



PSICHIATRIA E PSICOLOGIA FORENSE

Colloquio psichiatrico e credulità terapeutica nelle istituzioni penitenziarie

Psychiatric interview and therapeutic credulity in penitentiary institutes

Gian Carlo Nivoli • Liliana Loretto • L. Fabrizia Nivoli
M. Noemi Sanna • Alessandra M.A. Nivoli

KEY WORDS

*psychiatric interview, penitentiary institutes, prisons, mental disorder, malingering.
colloquio psichiatrico, istituzioni penitenziarie, prigionieri, disturbo mentale, simulazione.*

Abstract

Oggetto del presente studio è di illustrare, attraverso la descrizione di dodici casi clinici esemplificativi, la possibilità che lo psichiatra, nel suo colloquio clinico con pazienti in istituzione carceraria, riceva da questi errate informazioni. È importante, per lo psichiatra che opera in un'istituzione penitenziaria, sapere che il paziente può fornire informazioni di interesse psichiatrico, che non corrispondono al vero per vari motivi, tra cui: la difesa della propria vita, la protezione della sua integrità fisica, il desiderio di nascondere un reato commesso in carcere, uno stratagemma per evitare od abbreviare la durata della pena, l'ottenimento di un beneficio personale, un'opportunità ludica da sfruttare, la verbalizzazione mascherata di desideri di violenza, il bisogno di essere accettato, la ricerca del contatto fisico rassicurante, la simulazione consapevole ed inconsapevole, la dissimulazione per evitare conflitti, la presentazione del proprio doppio. È importante, quindi, che lo psichiatra che opera in carcere esamini ed approfondisca sempre con critica le informazioni che vengono fornite dal paziente e che conosca gli aspetti antropo-socio-psicologici della vita penitenziaria, per meglio contestualizzare le sue osservazioni psichiatriche.

★ ★ ★

The purpose of the present study is to demonstrate, with the description of twelve clinical cases, that patients in prison may lie to their therapists giv-





ing them false information. It's important to remember, for the psychiatrist working in penitentiary institutes, that a patient can give false information for different reasons: defence of his own life, protection of his physical integrity, desire to hide a crime committed in jail, to avoid or shorten a condemnation, personal advantage, recreational purpose, masked desire of violence, need to be accepted, need of a physical contact, malingering, deception, social visibility and acceptance. It's important, for the psychiatrist that works in prison, to examine in a critical way information given by patients and to know the anthropologic, sociologic and psichologic patterns of penitentiary life, to better contextualize his clinical observations.

Per corrispondenza: Gian Carlo Nivoli, s.s. 200 Villaggio San Camillo Sassari; telefono 079228350
email - clinpsic@uniss.it

- GIAN CARLO NIVOLI, *Direttore della Clinica Psichiatrica Dell'Università degli Studi di Sassari, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università degli Studi di Sassari.*
- LILIANA LORETTU L., *Professore associato, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università degli Studi di Sassari*
- L. FABRIZIA NIVOLI, *psichiatra Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università degli Studi di Sassari*
- M. NOEMI SANNA, *ricercatrice, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università degli Studi di Sassari*
- ALESSANDRA M.A. NIVOLI, *ricercatrice, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università degli Studi di Sassari*



