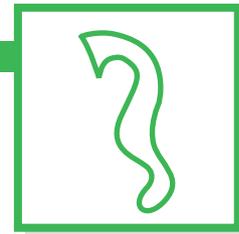


Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici

GIANCARLO NIVOLI, LILIANA LORETTU, PAOLO MILIA,
ALESSANDRA NIVOLI, L. FABRIZIA NIVOLI

Clinica Psichiatrica, Università di Sassari



PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 97-110

RIASSUNTO

All'interno del colloquio clinico – sia di tipo criminologico che psichiatrico – tra il detenuto ed una figura professionale nell'ambito della salute mentale (psichiatra, criminologo, psicologo, ecc.) in un'istituzione penitenziaria, si intrecciano una serie di elementi che concorrono a rendere tale relazione terapeutica assai difficoltosa: in primo luogo la diffidenza ed i pregiudizi presenti sia negli operatori sanitari nei confronti dei detenuti, sia da parte di questi ultimi nei confronti degli operatori. In secondo luogo, al fine di una migliore comprensione, è utile contestualizzare l'individuo, privato della propria libertà e costretto a lunghe detenzioni, all'interno di una costellazione di comportamenti, valori, regole e scelte, strettamente correlate ad una "sottocultura carceraria" e del tutto differenti da quelle che scandiscono la "vita al di fuori delle mura carcerarie". Il colloquio quindi rappresenta il mezzo attraverso cui l'operatore sanitario attua un primo intervento terapeutico ed assume una valenza ricca di aspetti strettamente specifici. Verranno di seguito esaminati alcuni elementi, soprattutto sotto l'aspetto antropologico-culturale (meccanismi psicologici utilizzati, contesto culturale, ecc.) al fine non solo di approfondire la comprensione del colloquio con il detenuto, ma anche di favorire un intervento terapeutico mirato.

Parole chiave: colloquio clinico, detenuto, sottocultura carceraria, meccanismi psicologici.

SUMMARY

During the clinical interview – both criminological and psychiatric – between the prisoner and who works in the mental health (psychiatrist, criminologist, psychologist, etc.) in the context of a prison, a lot of features can make this therapeutical relation very difficult: first of all, the suspiciousness and the prejudices of people who works in the mental health against the prisoners and vice versa. Then, for a better understanding, it is useful to consider the prisoner, deprived of his freedom and forced to long imprisonment, connected to his behaviours, values, rules and choices, tightly related to a "subculture of prison" and so different from "life out of the prison". The clinical interview is the way how who works in a mental health context makes the first therapeutical intervention and it has got very specific features. Some of the elements will be examined, particularly by an anthropological and cultural point of view (psychological processes, cultural context, etc.), in order to go deeper into the understanding of the clinical interview with the prisoner, but also in order to aid a specific therapeutical intervention.

Key words: clinical interview, prisoner, subculture of prison, psychological processes.

INTRODUZIONE

In ambito penitenziario il colloquio con il detenuto presenta differenti valenze a seconda degli operatori coinvolti. Per la loro valenza terapeutica, particolare attenzione meritano il colloquio criminologico ed il colloquio psichiatrico.

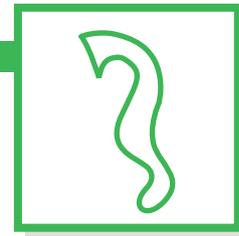
Il *colloquio criminologico*, come previsto dall'art. 80 dell'ordinamento penitenziario del 1975, ha come obiettivo l'osservazione della personalità del condannato, finalizzata alla formulazione del programma trattamentale rieducativo. Tale obiettivo conferisce al colloquio criminologico una valenza terapeutica, seppur specificamente legata alla condizione penitenziaria dell'individuo.

Tuttavia, il tempo trascorso dall'entrata in vigore dell'ordinamento penitenziario non ha fugato le numerose perplessità, e difficoltà, in merito al colloquio criminologico. In particolare, è da segnalare l'ambiguità che coinvolge il ruolo del criminologo che, da una parte, ha un mandato dell'istituzione penitenziaria e, dall'altra, riveste un certo ruolo terapeutico; pertanto, specifici aspetti quali il mantenimento del segreto professionale, la specificità del contesto in cui si svolge il colloquio, la volontarietà alla partecipazione al colloquio, ecc. si confrontano quotidianamente con obiettive difficoltà che condizionano la relazione con il detenuto.

Numerosi autori hanno segnalato l'importanza e le difficoltà del colloquio criminologico, suggerendo la necessità di utilizzare specifiche tecniche di colloquio per poter "meglio operare" in ambito penitenziario¹⁻³. In particolare Nivoli sottolinea l'importanza, per il criminologo, di conoscere le differenti strategie comunicative e relazionali utilizzate dal detenuto, che potrebbero condizionare l'andamento del colloquio qualora il criminologo non fosse in grado di riconoscerle; pertanto, atteggiamenti quali la rivendicazione, la manipolazione, la drammatizzazione, la seduzione, ecc., dovrebbero essere correttamente decodificati dal criminologo al fine di comprendere il reale contenuto della comunicazione.

Il *colloquio psichiatrico* rientra negli interventi terapeutici dell'assistenza specialistica offerta ai detenuti. Anche il colloquio psichiatrico non è scevro da problematiche, molte delle quali legate al contesto penitenziario che non garantisce, nella totalità, una corretta relazione terapeutica, in quanto condizionato da una forte impronta custodialistica, a scapito di quella assistenziale. La relazione terapeutica si confronta con la doppia responsabilità dello psichiatra che, da una parte, è responsabile nei confronti del paziente-detenuto e, dall'altra, è – anch'egli – dipendente dell'amministrazione penitenziaria ed anche a questa deve rispondere. Da tale "conflitto di interessi" scaturisce una relazione terapeutica minata alla base nelle sue caratteristiche fondamentali che concernono i principi della riservatezza, beneficiabilità, confidenzialità.

