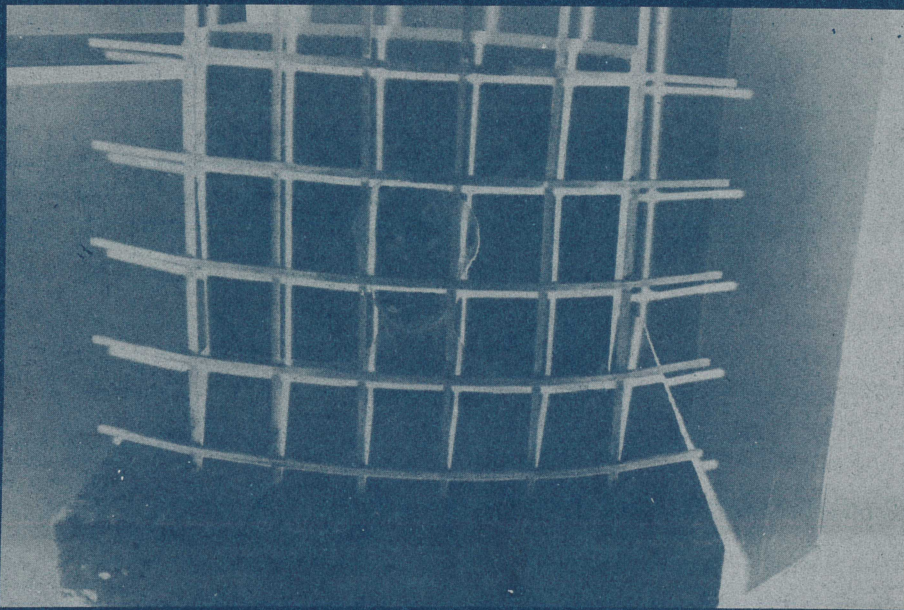




**A. M. A. P. I.**  
ASSOCIAZIONE MEDICI AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA ITALIANA



# TRAUMA DA INGRESSO IN CARCERE



**C. MASTANTUONO - M. DELLA ROVERE - E. D'ERRICO**

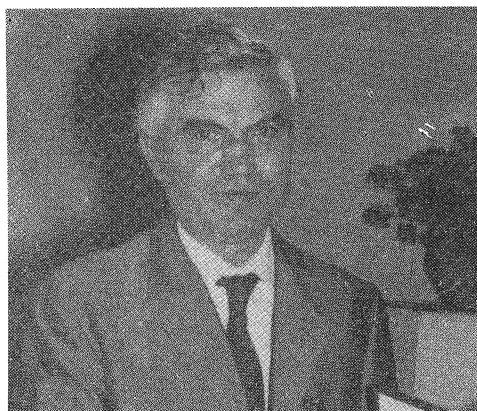
---

---

# TRAUMA DA INGRESSO IN CARCERE



*Il Prof. Carlo Mastantuono.*



*Il Dr. Enrico D'Errico.*

## **Prefazione**

*“Trauma da ingresso in carcere”  
costituisce senza dubbio il primo lavoro  
scaturito da osservazioni scientifiche  
condotte dai Medici Penitenziari nel  
carcere “Regina Coëli” di Roma.*

*A distanza di 35 anni dalla sua prima  
edizione conserva intatto il suo valore  
clinico.*

*Tale merito va ascritto alla indubbia  
sensibilità professionale degli Autori, che  
pur tra molteplici difficoltà sono riusciti a  
rilevare i sintomi più importanti e  
significativi riuscendo a configurare una  
vera sindrome che trova oggi una sua  
legittima collocazione nei trattati di  
Patologia Medica.*

*Agli Autori, fondatori dell'AMAPI, vada il  
nostro più vivo apprezzamento con  
sentimenti di profonda stima.*

FRANCESCO CERAUDO

---

---

## TRAUMA DA INGRESSO IN CARCERE (\*)

C. MASTANTUONO

M. DELLA ROVERE

E. D'ERRICO

Nelle carceri giudiziarie di maggiore importanza è divenuta ormai regola assoluta sottoporre i detenuti, al loro ingresso, ad una visita generale, ad un controllo radiologico del torace e ad un esame sierologico per la lue.