Introduzione

Il colloquio psichiatrico col paziente nelle istituzioni penitenziarie presenta caratteristiche cliniche legate alla specificità del contesto in cui si svolge. Lo psichiatra (ed altri operatori della salute mentale quali criminologi, psicologi, sociologi, assistenti sociosanitari, ecc.) debbono tenere conto di alcuni aspetti che caratterizzano l'ambiente carcerario e la sua popolazione sottoposta a privazione di libertà, a controllo da parte del personale preposto alla sicurezza, a conflitti con l'amministrazione della Giustizia, in un contesto di una specifica sottocultura carceraria. In questo senso il colloquio psichiatrico non può prescindere, ad esempio, da una particolare sensibilità dello psichiatra alla ricerca, operata dal paziente, di una gratificante visibilità sociale, alle frequenti assunzioni manipolatorie del ruolo di vittima, alle prudenti risposte a largo alone semantico, all'affollamento confusivo di mille problemi urgenti da risolvere, al facile passaggio all'atto in rapporto all'intolleranza di sentimenti penosi, all'uso patologico dell'attenzione selettiva, alla tendenza comportamentale ad autoconfermare le previsioni di scacco e di violenza, alla persistenza di schemi di pensiero e di comportamento appartenenti al mondo deviante o criminale, alle profonde vicissitudini personali legate alla nostalgia della vita in libertà, ecc. (Nivoli e coll. 2006a). Accanto a questi aspetti, lo psichiatra non può trascurare le complessità legate al mondo di agiti violenti, i quali, nel caso specifico del colloquio clinico in ambito penitenziario, si possono variamente associare al disturbo mentale. In questo senso lo psichiatra deve poter considerare e valutare le reazioni emotive nei confronti degli agiti violenti in generale (Nivoli, Loretto, Sanna 1999a; Sanza 1999; Agrimi 2005) od in modo specifico porre l'attenzione all'uso dei meccanismi psicologici di difesa (Loretto 2000), la valutazione della traslazione del paziente con comportamento violento e disturbo mentale nei confronti dello psichiatra (Gabbard 1999; Gill 1985; Nivoli e coll. 2008), o la controtraslazione dello psichiatra nei confronti del paziente con comportamento violento e disturbo mentale (Cormier 1979; Talbot 1989; Albarella, Donadio 2001). Sono inoltre da considerare specifici momenti di crisi del paziente legati alla struttura carceraria (crisi dell'entrata e dell'uscita dal carcere, crisi nel corso di conflitti sessuali, ecc.) che possono conferire al colloquio aspetti più specifici (Nivoli, Loretto, Sanna 1999b). Infine, quanto precede, deve essere valutato dallo psichiatra alla luce della simulazione della malattia mentale (Nivoli 2005; Nivoli e coll. 2006b; Ferracuti, Parisi, Cappatelli 2007; Iorio e coll. 2009).

Oggetto del presente studio è di illustrare, attraverso dodici dinamiche esemplificative, la possibilità che lo psichiatra, nel suo colloquio clinico con pazienti in carcere, riceva delle informazioni non veritiere. Se lo psichiatra non valuta attentamente questa eventualità, può correre il rischio di credere in modo ingenuo ed acritico (credulità terapeutica) alle informazioni me-

diche e psichiatriche che il paziente fornisce e compiere, in questo modo, errori professionali, con danno alla salute del paziente ed anche con possibili risvolti in tema di responsabilità professionale a livello civile e penale. Se invece lo psichiatra valuta attentamente la possibilità, anche attraverso queste dinamiche esemplificative trattate nel presente studio, che il paziente, in ambito carcerario, possa fornire informazioni non veritiere di interesse psichiatrico, potrà meglio intervenire in tema di beneficiabilità del paziente, anche nella formulazione della diagnosi e della progettazione terapeutica.

Motivazioni alla base di informazioni non veritiere fornite dal paziente allo psichiatra in istituzione penitenziaria

Saranno descritte dodici tipologie, ognuna con una esemplificazione clinica, di motivazioni del paziente in istituzione penitenziaria a fornire allo psichiatra informazioni non veritiere nel corso del colloquio clinico.

1. La difesa della propria vita

Il paziente può trovarsi in una situazione reale e concreta nella quale rischia di essere aggredito ed ucciso da altri detenuti. Per poter sfuggire a questa situazione, il paziente non intravede altra soluzione che mettere in atto una sintomatologia, anche di tipo psichiatrico, che ritiene utile per poter evitare di essere vittima di un omicidio.

Caso Clinico:

P.C. 32 anni, improvvisamente in cella, manifesta crisi di agitazione motoria, aggressività, apparente sospensione della coscienza, interruzione saltuaria del respiro, morsicatura alla lingua, perdita delle urine. Le crisi si susseguono nonostante la somministrazione di farmaci antiepilettici. Solo dopo il trasferimento di P.C. in un ospedale per accertamenti, si conosce la verità, verbalizzata dallo stesso paziente: "Non voglio più tornare in quel carcere perché ho fatto arrestare uno dei capi di un'organizzazione criminale che spaccia la droga. L'organizzazione criminale è al corrente che io me la sono cantata... li ho traditi... mi hanno bollato come infame... mi hanno detto che o loro o qualcun altro mi ammazzerà. Ho dovuto fuggire dal carcere e stare continuamente sotto la protezione dei medici, per questo ho simulato di avere una crisi epilettica e sono rimasto in questo modo lontano da qualsiasi altro detenuto che avrebbe potuto uccidermi per conto dell'organizzazione criminale..."