Numerose altre figure professionali si relazionano al detenuto nell'ambito di differenti contesti, non tutti a valenza terapeutica. Tuttavia, pur nell'ambito della diversità professionale, è utile segnalare la presenza di un denominatore comune che, con modalità trasversale condiziona numerose relazioni con il



detenuto: la diffidenza. In ambito penitenziario, infatti, la diffidenza è universalmente presente. Tra gli operatori penitenziari la diffidenza nei confronti del detenuto è alimentata da numerosi pregiudizi sul detenuto, spesso percepito esclusivamente come un manipolatore, costantemente orientato ad ottenere benefici secondari da chiunque ed in qualunque momento. Tra i detenuti la diffidenza nei confronti degli operatori è spesso legata alla tipica sottocultura carceraria che prevede una netta divisione tra il mondo del detenuto e “gli altri” e ad una tipica strutturazione paranoidea del detenuto che, senza necessariamente sconfinare nella patologia, si caratterizza tuttavia per diffidenza, sospettosità, sfiducia, e marcato utilizzo della proiezione. In tale clima di diffusa e reciproca diffidenza, i contenuti del colloquio con il detenuto devono necessariamente essere attentamente decodificati e riconosciuti nel loro profondo significato e nelle specifiche dinamiche.

Inoltre è utile segnalare, anche se può apparire ovvio, che il detenuto non è diverso dalle altre persone che sono fuori dalle istituzioni penitenziarie. Tuttavia per molti individui che entrano nel circuito penitenziario e subiscono lunghe detenzioni, non è possibile ignorare che il “mondo del carcere” implica valori, sottoculture, scelte di comportamenti non sempre sovrapponibili a quelli che una persona può gestire, in apparente piena libertà, al di fuori delle mura carcerarie e delle regole strette che ne condizionano la vita fisica e psicologica.

Sotto questo esclusivo e specifico aspetto è parso utile sottolineare una serie di osservazioni, sviluppate soprattutto per quanto riguarda l’aspetto antropologico-culturale, che possono arricchire di informazioni, per una migliore comprensione ed un migliore intervento terapeutico, le figure professionali che si relazionano con chi è ristretto dentro le mura delle istituzioni penitenziarie.

Nell’ambito di questi principi generali, che possono essere considerati utili per meglio affrontare sotto il profilo cognitivo e terapeutico il colloquio con il detenuto, possiamo considerare, seppur non esaustivi e non reciprocamente escludenti, gli aspetti che seguono.

LA RICERCA DI UNA PERDUTA GRATIFICANTE VISIBILITÀ SOCIALE

La maggior parte dei detenuti non è affatto fiera e gratificata dal fatto di essere etichettata, emarginata, stigmatizzata come deviante, delinquente, condannato, ecc. La maggior parte dei detenuti sente vivo il bisogno, nei suoi colloqui con estranei, di recuperare un ruolo sociale che sia gratificante, secondo i normali valori positivi che regolano la buona visibilità sociale nella popolazione generale. Per questo, il detenuto cercherà di offrire di se stesso una buona immagine in almeno tre diversi campi di informazione.

In primo luogo è da segnalare che il detenuto cercherà di fornire un’immagine di se stesso come persona innocente, non colpevole nei confronti del reato di cui è stato imputato e/o condannato. Questa richiesta di accettazione da parte di altri come persona innocente (molti in carcere si proclamano innocenti) può avvenire attraverso varie modalità che scorrono tra la negazione più assoluta della partecipazione al fatto, fino alle più sottili e sofisticate giustificazioni e razionalizzazioni di quanto è successo.

Inoltre il detenuto è sempre spinto, nel colloquio, a ricercare un'accettazione di se stesso come di una "brava persona" secondo i valori più in auge presso la propria cultura; cioè, il detenuto tenderà a dipingersi, con modalità non richieste, invasive, intrusive e ripetitive, come una persona provvista di estreme buone qualità umane, particolarmente amante della madre, rispettoso dei genitori, devoto e attento ai bisogni della propria moglie, sempre in grado di sacrificarsi per i propri figli, capace e onesto lavoratore.

Infine, seppur con tutte le ambivalenze e le variazioni tipiche del caso, è opportuno mettere in luce che il detenuto tende anche a presentarsi come un buon detenuto, cioè un detenuto leale, modello, una persona che pensa solo ai fatti suoi, non fa la spia, non fa le delazioni, non si permette di giudicare nessuno, non chiede quello che non gli è dovuto, ecc.

Il detenuto quindi, come ogni persona che vive in un contesto sociale e culturale con dei valori, tenderà a presentarsi come un individuo in sintonia con i valori a buona visibilità sociale di quel dato contesto. Potrà cercare di adempiere a questa sua funzione spesso con una particolare intrusività, stereotipia e soprattutto incurante, a volte, di un mancato rispetto di realtà concrete che stridono fortemente con le sue affermazioni.