E' bene precisare che la visita medica non si limita ad una frettolosa raccolta di dati anamnestici, ma è condotta con scrupolosa attenzione dai medici di guardia anche allo scopo di ricercare affezioni latenti e quindi ignorate dallo stesso paziente.

Nello stendere la cartella clinica il sanitario riporta inoltre alcune note sulle condizioni psichiche del soggetto, concludendo con una valutazione sulle capacità ed attitudini al lavoro in generale e più specificatamente per le mansioni cui vengono generalmente destinati i detenuti.

Uno studio sistematico così condotto ci ha consentito di notare una particolare sintomatologia presentata da alcuni individui che dallo stato di libertà passavano bruscamente alla detenzione, caratterizzata da una serie di fenomeni fisici di un certo rilievo, che ci hanno indotto a meglio studiarne le cause e la reale consistenza di essi.

Si è subito reso evidente che la sintomatologia in questione compariva quasi esclusivamente in soggetti precedentemente sani che per la prima volta varcavano la soglia di un carcere, mentre

---

(\*) L'articolo è stato presentato al IV Congresso internazionale di criminologia svoltosi all'Aja dal 5 all'11 settembre 1960.

non si presentava che raramente e comunque molto attenuata in quanti avevano familiarità con una simile esperienza. I particolari sintomi riferiti da questi pp. ci hanno reso intuitivo metterli in relazione con lo shock determinato dalla improvvisa perdita della libertà in una con varie altre cause quali la paura, l'ansietà, le apprensioni per i più diversi motivi che generalmente sommergono chi a seguito di un atto delittuoso o innocentemente viene ristretto in carcere.

La raccolta delle nostre osservazioni è iniziata allorché abbiamo notato che alcuni detenuti, fra quanti giornalmente entrano in carcere, rifiutavano decisamente di alimentarsi; una più accurata indagine su questi soggetti mise in evidenza che detto rifiuto non era intenzionale, ma si trattava di vera inappetenza e che questo non era il solo né il più importante dei disturbi che questi pp. potevano presentare; infatti potemmo rilevare in una discreta percentuale di casi i seguenti sintomi per lo più associati nello stesso soggetto, anche se di diversa intensità e gravità:

- a) Inappetenza, anoressia completa, impossibilità di ingerire cibi anche se liquidi;
- b) stipsi ostinata, talvolta persistente per un lungo periodo;
- c) secchezza delle fauci spesso con sete intensa;
- d) cefalea, talvolta gravativa e particolarmente fastidiosa;
- e) insonnia, spesso invincibile e persistente;
- f) senso di fame d'aria;
- g) palpitazioni, dolori al precordio di modesta entità;
- h) vertigini, talora accenno alla lipotimia;
- i) sensazioni di freddo, caldo, parestesie, mani umide e fredde;
- l) minzione frequente, spesso nicturia;
- m) astenia, difficoltà a concentrarsi;
- n) disturbi psichici di diversa entità.

L'esame obbiettivo è in questi casi sostanzialmente negativo, il che può anche indurre a considerare questi pp. dei protestatari o dei simulatori, tuttavia non è raro osservare alcune dimostrazioni obbiettivabili della complessa sintomatologia riferita dai pp. a volte con toni drammatici, tal'altra con obbiettività e a volta ancora sofferta in silenzio.

I segni obbiettivi fisici più frequenti sono :

- a) tachicardia e in un certo numero di casi extrasistolia ;
- b) rilievo obbiettivo di un lieve tremore delle dita e di fredda umidità delle mani ;
- c) modificazione transitoria della pressione arteriosa generalmente per modesto aumento della pressione sistolica ;
- d) turbe del tracciato elettrocardiografico.

Riteniamo che taluni di questi sintomi, che come si è detto non si presentano sempre della stessa intensità e gravità, meritano di essere partitamente analizzati.