2. La protezione dell'integrità fisica

Tra i timori più frequenti ed emotivamente implicanti e disturbanti per chi opera all'interno di una istituzione penitenziaria, vi è quello di subire un'aggressione fisica. Il personale addetto alla custodia e sicurezza ed alle cure, prova timore di essere aggredito dai detenuti. I detenuti, a loro volta, temono le possibili aggressioni tra di loro e altresì di poter essere aggrediti da parte del personale addetto alla sicurezza ed alla custodia. Le paure di un paziente di subire un'aggressione possono essere reali, obbiettive e motivate, ma anche solo create dalla propria immaginazione e fantasia o da specifiche psicopatologie. Comunque, di fronte ai timori reali o immaginari per la propria integrità fisica, il paziente può cercare, attraverso una grande varietà di richieste allo psichiatra, almeno nelle sue intenzioni, comprensione e soprattutto protezione.

Caso clinico:

P.C. 39 anni, è condotto d'urgenza a visita psichiatrica in seguito a grave autolesionismo, ferite da taglio profonde ad ambedue i polsi e chiare manifestazioni della volontà di uccidersi. Di fronte allo psichiatra P.C. afferma: "Sono sempre stato un grave depresso, ho fatto numerosi tentativi di suicidio, mandatemi in Ospedale Psichiatrico con urgenza... sento la necessità di volermi uccidere...". In realtà P.C., ex agente di custodia nello stesso carcere in cui è attualmente rinchiuso, teme di essere aggredito fisicamente e violentato sessualmente dai detenuti che lo possono riconoscere. P.C. dopo il mancato accoglimento di una sua precisa richiesta di essere trasferito immediatamente in un altro carcere, ha ritenuto che l'unico modo per lasciare l'istituzione per lui pericolosa, fosse minacciare il suicidio e presentare alla psichiatra un passato di grave depressione e di tentativi di suicidio che in realtà non esistevano.

3. L'accortezza per nascondere un reato

All'interno di un'istituzione penitenziaria possono essere commessi vari tipi di crimine (spaccio di droghe, estorsioni, violenze sessuali, percosse, ecc.) che l'autore cerca con tutti i mezzi possibili di nascondere in particolare alla autorità giudiziaria. Nel corso di questi tentativi per celare il comportamento criminale, può essere utile ricorrere alla richiesta di cure psichiatriche, che permettano, almeno nelle intenzioni spesso fantasiose e irrealistiche del paziente, una protezione, per altro anche solo ricercata a brevissimo termine, da accuse formali o da ritorsioni vendicative.

Caso clinico:

M.C. 36 anni, padre di famiglia, lamenta di fronte allo psichiatra un'improvvisa e profonda crisi depressiva e riferisce tentativi di suicidio. M.C. verbalizza come causa scatenante di questa sintomatologia il diniego, da parte





dell'autorità giudiziaria, alla propria bimba di venirlo a trovare ai colloqui ogni settimana, come sempre era accaduto in precedenza. Lo psichiatra prescrive una massiccia terapia antidepressiva ed ansiolitica a M.C.. Successivamente lo psichiatra è messo al corrente della realtà dei fatti da un infermiere: "Caro dottore, il detenuto è molto ansioso... è vero che non vede la propria bambina... il magistrato ha impedito i colloqui perché ogni settimana, quando M.C. colloquiava con la bambina, dava un bacio alla sua piccoletta, che opportunamente addestrata infilava nella bocca del padre la bustina con la cocaina che poi M.C. vendeva in carcere. Ma anche questa non è la sola verità caro dottore... lei ha visto M.C. particolarmente agitato e ansioso. M.C. è veramente spaventato e ansioso, e c'è una ragione. La verità è che M.C. ha già ritirato i soldi per la futura vendita della cocaina in carcere, si è pagato l'avvocato e quindi ha già speso tutti i soldi, ma non ha dato la cocaina a chi gliel'ha già pagata. Le persone che hanno pagato lo hanno minacciato di morte... ecco perché è così spaventato ed ansioso... non era certo sconvolto perché la bambina non lo veniva a trovare... M.C. può amare moltissimo la propria figlia... ma questo è un altro racconto..."

4. La callidità per evitare od accorciare la pena

Non pochi pazienti sono convinti che, dimostrando di essere affetti da un disturbo psichico, possono evitare il carcere od ottenere uno sgravio di pena. Alcuni pazienti, quando vengono a conoscenza di tale possibilità e hanno avuto modo di apprendere alcuni rudimenti simulatori di disturbo mentale, cercano di mettere in atto manifestazioni che ritengono di tipo psicotico, per evitare od abbreviare l'espiazione della pena (a prescindere dall'adeguatezza giuridica del loro operato).