L'ASSUNZIONE DEL RUOLO DI VITTIMA

Per la maggior parte dei detenuti, soprattutto quelli che da lunghi anni sono ristretti nelle carceri, sarebbe difficile e fortemente traumatizzante un reale confronto con l'amara realtà della loro vita. Per queste persone mettersi davanti allo specchio e valutare, con obiettività e freddezza, che alla loro età non hanno concluso nulla a livello di lavoro, di sistemazione economica, non hanno alcuna professionalità, non possiedono alcuna fonte di reddito e non hanno alcuna sicurezza emotiva nei confronti delle persone più care da cui spesso sono criticati, se non chiaramente abbandonati ed esclusi, è estremamente difficile. Non pochi detenuti, inoltre, sono affetti da patologie croniche, per cui non riescono a cogliere una speranza nel futuro.

Di fronte ad una realtà così crudele, frustrante, senza speranza, il detenuto può ricorrere ad attribuire la colpa di tutto ciò agli altri ("la colpa non è mia, è degli altri!") o ad assumere il ruolo stereotipato di vittima ("gli altri sono cattivi, io sono buono, io sono una vittima della cattiveria degli altri").

A volte l'attribuzione della colpa ad altri (proiezione della colpa) viene fatta con modalità difficilmente comprensibili per le persone che non sono abituate al riconoscimento dei meccanismi di difesa.

La colpa, se io sono in carcere, è dei miei genitori... Mi hanno detto: "sei un drogato!" e allora io sono stato costretto ad andarmene fuori di casa e a drogarmi. Se non me l'avessero detto io, a questo punto, non sarei un drogato. È colpa loro!

La descrizione di se stessi come vittime è spesso oggetto di lunghe verbalizzazioni del detenuto con le persone con le quali ha un colloquio.

I poliziotti ed i carabinieri sono violenti, si sono sbagliati sul mio conto, mi hanno volontariamente trattato con violenza e con mancanza di rispetto... I

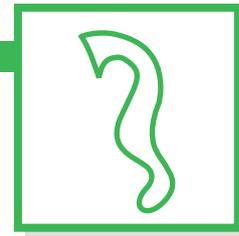
datori di lavoro sono sempre stati incompetenti, intrusivi, francamente delinquenti... In carcere non mi si dà mai la possibilità di svolgere, come previsto per legge, un lavoro retribuito, nonostante la buona volontà. Anche in carceri ci sono i raccomandati di ferro, le ingiustizie... I servizi igienici nelle celle non funzionano come previsto per legge... È un vero e proprio schifo la mancanza più assoluta di rispetto per la dignità umana... Non ho possibilità di usufruire del numero dei permessi che sono previsti per legge; il cibo che è fornito dall'amministrazione ha sempre invariabilmente delle manchevolezze: è troppo, è troppo poco, è troppo gustoso, è troppo pepato, è troppo insipido, sembra il cibo di un ospedale per malati, sembra il cibo di una trattoria con tante spezie per nascondere i cibi avariati, ecc.

Queste plateali proiezioni di colpa sugli altri e descrizione di se stessi come vittima stereotipata, intrusiva, petulante, non devono, aprioristicamente escludere, in chi ascolta, la reale possibilità che la colpa non sempre sia del soggetto e che in non pochi casi numerose dinamiche si spieghino attraverso ruoli vittimologici: tutti elementi che non possono essere che correttamente approfonditi sotto l'aspetto cognitivo e terapeutico.

LE RISPOSTE A LARGO ALONE SEMANTICO

Nell'ambito del colloquio con il detenuto è spesso difficile ottenere delle risposte obiettive, precise, specifiche, anche a domande apparentemente semplici. Nel detenuto spesso la risposta è molto vaga, imprecisa, onnicomprensiva e, soprattutto, tende a modificarsi nel corso del colloquio stesso. Le risposte vaghe e nebulose lo sono tanto più quanto il detenuto non ha ancora nella sua testa idee chiare su quello che vuole o può ottenere dalla persona che lo sta interrogando. Nell'esempio che segue è possibile avere un'idea più precisa del vissuto del detenuto in merito a queste risposte esitanti, vaghe e generiche: *lei mi ha chiesto che terapia farmacologica sto assumendo e vuole una risposta precisa, ma io non so mica che cosa lei ne fa della mia risposta. Per esempio, se lei mi deve dare delle terapie allora io le dirò che stavo assumendo fino all'altro giorno delle forti dosi di eroina e adesso sono in astinenza. Se invece lei fa un rapporto al magistrato ed io voglio uscire dal carcere, dirò che avevo smesso da anni di prendere l'eroina e che non mi interessa più perché io sto solo cercando di trovare un lavoro. Se invece lei mi può mandare in una comunità terapeutica, dove si vive meglio che in carcere, allora io dirò che ho preso un po' di eroina, che mi sono già disintossicato un po' da solo e che avrei bisogno di un po' di aiuto da una comunità per poter vivere meglio e realizzare il mio sogno di disintossicarmi.*

Le risposte a largo alone semantico non impediscono che a volte vi siano risposte del tutto non corrispondenti al vero, ovvero risposte veritiere finalizzate ad ottenere specifici guadagni secondari. In linea generale, questa tendenza a dare risposte sul massimo dell'adattabilità, e della possibilità di sfruttare per guadagni secondari il tipo di interlocutore, porta sovente il detenuto ad adottare questa tecnica. Sarebbe certo ingenuo ritenere che tutte le persone, soprattutto i pazienti psichiatrici, raccontino solo e sempre la verità



assoluta agli operatori sanitari. Tuttavia, nel caso del detenuto chiuso in un'istituzione penitenziaria, non possono essere ignorati i vari guadagni secondari che possono essere legati alle informazioni che il paziente può gestire nella comunicazione.

