungano ad architettare di altri in ogni minimo particolare. Ecco, allora, come il carcere diventa una vera e propria scuola di crimine dove ognuno apprende sempre di più ad agire in senso illegale.

Infine, in un ambito ristretto e sempre uguale a se stesso, alcuni pazienti trovano una nicchia accogliente nell'istituzione dove tendono ad incistarsi perché si sentono sicuri e protetti. A volte non escono dall'angusta cella per lunghi periodi, rifiutano le attività all'esterno e mantengono un discreto tono dell'umore distribuendo la loro attenzione a un universo ristretto come se si sentissero in un nido protettivo. È questa la "sindrome da radicamento" presente in individui in cui comportamento criminale e deviante si fondono con sfumate note psicopatologiche. Più rara è la "sindrome da congelamento" in cui il paziente presenta quasi un blocco psicomotorio in cui predilige la dimensione del "non fare" e sta ad osservare, estraniandosi, ciò che accade intorno a lui.

Accanto a queste forme particolari, tipici meccanismi di difesa contro la vita nel carcere e la permanenza all'interno di questo, ne sussistono di altre, più eclatanti e pericolose. Uno degli elementi più importanti, temuti e traumatizzanti all'interno del carcere è costituito dal comportamento suicidario e dal suicidio. Il tasso di decesso in carcere – per suicidio – è senz'altro inferiore a quello dei pazienti appena dimessi da un reparto psichiatrico (1% rispetto al 7% della prima settimana post-dimissioni), ma le pure cifre non rassicurano chi in carcere lavora e si trova di fronte all'impatto di un evento così traumatico e distruttivo che influenza anche i compagni del deceduto.



Per evitare il più possibile atti anticonservativi, in Italia sono state poste alcune misure precauzionali che favoriscono l'intervento attraverso l'effettuazione di uno screening dei pazienti a rischio già all'ingresso in carcere. Un esperto – sia esso psicologo, criminologo o altro – svolge un colloquio anamnestico con il detenuto cercando di individuare momenti o fasi critiche della vita, precedenti suicidari o probabili patologie psichiche. Colloca quest'ultimo in particolari sedi protette all'interno del carcere e lo invia quanto prima allo specialista affinché costui intervenga terapeuticamente. Ecco allora che il primo filtro riesce spesso ad evitare agiti autolesivi fungendo come valido elemento preventivo contro di essi. Anche per questo in Italia si rilevano tassi di suicidio di gran lunga inferiori ad altri paesi: basti pensare che in Francia il tasso di mortalità negli anni 1985-1995 è sempre stato maggiore e ha raggiunto valori anche doppi rispetto all'Italia (nel 1995, 19,9 per 10.000 detenuti contro il 9,9).

S. Vittore, insieme al carcere di Marassi a Genova, è peraltro uno dei carceri dove si registra una delle più alte incidenze di suicidi. Il sovraffollamento, infatti, è uno dei fattori principali dell'aumento del tasso di suicidi. L'aumento dei contatti e la fiducia fra staff e detenuto è uno dei fattori che intervengono nella prevenzione del suicidio carcerario. Un training di formazione dello staff è di primaria importanza se si vuole intervenire in una costruttiva attività di prevenzione.

In questo senso il servizio psichiatrico ambulatoriale ha continuato, in questi tre anni, l'attività di formazione degli operatori attraverso riunioni informali nelle quali ad ogni singolo operatore venivano dati più mezzi per affrontare il paziente dal punto di vista psicologico e per comprenderne le dinamiche. Di fatto lo psichiatra si è così trovato ad avere un ruolo importante e a volte contraddittorio in questo campo, in quanto la psichiatria è “guardiana su un versante della pulizia clinica, garante su quello della filantropia dell'assistenza... e, nel contempo, deve garantire la definizione e la dislocazione di quel residuo istituzionale che è, appunto in quanto tale, pericoloso”.

Bibliografia

1. Toch H. Men in crisis. Chicago: Aldine, 1956.
2. New York Times. Prisons replace hospitals for the Nation's Mentally; 5.3.1988.
3. New York Correctional Association. US Prisons and Offenders with mental illness, 2003.
4. Faazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002; 359: 545-50.
5. Serra C. Il castello, S. Giorgio e il drago: depressione reattiva, autolesionismo e suicidio in carcere. Roma: Seam, 1994.