Caso clinico:

F.O. 42 anni, diagnosticato schizofrenico paranoide in quattro ospedali psichiatrici giudiziari, si presenta al colloquio manifestando una neurolettizzazione a livello motorio e presentando una sintomatologia di tipo delirante religioso. F.O. non è mai stato sottoposto ad una perizia psichiatrica. Il paziente, rapinatore professionista, era in possesso di circa una ventina di alloggi, una grande discoteca e nel suo ruolo delinquenziale era conosciuto come uno dei più abili criminali nel travestirsi e nel preparare e gestire rapine. I magistrati, proprio in ragione di questi dati, non hanno ritenuto opportuno richiedere una perizia psichiatrica. F.O. era particolarmente abile, dopo essere stato una prima volta in ospedale psichiatrico giudiziario, a rappresentare la sintomatologia schizofrenica ed a somministrare, con una vera e propria arte, i suoi sintomi con una certa riservatezza, gradualità e appropriatezza di termini sintomatologici credibili. F.O. rispondeva con precisione alle domande dello psichiatra ed era inoltre in grado di non assumere e di accumulare la terapia neurolettica per somministrarcela, quando opportuno, a forti dosi e presentare una obiettiva manifestazione





di neurolettizzazione. F.O., in altri termini, non era solo un abile rapinatore, ma anche un altrettanto abile simulatore, come del resto dimostrava l'anamnesi psichiatrica con diagnosi di disturbo mentale presso quattro ospedali psichiatrici giudiziari, che non avevano ritenuto opportuno approfondire i dati obiettivi ed anamnestici criminali di F.O., di cui erano a conoscenza i magistrati.

5. La menzogna per il beneficio personale

Vi sono pazienti, in istituzione penitenziaria, che hanno adottato la menzogna, nella loro sottocultura criminale, come stile di vita nell'approccio con altri. Per questi pazienti la menzogna è vissuta, a livello manifesto, come una tecnica lecita ed intelligente di sopravvivenza. È motivo spesso di profondo stupore per molti operatori della salute mentale in carcere, incontrare alcuni di questi pazienti che mentono in modo grossolano, plateale, in continuazione ed incuranti delle loro contraddizioni e della facilità con cui le loro menzogne possono essere smascherate.

Caso clinico:

B.C. 35 anni, si presenta, appena giunto in carcere, allo psichiatra: "Sono stato ricoverato nel Servizio di Diagnosi e Cura per una grave depressione ansiosa, sono ancora malato e sto assumendo... (cita i nomi di un antidepressivo, di una benzodiazepina e di un ipnoinducente)". Lo psichiatra chiede, prima di prescrivere gli stessi farmaci, conferma dell'avvenuto ricovero psichiatrico. "Ho i documenti giù in cella, se vuole vado, li prendo, glieli porto su così lei li vede subito". Invitato a presentare i documenti, B.C. ritorna dalla cella "Mi sono dimenticato che li ho dati a mia sorella per poter mettere il timbro del medico. Domani mattina mia sorella me li porta e glieli faccio avere subito in infermeria... se intanto mi può prescrivere i farmaci perché io sto male...". Lo psichiatra preferisce attendere il giorno appresso per effettuare la prescrizione. B.C., convocato il giorno dopo, afferma: "Mia sorella ha dimenticato a casa i fogli dei ricoveri, ma me li fa avere in portineria del carcere oggi pomeriggio... se intanto lei dottore mi vuol prescrivere i farmaci perché io sto molto male...". B.C. non è stato mai ricoverato in SPDC, non ha mai sofferto di depressione ansiosa così come l'ha descritta e la sua unica sorella è da anni che non viene a trovarlo in carcere. B.C. desiderava entrare in possesso dei farmaci per barattarli con vino e sigarette.

6. L'opportunità ludica da sfruttare

Lo scorrere della vita nelle mura carcerarie è spesso lento, noioso e poco stimolante. Non è quindi raro che il paziente cerchi, attraverso iniziative anche strane, fantasiose e bizzarre, di procurarsi momenti ludici e piacevoli (ad



esempio, attraverso giochi, scommesse, attività sessuali, scherzi, ecc.). In questo contesto di lotta nei confronti della monotonia e della noia imposta dal rigido scandire della vita carceraria, lo psichiatra può essere inconsapevole oggetto di manipolazione.