L'AFFOLLAMENTO CONFUSO DI MILLE PROBLEMI URGENTI

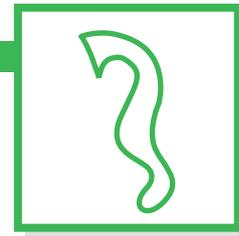
Non raramente chi opera in istituzioni penitenziarie si confronta con un detenuto che dichiara di trovarsi in situazione di urgenza e richiede pressantemente un colloquio. Tuttavia nell'ambito del colloquio non emerge un problema chiaro e semplice, ma emergono miriadi di problemi, tutti "importantissimi", tutti "urgenti", quasi tutti "senza speranza di risoluzione", che il detenuto "getta in faccia" al suo interlocutore. Si tratta a volte, per gli operatori della salute mentale, ma non solo per loro, di essere investiti da un affollamento confuso di problemi che il paziente, con ansia, agitazione e, talvolta in modo aggressivo e provocatorio, getta sulla scrivania se non direttamente sulla coscienza di chi lo ascolta.

Dottore, io non riesco più a vivere qua dentro perché è la seconda volta che mi condannano per furto, ma io non ho fatto niente, io impazzisco... E poi io ho sempre sofferto di claustrofobia e adesso qui sarete tutti responsabili se mi succede qualcosa... È più di un anno che sono chiuso qua dentro, tutti gli altri lavorano, a me non danno un lavoro ed io non ho nemmeno i soldi per comprare le lamette per farmi la barba, per fumare una sigaretta... Ma le pare giusto che io debba chiedere l'elemosina per potermi fare la barba... Io sono già stato all'ospedale psichiatrico giudiziario, lei mi deve mandare perché io, glielo dico, se non mi manda oggi o domani, lei lo deve sapere che mi può succedere qualcosa e lei, e voi tutti, ne siete responsabili... Io sono ammalato, io sono già stato all'ospedale psichiatrico! Vi chiedo di andarci e voi continuate a non mandarmi... Qui dentro mi trattano tutti come un cane! Io devo parlare con mio padre che non ha il telefono ed è molto ammalato, vecchio, anziano, e nessuno di voi si è dato da fare per avvisarlo! Io devo parlare con mio padre, non le pare che sia un mio diritto? Cosa stanno a fare qui gli educatori, i criminologi, i sociologi se non riesco neanche a parlare con mio padre vecchio e morente... è un mio diritto...

Da rilevare che questo soggetto non è mai stato accusato di furto, bensì di rapina a mano armata...; non ha mai sofferto di claustrofobia...; messo al lavoro in carcere ha rifiutato di continuare a lavorare perché "pagato troppo poco"...; all'ospedale psichiatrico giudiziario non è stato diagnosticato psicotico, ma solo portatore di una diagnosi di personalità antisociale; il padre, e lui è perfettamente informato, gode di buona salute e rifiuta di parlare con il figlio detenuto che reputa "delinquente incallito" e con cui "non vuole avere più niente a che fare".

Non può essere ignorata, da colui che si relaziona con il detenuto in ambiente carcerario, la sua funzione quasi di "pompieri", che deve spegnere ogni giorno tanti piccoli incendi, e cioè tante piccole fonti di frustrazione, ansia, agitazione che spesso si accavallano fra di loro e, come tanti piccoli ruscelli,

formano un torrente in piena che deve essere adeguatamente guidato, in senso terapeutico, allo scopo di evitare pericolosi passaggi all'azione auto od eteroaggressivi.



IL PASSAGGIO ALL'AZIONE COME MECCANISMO DI DIFESA DAI SENTIMENTI PENOSI

Non è possibile evitare che il detenuto, anche il più equilibrato psicologicamente, nell'adattamento a nuove situazioni, non sia oggetto, in carcere, di penose frustrazioni, non solo legate alla vita carceraria, ma anche alle notizie che possono giungere dall'esterno. A queste situazioni, interne ed esterne, di grave frustrazione, in ambiente carcerario, il detenuto può reagire direttamente con dei passaggi all'azione, costituiti per lo più da autolesionismi, tentativi di suicidio, aggressioni, crisi pantoclastiche, ecc. Tutti questi passaggi all'azione provocano a loro volta un grave scompiglio nella vita ordinata del carcere, creano turbamento ed ansia tra il personale medico e paramedico ed il personale addetto alla custodia, perché appaiono qualche volta quasi indomabili, non sempre prevedibili e, soprattutto, difficilissimi da gestire.

Un esempio tipico si può avere nel detenuto che va in infermeria e richiede un'enorme quantità di farmaci:

Sto male, se non mi date i farmaci siete dei vigliacchi, non sapete fare il vostro mestiere e lasciate soffrire un essere umano!

Al rifiuto motivato dei farmaci, il detenuto incomincia i suoi acting-out verso il personale medico e paramedico, sbatte la porta dell'infermeria, si reca in cella ed in genere, dopo aver preso le lamette, si produce vistose lesioni alle braccia.

Non è certo prerogativa specifica del detenuto l'incapacità di mentalizzare e cioè di gestire sentimenti penosi come l'ansia, la frustrazione, il timore, la paura, senza passare direttamente ad un'azione. Tuttavia, spesso, l'ambiente carcerario può favorire, per la mancanza di soluzioni alternative, questo passaggio all'azione. In particolare, la stessa struttura mentale di molti detenuti, che hanno difficoltà a mentalizzare, può favorire questa messa in atto di un meccanismo psicologico che spesso peggiora, complica, un corretto e funzionale adeguamento del soggetto alle rigide regole che vigono in un'istituzione penitenziaria. Le persone deputate al colloquio con il detenuto non possono ignorare le modalità di gestione dei sentimenti penosi che invariabilmente, o prima o dopo, possono interessare un detenuto e le loro possibili implicazioni in passaggi all'azione inadeguati e pericolosi per l'integrità fisica dello stesso e di altre persone.