L'*inappetenza* è uno dei segni fondamentali e si presenta quasi costantemente nei soggetti che per la prima volta entrano in carcere. E' bene precisare che soltanto nei casi lievi si tratta di una semplice diminuzione dell'appetito così come siamo abituati a considerare questo fenomeno legato ad esempio a particolari condizioni organiche o al mutamento delle abitudini alimentari o ad altri fattori comuni ; nei nostri pp. si può giungere per gradi ai casi in cui l'inappetenza è assoluta e può coesistere una completa ripugnanza per ogni cibo, fino a raggiungere condizioni simili a quelle descritte da Sir William Gull in una sindrome denominata anoressia nervosa. La forma descritta da Gull è anche essa legata ad uno stato mentale conseguente a violente emozioni, che conduce spesso ad un morboso disgusto per tutti i tipi di cibi. Nei pp. da noi esaminati, tuttavia la sintomatologia in parola è generalmente reversibile in periodi di tempo più o meno brevi e conduce non alle estreme condizioni di cachessia che può seguire quale diretta conseguenza alla anoressia nervosa descritta da Gull.

Sono note a tutti le sensazioni gastriche legate a particolari stati d'animo o ad emozioni, eccitamenti, ansietà, paura etc. ed è altresì noto che tali reazioni soggettive sono accompagnate da turbamenti della funzione gastrica, quali la secrezione, la vascolarizzazione, la motilità e che di tali cambiamenti ne è stata data la dimostrazione sperimentale.

L'occasione favorevole per lo studio di questi fenomeni nell'uomo fu dato dai Wolff, i quali, in un soggetto portatore di una fistola gastrica, poterono studiare direttamente la secrezione, la motilità dello stomaco, nonché i cambiamenti di vascolarizzazione in rapporto a vari stati di emotività. Essi poterono così dimostrare che uno stato di depressione mentale, di paura, di tristezza, causavano pallore della mucosa gastrica con riduzione della secrezione,

mentre uno stato ansioso, risentimento, ira o aggressività determinavano iperemia ed ipersecrezione. Se la tensione nervosa e la ansietà ed apprensione duravano per un periodo di due o tre settimane, per tutto questo tempo si aveva maggiore vascolarizzazione e secrezione.

La conoscenza di questi dati che hanno per molti aspetti il valore di una rigorosa esperienza di laboratorio, ci aiutano a meglio comprendere i turbamenti anche profondi dell'appetito nei nostri pp. e in quanti si trovino sottoposti a violente emozioni e ci inducono altresì a riflettere sulla reale consistenza dei disturbi gastrici così frequentemente riferiti dai detenuti e troppo spesso interpretati come manifestazioni di intolleranza e di scarsa adattabilità alla disciplina carceraria.

Oltre all'inappetenza ed alla forma regredibile di anoressia nervosa accennate, in un buon numero di casi abbiamo una sintomatologia riferibile a spasmo esofageo che può giungere in gradi estremi ad una reale ed assoluta impossibilità di ingerire alcun cibo, non più per inappetenza o ripugnanza, ma per un vero e proprio impedimento della deglutizione, legato come si è detto ad uno stato spastico dell'esofago o forse del cardias che impedisce meccanicamente il transito del bolo alimentare. Fu proprio uno di questi casi che ci indusse ad approfondire l'argomento e ci stimolò a meglio studiare la complessa sintomatologia che avevamo notata in numerosi soggetti. Si trattava di un giovane dell'età di 28 anni, cartella clinica n. 864, il quale, capitato in carcere per un banale reato, ricevette all'ingresso un trauma psichico di notevole gravità, al punto che per diversi gg. non fu assolutamente capace di ingerire alcun cibo, neppure liquido. Quando fummo informati della sua condizione ritenemmo in un primo momento che si trattasse di una anoressia nervosa, e nel tentativo di far superare questo stato, dopo aver rivolto al p. alcune domande su argomenti non pertinenti alla sua condizione di detenuto ed averlo infine incoraggiato sull'esito della sua disavventura, che rappresentava comunque l'unico argomento su cui il soggetto fosse disposto a discutere, lo invitammo ad ingerire del the e dei biscotti in una comune tazza fatta prelevare dal bar dell'Istituto. Eravamo infatti convinti che anche la vista delle stoviglie in dotazione ai detenuti potesse limitare lo effetto del tentativo di psicoterapia che stavamo conducendo. Il p. dichiarò di aver fame, ma accettò senza fiducia l'invito. Potemmo allora constatare che i tentativi di deglutire erano seguiti da una penosa sensazione costrittiva riferita in sede retrosternale ed