Caso clinico:

E.F. 37 anni, ricoverato nell'infermeria del carcere per approfondimenti di esami sull'ipertensione, è segnalato allo psichiatra perché agitato e irritabile, insonne e gli occhi particolarmente arrossati. E.F. verbalizza questo suo stato di agitazione in relazione al padre, che è gravemente ammalato e sta morendo. Il padre, affetto da tumore, sta realmente morendo. E.F. riceve dal magistrato la possibilità di recarsi a trovare il padre accompagnato dai carabinieri. E.F., che aveva insistito con ogni mezzo per recarsi a vedere il padre morente per l'ultima volta, rifiuta questa possibilità, mettendo in atto una crisi pantoclastica di disperazione e minacciando di uccidersi, adducendo la giustificazione di non voler dare al padre ed ai familiari il dispiacere di recarsi in paese "scortato dai carabinieri come un criminale pericoloso". "Allora volete che mia moglie e le mie due figlie si uccidano dalla vergogna? Ditemelo, piuttosto mi uccido io." Uno degli infermieri del carcere spiega allo psichiatra le vere ragioni del comportamento di E.F.: "Caro dottore glielo spiego io perché E.F. non vuole essere accompagnato dai carabinieri ed è nervoso e soprattutto con gli occhi arrossati... la realtà è che dall'infermeria del carcere E.F. riesce, comunicando a gesti, a farsi fare lo spogliarello da una signora che abita nella casa di fronte al carcere. Quasi ogni sera, prima dell'imbrunire, E.F. riesce ad assistere allo spettacolo offerto dalla signora... per questo E.F. ha gli occhi arrossati, è agitato, vuole uscire: non per andare a trovare il padre con i carabinieri, ma vuole uscire senza scorta per potersi recare a casa della donna, da solo, con tutta tranquillità. Sono mesi che E.F. comunica con quella donna scrivendo parole ed inviti d'amore sulla carta igienica che poi la compagna da lontano legge col binocolo. Quella donna in più occasioni è stata colta dal marito mentre faceva lo spogliarello nuda sul balcone ed è stata più volte percossa. Nonostante ciò E.F. e la signora aspettano con grande desiderio di potersi finalmente incontrare in un letto... Caro dottore E.F. non ha bisogno di antidepressivi ma solo della chiave del portone del carcere e della chiave del portone della signora."

7. La verbalizzazione mascherata dei desideri violenti

Nelle istituzioni penitenziarie, il paziente spesso è vittima di immaginari fantasmi di comportamenti violenti, che possono essere variamente stimolati o giustificati dalla realtà. In non pochi casi, gli scenari di violenza immaginati dal paziente sono di tipo vendicativo verso quelle persone che ritiene a ragione o torto essere o essere state la causa di tutte le sue attuali sofferenze. Il vissuto di questa violenza vendicativa è spesso molto intenso e cronico in

quanto può rappresentare un buon motivo per il paziente, anche quotidiano, per trascorrere senza complicazioni tutto il periodo di detenzione, e poi riacquistata la libertà, finalmente potersi vendicare sulle persone odiate (per sopravvivere al carcere talvolta sono utili i “grandi amori” ma anche i “grandi odi”). Sono particolarmente oggetto di contenuti vendicativi le persone che hanno accusato, nella sua percezione ingiustamente, o hanno provocato una chiamata di correo, privando così della libertà il paziente. Queste fantasie e progettazioni di vendette future sono anche verbalizzate e vissute con intensi sentimenti, tali da rendere non sempre facilmente separabile per il paziente il desiderio dalla realtà.

Caso clinico:

P.G. 43 anni, chiede insistentemente un colloquio urgente con lo psichiatra. Appena iniziato il colloquio P.G. chiede altrettanto insistentemente una grande quantità di gocce di psicofarmaci per “calmarsi e non impazzire”. Ottenuto il farmaco alle dosi richieste P.G. narra allo psichiatra il dramma che ha colpito la sua famiglia. P.G. descrive che il cognato è stato vittima di un pauroso incidente stradale: un camion rovesciato lo ha imprigionato sotto le lamiere e al cognato agonizzante hanno dovuto amputare ambedue gli arti inferiori orrendamente maciullati. Lo psichiatra prescrive a P.G. per i giorni seguenti un alto dosaggio di benzodiazepine ed ipnoinducenti. Solo alcuni giorni appresso lo psichiatra viene a conoscenza che il cognato di P.G. gode di ottima salute, non ha avuto alcun incidente stradale. In realtà il cognato di P.G. è la persona che lo ha denunciato, e lo stesso P.G. prima di entrare in carcere lo aveva minacciato di fronte a testimoni “quando esco dal carcere ti spezzerò tutte e due le gambe”. P.G. ebbe a confidare ad un infermiere, suo compaesano: “Ero cosciente di raccontare il falso al dottore... ma mi piaceva troppo fare quel racconto...mi stavo godendo le sofferenze di mio cognato, di cui debbo vendicarmi...”