L'USO PATOLOGICO DELL'ATTENZIONE SELETTIVA

Il colloquio con il detenuto spesso mette in luce dei contenuti che sono estremamente selettivi e specifici nei confronti dell'unica realtà che il detenuto vuole vivere e vuole illustrare al suo interlocutore. Accade cioè che il dete-

nuto, di tutte le innumerevoli stimolazioni che può offrire l'ambiente carcerario, sia in senso positivo che negativo, scelga solo ed esclusivamente quelle che più si adattano ai suoi desideri e alle sue speranze. Quest'attenzione selettiva può essere posta tanto nei confronti di atteggiamenti malevoli, quanto di atteggiamenti benevoli da parte dell'ambiente carcerario.

Dal racconto di un detenuto: *io l'ho dovuto aggredire perché mi sono accorto che quello mi voleva umiliare e disprezzare. Quando mi dava il piatto faceva sempre cadere qualcosa per terra... il bicchiere me lo appoggiava sempre in modo rumoroso e provocatorio... se poi si doveva alzare mentre mangiavamo spesso mi urtava e sbatteva la sua sedia contro la mia sedia... sembrava che lo facesse apposta per provocarmi e per volermi umiliare davanti agli altri... alla fine non ce l'ho più fatta.*

Ma quest'attenzione selettiva può essere anche rivolta a desideri e speranze che il detenuto nutre nei confronti dei suoi interlocutori.

Ma voi tutti me l'avevate promesso che mi avreste fatto uscire dal carcere... Lei come medico mi ha detto: "adesso ti faccio un certificato e vedrai che il giudice lo prenderà in considerazione per mandarti fuori dal carcere perché questo non è il tuo posto. Sei troppo ammalato per rimanerci." Così anche l'avvocato mi ha detto: "non ti preoccupare, uscirai al più presto perché il magistrato non ha alcun motivo ed alcuna giustificazione per tenerti in carcere." Anche il direttore mi ha detto: "tieni duro per una settimana o due e poi vedrai che le cose si risolvono". Insomma, tutti quanti mi avete fatto delle promesse ed io ci ho creduto. E adesso cosa succede? Che mi vedo arrivare un aggravio di pena per altri sette anni di carcere...

L'attenzione selettiva a determinati aspetti, così come viene descritta, non è ovviamente identificabile con una psicopatologia legata ad una interpretazione paranoidea, paranoicale della realtà in senso persecutorio o ad una interpretazione di tipo maniacale in cui tutto è facile, tutto è semplice, tutto è possibile, tutto si può ottenere immediatamente. L'attenzione selettiva è stata da lungo tempo oggetto di studi psicologici e psichiatrici. Ricordiamo infatti come vi siano stati esperimenti con "pseudo-pazienti" psichiatrici, in realtà sani di mente, in cui il personale medico e paramedico riusciva a trovare la patologia che si aspettava di trovare. Se venivano, infatti, inviati pazienti descritti come psicotici, essi tendevano ad essere riconosciuti come psicotici sebbene fossero sani. Ovviamente, in ambito carcerario l'attenzione selettiva, che può variare nei campi più disparati, non è di necessità separata da eventuali disturbi di personalità o psicosi che si possono variamente associare e contribuire a complicare una corretta visione della realtà da parte del detenuto.

LA TENDENZA AD AUTOCONFERMARE LE PREVISIONI

Nell'ambiente carcerario spesso non solo vengono vissuti sentimenti di tipo depressivo che rappresentano classicamente la difficoltà a nutrire delle speranze per il futuro (*hopelessness*), la difficoltà a poter ottenere aiuto (*helplessness*), la difficoltà ad avere una buona autostima (*worthlessness*), ma può esservi anche la messa in atto, da parte del detenuto, di previsioni spesso a



fondo nichilista, depressivo, di impotenza, di smacco, che egli stesso favorisce nell'ambito di un'autoprofezia che si sforza di realizzare.

Quel detenuto sembra farlo apposta, si lamenta che non lo si mette mai a lavorare e così non può guadagnare dei soldi e non può essere utile a casa; però ogni volta, prima di essere messo a lavorare, quando gli si dice: "da domani puoi andare al lavoro", lui riesce ad aggredire qualche compagno o qualcuno del personale di custodia così è punito e non è più inviato al lavoro. Quando lo si chiude in isolamento si taglia le braccia con la lametta e urla che tutti ce l'hanno con lui e che c'è una macchinazione per non dargli il lavoro.

Non è certo caratteristica del detenuto quella di crearsi delle aspettative sia in senso positivo, socialmente accettabile e gratificante, sia in senso socialmente negativo e frustrante. È tuttavia frequente che in ambiente carcerario, proprio in ragione della forte presenza di sentimenti come ostilità, aggressività, paura, e componenti depressive (perdite, separazioni, scarsa o poca fiducia in se stessi, difficoltà ad accettare o a pensare che si possa essere aiutati, blocco delle speranze future ecc.), si creino aspettative che spesso è lo stesso detenuto a rendere reali e concrete confermando la stessa profezia, spesso a carattere depressivo, che aveva costruito.

LA PERSISTENZA DI SCHEMI MENTALI DI COMPORTAMENTO NON FUNZIONALI

Quando il detenuto lascia l'ambiente libero per entrare nelle mura del carcere non lascia fuori dalle porte del carcere tutti i suoi problemi sociali, psicologici e, soprattutto, i suoi schemi comportamentali. Anche in carcere cercherà di ripetere quello che era solito ripetere, a parità o similarità di stimoli, nel suo ambiente libero.