epigastrica con doloroso senso di arresto del bolo alimentare in gola. Completammo allora l'esame del soggetto e rilevammo tutti i sintomi descritti nella presente nota con caratteristiche di allarmante gravità. Il p. fu dimesso dal carcere dopo pochi giorni e siamo in grado di riferire che la sintomatologia che era già notevolmente attenuata, dopo una opportuna psicoterapia regredì completamente.

Una analoga situazione si presentò in altro detenuto, che, meno fortunato, dovette più a lungo sopportare l'esperienza della detenzione e nel quale si dovette ricorrere ad una nutrizione parenterale.

Non ci è stato possibile dimostrare radiologicamente la presenza di uno stato spastico dell'esofago, ma è presumibile dato il quadro clinico, che molto spesso questa condizione sia documentabile radiologicamente quando si presenti con la gravità del caso descritto e persista per un certo tempo.

Dobbiamo dire che in un secondo momento, quando ci sembrò utile praticare un controllo radiografico dell'esofago in soggetti con una sintomatologia spastica di modesta entità, non abbiamo osservato spasmi persistenti e dimostrabili radiologicamente. Tuttavia il cardiospasma è descritto nei trattati di fisiologia e radiologia come uno degli effetti documentabili di stati emotivi, particolarmente se persistenti. In questi casi l'esofago può mostrare stati discinetici anche gravi ed il cardias può costringersi al punto da determinare il completo arresto del cibo; può comparire allora una immagine fusata da modesta dilatazione esofagea.

Non sembra esservi alcun dubbio che detti stati spastici dello esofago siano da mettere in rapporto con abnormi impulsi sul sistema nervoso autonomo; ma del resto quasi tutta la sintomatologia che abbiamo accennata prende origine da una sia pur transitoria distonia neuro-vegetativa.

Siamo convinti che nella maggiore parte dei casi una psicoterapia ben condotta possa far regredire questi disturbi, tuttavia in caso di violenti e persistenti stati spastici esofagei o cardiaci si dovrà giungere alla somministrazione di morfina ed atropina per interrompere almeno inizialmente il fenomeno.

La *stipsi* è praticamente costante fra i soggetti osservati e molto spesso diviene persistente. Ammessa come causa della maggior parte dei disturbi accennati, come abbiamo poc'anzi detto, una distonia neuro-vegetativa, anche la *stipsi* potrebbe essere in-



quadrata fra i disturbi da essa dipendenti, tuttavia noi riteniamo che nel determinare la stitichezza entri in gioco più un fattore inibitorio centrale, che non il sistema neuro-vegetativo. Non bisogna infatti dimenticare che i detenuti di solito vengono raggruppati sin dal primo giorno in due o tre nella stessa cella e dovrebbero quindi soddisfare i bisogni corporali alla presenza di altre persone.

Questo è probabilmente il principale fattore che determina l'insorgere ed il persistere della stipsi che non sembra invece frequente nei soggetti che vengono ristretti in cella soli. In un secondo momento la vita sedentaria favorirà l'aggravarsi ed il persistere di questo sintomo.

*Secchezza delle fauci talvolta accompagnata da sete intensa* è un altro sintomo presente in un buon numero di questi soggetti. E' questa una sensazione praticamente nota a chiunque si sia trovato nella sua vita a soffrire per una intensa emozione e non riveste alcuna particolare importanza soprattutto per la sua transitorietà.