8. Il bisogno di essere accettati

Vi sono pazienti che spesso non sono stati accettati e valorizzati come persone, non solo nel corso della loro vita fuori dal carcere, ma anche all'interno delle mura carcerarie. Tra i detenuti spesso regna un clima di diffidenza, di aggressività, di sospetto, di prevaricazione, che rende difficile l'accettazione e la gratificazione reciproca. Per molti di questi pazienti poter parlare con personale medico, paramedico, rieducatori, criminologi, psicologi, ecc., cioè essere ascoltati ed accettati da qualcuno, è un'esperienza gratificante e piacevole, a volte unica nella loro vita. Non raramente questi pazienti inventano, creano, esasperano sintomi di natura psichiatrica per poter ottenere ascolto ed accettazione.



Caso clinico.

Dal commento di un infermiere: "S.O. è un paziente che al massimo ogni due settimane, sceglie la dottoressa... o l'altra dottoressa... e cioè le due dottoresse che lo stanno più ad ascoltare, o uno dei medici di guardia, il dottor... che è il più gentile del carcere e lo sta ad ascoltare, per una richiesta urgente di un colloquio. S.O. con questi medici accusa sintomi sempre diversi e strani; a volte si dichiara depresso, a volte ansioso, a volte ha male alla testa, a volte ha male alla schiena, a volte non riesce a muovere una gamba od un braccio... S.O. non è mai stato aggressivo, petulante o intrusivo. S.O. ha solo bisogno di parlare e di essere ascoltato. Le dottoresse e il medico di guardia lo conoscono e lo ascoltano. Dopo una mezz'ora di colloquio S.O. è tranquillo e rimane tranquillo per altre due settimane. Dopo ricominciano le sue chiamate d'urgenza ai suoi medici preferiti.

9. La ricerca del contatto fisico rassicurante

In carcere il contatto fisico non solo è negato con le persone care, che sono lontane ed escluse, ma spesso è percepito in rapporto ad altri detenuti, come intrusivo, invadente. In qualche caso il contatto fisico tra detenuti può assumere connotazioni pericolose di dominazione sadica o di omosessualità vissuta in senso aggressivo e violento. Per questa ragione, vi sono molti pazienti che, accusando sintomatologie non esistenti od accentuando già quelle presenti, cercano di essere oggetto di un contatto fisico rassicurante con medici o paramedici.

Caso clinico:

PF 41 anni, racconta allo psichiatra: "A volte mi sento male, non riesco più a sopportare la carcerazione. I primi tempi che ero in carcere ero aggressivo e spacavo gli oggetti in cella. Ho anche picchiato qualche persona che mi innervosiva in cella anche solo passandomi vicino e sfiorandomi mi toccava... cosa che io non sopportavo... Adesso quando sono nervoso ho trovato che Cinzia (nome dell'infermiera) mi riesce a calmare. Cinzia è sempre molto serena e tranquilla. Quando sto male e sento che sta per arrivare una crisi di nervosismo, vado in infermeria e lei mi fa stendere sul lettino, mi misura la pressione, mi ascolta il cuore, mi controlla il respiro ed io mi sento meglio.... Sembra che le sue mani, toccandomi, mi trasmettano la sua serenità e tranquillità..."

10. Dalla simulazione consapevole a quella inconsapevole

In ambiente carcerario, la simulazione consapevole (il paziente è cosciente di raccontare una falsità) può diventare inconsapevole (il paziente, che prima era cosciente della falsità, poco per volta si convince da solo che il suo racconto





corrisponde a verità). Il passaggio tra simulazione consapevole a non consapevole (a prescindere da una definizione, in senso stretto, di simulazione che contempla sempre una consapevolezza di falsità) dipende da molte variabili: in genere non si determina rapidamente nel tempo ed è in stretta relazione con la psicopatologia di chi l'effettua e con le caratteristiche e la reattività dell'ambiente circostante. I casi più noti di questa psicopatologia sono quelli che incominciano da parte del paziente con una "protesta cosciente di una falsa innocenza" e terminano dopo anni di permanenza in carcere con un "delirio di innocenza".

Caso clinico:

C.S. 34 anni, è noto in carcere perché continua a richiedere agli infermieri ed ai medici psicofarmaci, adducendo spesso le scuse più disparate: morti ripetute dei familiari, incidenti mortali a catena tra gli amici, numerosi abbandoni da parte di fidanzate e moglie, improvvisi e frequenti aggravamenti di pena, ecc. C.S. in realtà, attraverso questa varietà di pretesti, cerca di accumulare psicofarmaci per barattarli poi con le sigarette e con prestazioni sessuali. Negli ultimi anni C.S. è divenuto più arrogante e aggressivo sino a utilizzare insulti e minacce nelle richieste di psicofarmaci al personale medico e paramedico, asserendo che le persone "non credono a quello che dice", "lo vogliono far soffrire", "congiurano perché si uccida". C.S. in realtà continua a non fare uso di farmaci ma ad accumularli per barattarli, come è risultato dalle numerose pastiglie nascoste e trovate durante le perquisizioni nella sua cella.