Un detenuto era stato condannato per aver ucciso una prostituta che non gli portava sufficiente denaro. In carcere si occupa di un giovane ragazzo che obbliga a prostituirsi con altri detenuti; poiché quest'ultimo non gli porta guadagni soddisfacenti in termini di sigarette, di vino e di farmaci, cerca di ucciderlo.

Talvolta è nell'ambito della sua permanenza in carcere che il detenuto acquisisce e tende a ripetere determinati schemi comportamentali inadeguati e disfunzionali alla sua esistenza e qualità di vita.

Dal racconto di un detenuto: da quando sono in carcere io, tutte le volte che sono arrabbiato, teso e nervoso, non importa se con i compagni o con il personale di custodia, ho trovato un metodo che funziona sempre: prendo la lametta da barba e mi taglio le avambraccia, poi dopo io mi sento subito molto meglio, mi sento più rilassato, più tranquillo.

Il detenuto, come la maggior parte delle persone, tende a ripetere nella propria vita schemi di comportamento già fissati, elaborati, basati su esperienze precedenti. In ambito carcerario questi schemi tendono ancor più a fissarsi, data la maggior ristrettezza del campo esistenziale e delle scelte, e spesso sono improntati ad un comportamento distruttivo e violento nei confronti di cose, di se stessi o degli altri.

LE SCUSE PIÙ DISPERATE E DISPARATE PER ESSERE ASCOLTATO

Il carcere non è solo, nell'ambito di una rappresentazione simbolica, un padre crudele, cattivo che toglie la libertà, impone solo sacrifici e punizioni; è altresì, per alcuni detenuti, la rappresentazione di una madre accogliente ed accettante. In questi casi l'istituzione rappresenta l'unico ambiente in cui molte persone hanno un tetto sotto cui ripararsi, del cibo caldo per nutrirsi, un letto su cui dormire, sono anche curati per le loro malattie, ma soprattutto vengono accettati ed ascoltati.

Un detenuto afferma di soffrire profondamente ad un ginocchio e di dover assolutamente essere visitato dal medico perché non riesce più a muoversi. Giunto all'osservazione del medico parla del ginocchio e poi continua ad illustrare la sua difficoltà a respirare, l'ansia, la sua grande depressione per esser lontano dalla famiglia e poi conclude: "caro dottore, qui è tutto semplice e bello, qui finalmente siamo curati, ascoltati come lei sta facendo; io a casa non ho nessuno che mi ascolta, nessuno che bada a me, tutti mi chiedono i soldi per tirare avanti, mi disprezzano, mi trattano male, mio padre e mia madre non mi vogliono nemmeno più vedere;... l'inferno è fuori, ed io ho paura, ne vorrei parlare ma ho paura, credo che solo parlando con qualcuno mi toglierò le paure che mi aspettano fuori dal carcere".

Il carcere quindi, tra i suoi vari aspetti, può anche assumere il ruolo di una madre adetta all'accudimento, all'ascolto; tutto ciò non può essere ignorato e non adeguatamente utilizzato ai fini terapeutici.

LA SPECIFICA REATTIVITÀ DEL SINGOLO A SPECIFICI EVENTI TRAUMATICI

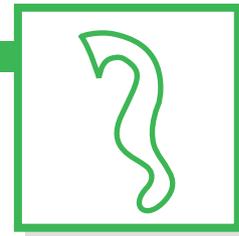
In ambito carcerario la maggior parte dei detenuti si trova ad affrontare specifici eventi traumatici. Ad esempio "l'impatto della prima carcerazione", ovvero la "vertigine dell'uscita" (insieme di paure ed ansie che si possono avere prima di uscire nuovamente dal carcere ed affrontare la vita in libertà), ecc.

Di fronte a tutte queste specifiche stimolazioni, le persone possono reagire in modo diverso a seconda delle loro disposizioni e delle loro specifiche psicopatologie.

Ricordiamo, ad esempio, di due assessori comunali rinchiusi in carcere per lo stesso reato. Il primo ha così verbalizzato: *ho dovuto prendere tutto come un incidente sul lavoro; dato che ero in carcere ho cercato di valorizzare al massimo la mia permanenza e, come vede, ora che sono uscito ho fatto una mostra dove ho invitato tutti i miei amici e conoscenti, dove si vedono tutti gli angoli più sperduti, bui e terribili del carcere e, nelle poesie che ho scritto, si può leggere lo stato d'animo non solo mio ma di molti detenuti.*

L'altro assessore dice: *è stata un'esperienza che non auguro a nessuno, io quasi ogni giorno pensavo di farla finita ed uccidermi, pensavo alla vergogna mia ad uscire, alla vergogna della mia famiglia, dei miei figli; mi sono tagliato tante volte i polsi, ma forse non l'ho fatto con coraggio sufficiente;*

anche quando ho cercato di impiccarmi l'ho fatto male, s'è rotto il cappio e per puro caso sono ancora vivo. La mia vita, adesso che uscirò tra qualche giorno, è distrutta, non ho alcuna speranza, sono un uomo morto...



LA CONTESTUALIZZAZIONE DEL SOGGETTO NELLE SOTTOCULTURE CARCERARIE

Vivere in un carcere è, per molti detenuti, entrare a fare parte o di culture generali, “culture madri del carcere”, o di piccole culture di specifici soggetti che sono soliti frequentare il carcere, forme di “cultura figlia”, che presentano una loro specificità. Tra le “culture madri”, ad esempio, più importanti e più diffuse, vi è senz’altro la tendenza ad interpretare in senso malevolo, come pericoloso ed intrusivo, il comportamento degli altri.