La *cefalea* è anche uno dei disturbi più frequentemente lamentati da questi pp. Le sue cause sono verosimilmente molteplici, ma vanno essenzialmente collegate all'insonnia, allo stato di nervosismo, all'affaticamento mentale che consegue al continuo rincorrere i pensieri legati al proprio trascorso, alla famiglia, al futuro. Fra le cause organiche della cefalea dobbiamo tener presente la ipoalimentazione, che come abbiamo accennato è conseguenza diretta della completa perdita dell'appetito e la stitichezza che può essere di per sé stessa invocata per spiegare l'inizio ed il persistere di questo sintomo. Ha un carattere solitamente gravativo e persistente per più giorni, ma regredisce completamente in un buon numero di casi. Non risente di solito dei comuni antinevralgici, mentre si giova più facilmente dei medicamenti nei quali l'antinevralgico è associato a dosi anche modeste di barbiturici.

L'*insonnia* è molto frequente, si instaura fin dal primo giorno ed è molto spesso invincibile e resistente all'azione dei medicamenti solitamente efficaci (barbiturici e meprobramati anche associati). E' il disturbo che quando assume caratteri di gravità è il più difficile a regredire. L'insonnia può rivestire nel detenuto una particolare importanza in quanto mantiene e favorisce una eccitabilità ed uno stato di continuo nervosismo che può condurre ad atti di indisciplina anche gravi per cui è necessario insistere nel suo trattamento. E' legata oltre che al repentino forzamento del

modo di vivere abituale al mutamento del letto e dell'ambiente per troppi aspetti inospitale, anche logicamente a tutto quel bagaglio di preoccupazioni che ciascun detenuto porta con sé nell'angusto e triste luogo ovè viene a trovarsi ristretto senza poter con la sua volontà liberarsi, senza sentirsi padrone di azioni ormai assolutamente connaturate con lui, quali ad esempio quelle legate alle più semplici espressioni della vita vegetativa.

Il *senso di fame di aria, angoscia respiratoria* sono i sintomi che più allarmano questi soggetti che si lamenteranno in seguito frequentemente, per il timore di essere affetti da malattie respiratorie e cardiache. Non si tratta ovviamente di una vera dispnea, ma di una particolare sensazione che viene riferita come « mancanza di aria » e che causa un bisogno di compiere frequentemente profonde inspirazioni, mentre la frequenza degli atti respiratori viene generalmente invariata.

Come è noto la respirazione può essere notevolmente influenzata anche da stimoli originantesi nei centri cerebrali più alti come risultato di diverse situazioni emotive e mentali (emozione, paura etc.) ed i disturbi psichici di tipo emozionale possono portare a vere crisi di dispnea. Nei trattati di fisiologia fra le cause della dispnea sono appunto elencate le emozioni. E' facile quindi comprendere l'origine e la frequenza di questo sintomo nei nostri pp., non dimenticando inoltre la sensazione di soffocamento che può indurre in particolari soggetti l'esser rinchiusi in un ambiente ristretto. Questo disturbo può divenire con il tempo tormentoso non tanto per la reale entità di esso, quanto per i timori che suscita, e non saranno spesso sufficienti le rassicurazioni del medico e le numerose indagini cui verranno sottoposti, a conferire ai pp. la certezza di non essere affetti da malattie organiche. Detto tipo di dispnea o di angoscia respiratoria o fame d'aria è ben noto ai cardiologi ed agli studiosi di affezioni dell'albero respiratorio e da alcuni (Levine) è stato definito « respirazione sospirante ». Esso compare appunto in soggetti sottoposti a traumi psichici, a violente emozioni, a superlavoro intellettuale.

*Palpitazioni, modesti dolori al precordio, vertigini, accenno alla lipotimia, mani umide e fredde*, sono tutte sensazioni che trovano un unico comune denominatore nel particolare stato emotivo in cui vengono a trovarsi questi individui. Non è possibile non paragonare questa patologia a quella presentata

in molteplici condizioni di grave disagio psichico e, segnatamente in guerra, da un notevole numero di pp. Difatti fin dal 1871 Da Costa riconobbe questa sindrome e la descrisse sotto il nome di cuore irritabile. Successivamente si parlò di azione disordinata del cuore, di « cuore del soldato », di sindrome da sforzo (Parkinson e Lewis). Oppenheimer e collaboratori hanno infine definito « astenia neurocircolatoria » questo complesso di sintomi, riconoscendo la importanza del fattore psiconevrotico. La comparsa di una astenia neuro-circolatoria con note di acuzie in soggetti sani traumatizzati dall'ingresso in carcere è degna di essere rilevata anche se generalmente la sintomatologia è transitoria e scompare nella maggioranza dei casi definitivamente.