11. La dissimulazione per evitare conflitti

In carcere può essere necessario o utile per ottenere una migliore qualità di vita od un beneficio personale, non solo simulare un disturbo mentale (lamentare sintomi che non esistono), ma anche dissimulare un disturbo mentale (non lamentare o negare sintomi di un disturbo mentale che esiste). In certe situazioni carcerarie il paziente, pur essendo affetto da fastidiosi e tribolanti sintomi di disturbo mentale, può minimizzarli o negarli nel corso del colloquio psichiatrico, perché la loro ammissione e le relative prescrizioni, cure e provvedimenti adottati dai sanitari, lo potrebbero esporre ad accuse o vendette anche con il rischio della propria integrità fisica da parte di altri detenuti, che si ritengono danneggiati. Tra i casi più frequenti di dissimulazione delle proprie condizioni soggettive di sofferenza sono da ricordare le affermazioni di qualche paziente: "Sto bene, non ho più bisogno di cure psichiatriche e di psicofarmaci" legate al fatto che in certe istituzioni penitenziarie, nell'ambito della stessa cella, non è possibile ottenere la contemporanea somministrazione di psicofarmaci e di bevande alcoliche. In concreto, quindi, se quattro detenuti in una cella desiderano bere il vino e un quinto detenuto chiede de-





gli psicofarmaci perché sofferente psichicamente, quest'ultimo può essere oggetto di minacce o di aggressione da parte degli altri detenuti, che desiderano usufruire delle bevande alcoliche e si ritengono danneggiati dalle richieste del compagno con disturbo psichico.

Caso clinico:

E.G. 31 anni, trasferito in una cella con altre tre persone. E.G. dopo una settimana confida allo psichiatra: "Mi tolga tutti farmaci non sono più depresso e non sono più ansioso". Lo psichiatra cancella progressivamente dalla prescrizione tutti i farmaci. Dopo qualche settimana E.G. confida all'infermiere: "Finalmente non sono più picchiato in cella... prima quando prendevo i farmaci dovevo poi sputarli o vomitarli per poterli dare a (nome di un detenuto)... ma dandoli a lui venivo poi picchiato da (nome di altro detenuto) perché li voleva anche lui... insomma in un caso o nell'altro io ero sempre picchiato... adesso che non vado più dallo psichiatra e non ho più psicofarmaci da regalare mi lasciano tranquillo... almeno spero mi lascino tranquillo sino a quando non mi trasferite in un'altra cella, come da tanto tempo ho richiesto..."

12. La presentazione del proprio doppio

In ambiente carcerario, come nella quotidianità della vita in libertà, il paziente può assumere ruoli assai differenti tra di loro. In particolare, nelle istituzioni penitenziarie, di fronte allo psichiatra il paziente può interpretare, come un sperimentato attore, quella parte di se stesso che nella sua percezione è non solo "sana di mente" ma anche "brava, buona e bella". In questo senso lo psichiatra non raccoglie una anamnesi della realtà della vita passata ed attuale del paziente, ma solo le sue percezioni di come il paziente avrebbe voluto essere, e cioè dotato delle migliori qualità umane per fornire agli altri, e soprattutto a se stesso, un'immagine con una visibilità sociale accettata e gratificante.

Caso clinico:

G.N. 48 anni, è segnalato allo psichiatra perché è irritable, agitato, insonne, minaccioso nei confronti dei compagni di cella. G.N. di fronte allo psichiatra afferma: "Io sto benissimo, sono calmissimo, sono sereno, sono sempre stato una persona tranquilla ed equilibrata, io amo gli animali ed amo le persone, non ho mai fatto male ad alcuno ed anzi spesso intervengo nelle liti per mettere pace fra le persone che si arrabbiano. Non capisco perché mi abbiano segnalato allo psichiatra... ci deve essere un errore di persona...". In realtà G.N. è noto nel suo paese come "ammazza cani" per la sua ferocia nell'uccidere i cuccioli di cane sbattendoli violentemente contro i muri. È in carcere per numerose violenze sulle perso-





ne e due tentativi di omicidio per futili motivi. Nell'ultimo tentativo di omicidio ha provocato fratture craniche sbattendo la testa della vittima più volte sul pavimento in persona di un compaesano che rifiutava di offrirgli, in un locale pubblico, per l'ennesima volta un'altra birra.