All’inizio del lavoro in carcere, come medico, arrivato in una fredda giornata di dicembre sono stato avvicinato dal personale di custodia che mi ha detto: “dottore, i detenuti, pur di farci stare al freddo hanno rovinato l’impianto di riscaldamento”. Poco dopo, visitando i detenuti, mi confidavano: “dottore, ha visto il personale di custodia, pur di farci stare al freddo ha rovinato volontariamente l’impianto di riscaldamento.

Si tratta di un aspetto di tipo persecutorio che, pur ricordando tratti paranoidei e paranoicali, non può non essere interpretato alla base di una cultura madre di tipo intrusivo, nocicettivo reciproco, che esiste in ambiente carcerario.

A volte poi il detenuto non è in grado di assorbire e gestire sottoculture figlie. Ad esempio, la cultura propria dei tossicomani (richiedere tanti farmaci, essere lamentosi) è molto diversa da quella degli appartenenti a organizzazioni criminali che accettano il carcere, non disturbano e si comportano rispettosamente verso il personale di custodia.

Un importante capo di un’organizzazione criminale ebbe a confidare: “dottore, mi sposti da questo braccio speciale, perché io non sono tra uomini, sono tra sfruttatori di donne, ladri di galline, tossicomani, che gridano ed urlano tutto il giorno, sono in uno zoo di animali. Lei mi metta fra gli esseri umani, non chiedo altro...”.

Per un detenuto, il non conoscere quale deve essere il comportamento in carcere, sia nella cultura carceraria più vasta e generale, sia nelle culture figlie, può provocare gravi problemi nelle relazioni personali ed essere alla base di ulteriori complicazioni, non solo a livello psicologico ma anche a livello della salvaguardia della propria integrità fisica. Anche questi non sono elementi da trascurare per un corretto intervento terapeutico nella persona del detenuto.

IL MONDO DEL BARATTO

In carcere non può circolare il denaro e le persone che spesso non possono disporre di alcun bene voluttuario cercano di scambiarsi i pochi privilegi che hanno attraverso il modo più primitivo di commercio, e cioè il baratto. In

carcere quasi tutto viene barattato, compresi i farmaci, come risulta dall'esempio che segue.

Dalle verbalizzazioni di un detenuto: *io sono una persona onesta, commercio i miei farmaci, ad esempio dò tre compresse di benzodiazepina per un litro di vino oppure due compresse per un pacchetto di sigarette, ma c'è qualcuno che bara sul gioco; per esempio, il mio vecchio compagno di cella che era diabetico dava le sue compresse ipoglicemizzanti spacciandole per benzodiazepine e pretendendo per ognuna due pacchetti di sigarette. L'hanno preso perché a lui è venuto il diabete ed è stata male anche la persona a cui aveva dato le sue pillole.*

Il mondo del baratto si estende, oltre ai farmaci, alle protezioni, alle raccomandazioni, al mangiare, al fumo, alla sessualità, allo scambio di aggressioni, di punizioni fisiche e corporali che un detenuto per conto di un altro può mettere in atto su un compagno.

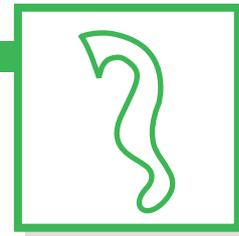
LE SOFISTICATE REGOLE DI UN GALATEO PER CONVIVERE CON LA PAURA DELL'ALTRO

Il mondo carcerario è spesso vissuto all'insegna della paura di essere aggrediti dalle altre persone. È il sentimento più diffuso, che permea sia il personale di custodia che i detenuti. La gestione di questa aggressività intragruppale è svolta all'insegna di precise, sofisticate regole di galateo che, se non conosciute o infrante, possono scatenare gravi ed irrimediabili comportamenti violenti.

Dalle verbalizzazioni di un detenuto: *vivere in carcere non è come si vede nei film, tutti amici, tutti compagni, tutti insieme a cenare e raccontarsi le proprie cose. La vita in carcere è ben differente, in una cella c'è sempre chi vuole comandare e dice: tu spazzi per terra, tu pulisci il cesso, tu rifai i letti per tutti. Anche per il semplice mangiare c'è chi dice: il sugo lo faccio io, tu pensa a far bollire la pasta e io ti dirò quando la devi togliere. C'è sempre qualcuno che vuole imporsi su qualcun altro; c'è sempre qualcuno estremamente nervoso, che può scoppiare da un momento all'altro per la minima stimolazione; c'è sempre in carcere qualcosa di cui non puoi parlare perché magari il tuo compagno è troppo interessato, come se ogni volta tu rischiassi di parlare di corda a casa dell'impiccato. Solamente due sere orsono un nuovo giunto, ingenuamente e senza chiedere il permesso a tutti, ha cambiato programma alla televisione, ed improvvisamente un nostro compagno, che noi conoscevamo già come una bomba pronta ad esplodere perché aveva ricevuto nove anni di aggravio della pena, ha spaccato lo sgabello e con una delle gambe ha fracassato il cranio al nuovo giunto che non sapeva nulla della vita carceraria.*

La vita in carcere è spesso improntata a una grande e forte paura di essere aggrediti dalle altre persone, la quale non è quasi mai verbalizzata in modo così chiaro e specifico dal detenuto. Saranno altri contenuti del colloquio a mascherare queste profonde paure; così molto spesso una cella troppo umida sta a significare che il paziente ha paura di essere aggredito, un dolore alla

colonna vertebrale e il non poter scendere all'ora d'aria stanno ad indicare che in libertà con gli altri detenuti potrebbe essere vittima di un'aggressione e il non recarsi dal medico potrebbe significare il timore di incontrare, per strada, un altro detenuto che ha giurato vendetta, ecc.