Non bisogna infatti dimenticare che anche se i sintomi si attenueranno fino a scomparire con il progressivo adattamento alla vita carceraria, questo primo urto potrà polarizzare l'interesse e le preoccupazioni del detenuto, che sarà quindi durante il periodo detentivo, facile preda di suggestioni, paure ed ossessioni con notevole riflesso sul suo comportamento. La grande maggioranza dei soggetti che in carcere si sottopone a visite mediche è proprio costituita da quanti insistono nel riferire disturbi a carico di quelle funzioni che noi sappiamo di essere le più facilmente influenzabili dal sistema nervoso centrale. Questi pp. vengono di volta in volta classificati simulatori, insofferenti, protestatari etc. E' ben vero che esiste in carcere una numerosa schiera di soggetti che per consigli pseudo legali, per posizione mentale, per motivi disciplinari tenta continuamente di valersi dell'opera del medico per raggiungere i propri fini, ma noi abbiamo osservato che questa categoria è molto meglio individuabile quando si mostra di prendere in considerazione ogni disturbo riferito e quando mediante una psico-terapia, sia pure rudimentale si diminuisce il numero di richieste di visita medica da parte di quei soggetti che, ben lontani da idee di simulazione interpellano il medico per sofferenze reali anche se non sempre obiettivamente perché su base psico-nevrotica.

Abbiamo voluto fare questo breve commento perché data la affinità con l'astenia neuro-circolatoria questo complesso di sintomi da noi rilevati si giova appunto essenzialmente della psico-terapia. Come l'astenia neuro-circolatoria anche la sintomatologia da noi notata nei detenuti al primo ingresso al carcere è riferibile ad uno squilibrio autonomo a somiglianza di quanto si ha nelle manifestazioni legate alla stimolazione o inibizione del sistema simpatico e vagale. I dati sperimentali e clinici indicherebbero nella

regione ipotalamica l'origine primaria dello « squilibrio autonomo », in quanto soggetta ad un disturbo funzionale per anormalità del controllo cortico-ipotalamico.

Dal punto di vista obbiettivo abbiamo già accennato ai sintomi più frequentemente notati nei nostri pp.; sull'umidità delle mani, sul tremore delle dita non è il caso di soffermarsi se non per rilevare come questi siano segni frequentemente riscontrabili in soggetti sottoposti a violente emozioni. Maggior rilievo meritano invece gli altri sintomi e particolarmente la tachicardia, l'extrasistolia, le modificazioni della pressione arteriosa e segnatamente le alterazioni del tracciato elettrocardiografico. Il riscontro di detti segni in soggetti che precedentemente non avevano accusato alcun disturbo e anche dietro una anamnesi accurata non riferiscono pregresse alterazioni che possano essere messe in relazione con un temperamento distiroideo o precedenti turbe del sistema neuro-vegetativo, impone di tener sempre nella maggior considerazione la entità dello shock che può determinare in particolari soggetti l'ingresso in carcere.

Non abbiamo in verità raccolto una ampia casistica, tuttavia nei casi esaminati abbiamo notato che la tachicardia è presente in quasi tutti i soggetti esaminati, anche se contenuta generalmente entro limiti non rilevanti. La frequenza cardiaca si aggira, di solito, intorno alle 90-100 pulsazioni al minuto ed il ritorno alla norma si ha in un periodo di tempo piuttosto breve. Dal punto di vista clinico non è comunque questo l'aspetto che maggiormente interessa. Più importante ci sembra infatti quanto il pp. riferisce di avvertire allorquando è rinchiuso nella propria cella: il senso di cuore in gola, l'aumento improvviso della frequenza dei battiti percepibili subiettivamente in uno con la già descritta sensazione di fame d'aria. Quando, come ci è capitato di osservare, a questa descrizione fanno riscontro alterazioni dell'elettrocardiogramma che dimostrano chiare note di distonia neuro-vegetativa o disturbi del ritmo da comparsa di extrasistoli atriali, non crediamo si possa dubitare della veridicità di quanto ha affermato il p.