Conclusioni

Le dinamiche esemplificative descritte non hanno pretesa di completezza, specificità, possono variamente integrarsi tra loro e sono condizionate da numerose variabili, quali le peculiarità psichiatriche, criminologiche e psicologiche del paziente, la durata della pena espiata e le caratteristiche psicosociali specifiche dell'istituzione penitenziaria interessata. Nonostante i limiti che precedono, è possibile sottolineare in merito al colloquio psichiatrico e la credulità terapeutica in carcere, alcune osservazioni relative ai casi clinici che precedono.

Necessità che lo psichiatra in carcere sia consapevole della possibilità che il paziente abbia motivazioni (anche serie e gravi quali la difesa della propria vita e della propria integrità fisica) per fornire informazioni di interesse psichiatrico non veritiere. Una "credulità terapeutica" intesa in senso di un'accettazione ingenua ed acritica di tutte le informazioni fornite dal paziente deve essere sostituita da una "saggia virtù del dubbio", ove le informazioni sono criticamente valutate ed approfondite nella loro talvolta complessa realtà e commistione col disturbo mentale.

Necessità che lo psichiatra conosca gli aspetti antropo-socio-psicologici della vita in istituzione penitenziaria, per meglio contestualizzare le sue osservazioni psichiatriche. Ignorare i problemi di violenza e di prevaricazione sessuale che scandiscono la vita in una piccola cella sovraffollata di persone, il traffico complesso degli psicofarmaci ed il loro baratto, la ricerca di un disturbo mentale per evitare una pena di anni di privazione della libertà, le sofferenze legate all'isolamento, ecc. possono alterare una corretta diagnosi ed un corretto trattamento per la più adeguata beneficiabilità del paziente.

Ulteriori studi potranno meglio illustrare gli aspetti qualitativi e quantitativi relativi alle informazioni non veritiere che il paziente in istituzione carceraria può fornire allo psichiatra o agli altri operatori della salute mentale od ai responsabili del trattamento rieducativo. Una più approfondita preparazione professionale di tutti questi operatori è uno dei migliori strumenti per una corretta diagnosi e terapia dei pazienti in un'istituzione penitenziaria.



Bibliografia

- AGRIMI E. (2005): *Il sottile filo rosso. Violenza e malattia mentale*. CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- ALBARELLA C., DONADIO M. (2001): *Il Controtransfert*. Liguori Editore, Napoli.
- CORMIER B. (1979): *Transfert et concontre-transfert face au delinquant et à ses agressions*. VII Journées De Criminology Clinique Compare.
- FERRACUTI S., PARISI L., CAPPATELLI A. (2007): *Simulare la malattia mentale*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- GABBARD G.O. (2004): *Countertransference issues in psychiatric treatment*. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- GILL M. (1985): *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. Astrolabio, Roma.
- IORIO N., MASSIMELLI M., MAINA G., PAPPOTTI C.M., SGAMBATERRA S. (2009): *Simulazioni in medicina legale*. Edizioni Minerva Medica, Torino.
- LORETTU L. (2003): *Le reazioni emotive al paziente violento: implicazioni diagnostiche e terapeutiche*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- NIVOLI G.C., LORETTU L., SANNA M.N. (1999): "Valutazione e trattamento del paziente violento", In Cassano G. (a cura di): *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
- NIVOLI G.C., LORETTU L., SANNA M.N. (1999): "Aspetti clinici e medico legali in psichiatria penitenziaria". In Cassano G. (a cura di): *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
- NIVOLI G.C. (2005): *Il perito e il consulente di parte in Psichiatria Forense*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- NIVOLI G.C., LORETTU L., MILIA P., NIVOLI A., NIVOLI FL. (2006): "Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici", *Noös*, 1, 97-104.
- NIVOLI G.C., LORETTU L., SANNA M.N., MILIA P., NIVOLI A., NIVOLI FL. (2006): "Simulazione e malattia mentale", in Volterra (a cura di), *Psichiatria Forense, Criminologia ed Etica Psichiatrica*, Masson, Milano.
- NIVOLI G.C., LORETTU L., NIVOLI A., NIVOLI FL. (2008): "La traslazione del paziente con disturbo mentale e violento verso il terapeuta", *Rivista Di Psichiatria* 43-46, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- SANZA M. (1999): *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria. Valutazione ed intervento*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- TALBOT J. (1999): "Le Patient Aggressif En Milieu Psychiatrique: Le Contretransfert Et Les Problèmes De Managment", *Santè Mentale Au Quèbec* XIV, 2, 183-90.