IL REGNO DELLA NOSTALGIA

In ambiente carcerario, non solo vi è una situazione obiettivamente sgradevole e frustrante, la restrizione della libertà, un ambiente chiuso, sporco, pericoloso, a stretto contatto con altri esseri umani nervosi, irascibili, di cui non ci si può liberare, ma anche un sentimento di disagio per vivere lontani da un ambiente ritenuto più gratificante come la propria casa, con la propria donna, i propri divertimenti e i propri beni personali. Si sviluppa così, in carcere, un vero e proprio proliferare di tutti i fenomeni di nostalgia verso il bene, il bello e il buono dell'esterno, perduto in contrasto con il cattivo, il brutto e il pericoloso dell'interno.

Dal commento di un infermiere del carcere: *tutti i detenuti non fanno altro che parlare nel modo migliore della propria mamma, un angelo che gli vuole tanto bene e a cui loro vogliono tanto bene. I figli che sono innamoratissimi del proprio papà o della propria mamma e che non possono vivere senza; la loro casa sempre riscaldata, dove si mangia bene, dove tutto è bello e pulito. Il carcere per tutti sembra diventare sempre molto più brutto di quello che è, ed è già brutto in realtà, mentre l'esterno diventa sempre più bello, luminoso, luccicante, caldo, accogliente di quello che è. Questa è la deformazione che fanno, ed è inutile intervenire: se cerchi di correggere il loro pensiero si arrabbiano.*

Il carcere, uno dei regni più idonei per creare i fenomeni di nostalgia, porta con sé anche una notevole deformazione della realtà, ma offre al contempo notevoli spunti da valorizzare in senso terapeutico per migliorare la qualità di vita del detenuto ed aiutarlo a tollerare con più sicurezza le frustrazioni.

CONCLUSIONI

Le caratteristiche qualitative delle osservazioni che precedono non hanno alcuna pretesa di escludere le varie psicopatologie di ordine psichiatrico, psicologico e le problematiche sociologiche che il singolo individuo può presentare. Inoltre, non desiderano ignorare l'estrema diversità di reattività alla carcerazione nei singoli soggetti interessati e il differente stile di vita che esiste in ogni specifica istituzione penitenziaria. Pur tuttavia, tenendo presente queste limitazioni, le osservazioni che precedono, sotto il profilo generale e sempre da verificare nel singolo caso specifico, possono essere di aiuto a tutti i diversi operatori della salute mentale che hanno colloqui con le persone in stato di restrizione di libertà nelle istituzioni carcerarie (sociologi, psicologi, criminologi, psichiatri, infermieri, ecc.). Queste osservazioni non possono inoltre essere altresì ignorate o sottovalutate da chi è preposto in

vari gradi alla sicurezza degli ambienti penitenziari e deve spesso gestire in prima persona il rapporto umano diretto con il detenuto (polizia penitenziaria, volontariato, artefici e responsabili di corsi professionali, ecc.).

Inoltre, quanto precede permette di isolare alcune osservazioni specifiche sul colloquio con il detenuto.

La complessità della corretta decodificazione del contenuto di un colloquio con il detenuto suggerisce di ottimizzare la comunicazione nella rete di operatori che ad esso si relazionano. Il contenuto di un colloquio, a volte, risulta un mosaico i cui tasselli sono sparsi tra i vari operatori; solo una buona e corretta comunicazione tra questi permette di ricostruire il reale significato di un colloquio che altrimenti rimarrebbe frammentato, incompleto e, soprattutto, incomprensibile e non terapeuticamente utilizzabile.

Appare opportuno saper adeguatamente valutare il contesto e la temporalità del colloquio. Niente è più costante, nel carcere, della variabilità dei significati del verbalizzato del detenuto: ciò che in un dato momento ha un significato potrebbe non averlo in un momento successivo. Pertanto, il reale significato delle comunicazioni del detenuto dovrebbe sempre essere verificato e contestualizzato nell'attualità del momento. Inoltre, gli operatori penitenziari dovrebbero saper cogliere il reale significato del colloquio con il detenuto al di là della "cortina di diffidenza" che, fisiologicamente, avvolge operatori e detenuti in ambito penitenziario. Infine gli operatori penitenziari, ed in particolar modo lo psichiatra, dovrebbero sapersi utilizzare come strumento diagnostico e terapeutico attraverso una corretta valutazione ed identificazione dei meccanismi psicologici utilizzati alla base delle proprie emozioni e comportamenti che, qualora non adeguatamente riconosciuti, contribuiscono a formare una "lente discorsiva" che non consente di cogliere la realtà clinica e di utilizzarla ai fini terapeutici^{4,5}.

Bibliografia

1. Nivoli GC. Il colloquio criminologico. In: Trentini G, ed. Manuale del colloquio e dell'intervista. Milano: Mondadori; 1980.
2. Merzagora I. Il colloquio criminologico. Milano: Unicopli; 1987.
3. Strano M. Manuale di criminologia clinica. Firenze: SEE; 2003.
4. Loretto L. Le reazioni emotive al paziente violento. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000.
5. Nivoli GC. La patologia mentale del terapeuta e la patologia mentale del paziente: incontri e scontri. Milano: Hippocates Ed.; 2000.