L'aspetto più interessante di questi fenomeni è tuttavia a nostro modo di vedere nella reversibilità dei segni elettrocardiografici in un tempo relativamente breve e variabile da soggetto a soggetto, senza il sussidio di alcuna terapia e su questo dato confidiamo di poter dare comunicazioni a parte entro breve tempo.

Ci riferiamo non soltanto alla normalizzazione del ritmo, che logicamente può lasciare in dubbio sia per quanto riguarda l'effe-

tivo periodo di insorgenza della extrasistolia, sia per quanto riguarda la stabilità del ritorno alla euritmia, ma piuttosto alle alterazioni dell'ST che abbiamo riscontrato in un certo numero di soggetti.

L'innalzamento della pressione sistolica, anche esso transitorio, è stato riscontrato nei pp. da noi osservati con una buona frequenza, ma riteniamo che questo dato, per assumere un reale valore abbia bisogno di essere confermato su un notevole numero di casi. Giova tuttavia rammentare che la fisiopatologia e la medicina psicosomatica hanno sempre attribuito un notevole valore alle variazioni della pressione arteriosa a seguito di fatti emotivi anche nella genesi di alcune forme cliniche di ipertensione.

La fisiologia inoltre insegna che numerose altre possono essere le modificazioni permanenti e transitorie indotte negli organismi da stimoli emotivi, così ad esempio Kargis e Mann hanno dimostrato che turbamenti psichici possono influire sul volume della milza determinando una contrazione transitoria; Best e Taylor notano come una quantità di urina possa variare entro certi limiti sotto lo stimolo di intense emozioni; gli stati di eccitamento e di depressione influirebbero inoltre sulla gittata sistolica, determinando un aumento sulla coagulazione del sangue accelerando il processo sul metabolismo basale determinando aumento intorno al 5-10% e sul numero dei globuli rossi che potrebbero temporaneamente innalzarsi.

Citiamo questi dati riportati dalla letteratura in quanto riteniamo sarebbe cosa utile osservare il comportamento di questi fenomeni nei nostri pp., soprattutto perché dallo studio delle reazioni del detenuto all'ingresso in carcere si potranno certamente trarre, unitamente alla conoscenza dei precedenti e del tipo del reato, utili indicazioni al suo trattamento e forse anche un giudizio prognostico su quale sarà il suo comportamento durante la detenzione.

Analogamente ai disturbi fisici suddescritti abbiamo anche notato una serie di disturbi interessanti la psiche dei soggetti.

Volutamente tralasciamo di descrivere alcuni casi di sindrome di Ganser che si sono presentati alla nostra osservazione. E' fin troppo noto che alcuni AA. ne riconoscono come movente patogenetico uno stato crepuscolare isterico; altri lo considerano un atto volontario di simulazione ed altri ancora un atto inizialmente simulato che successivamente pervade talmente il soggetto da trasformarlo in vero psicotico,

Il Bleuler trattando dei disturbi psichici reattivi dei prigionieri li distingue in acuti (ipereazione affettivo-istintive attacchi ciechi di rabbia, stupore isterico, depressione ansiosa, stati di eccitamento e malumore psicogeni) e cronici (simili alla sindrome paranoide dovuta a lungo periodo di detenzione).

Karpmann distingue le reazioni dei carcerati in psicosi dei degenerati, psicosi delle personalità psicopatiche, psicosi paranoiche dei carcerati e psicosi isteriche. L'A. critica l'utilità nosologica della sindrome per nulla specifica ma anzi costituita da una reazione esagerata sia al delitto commesso che alla carcerazione.

Anche per il Di Tullio fondamentale importanza nella genesi delle psicosi carcerarie ha sia il reato commesso sia la carcerazione con tutte le annesse privazioni morali igieniche e dietetiche.

De Mennato e Manunza considerano invece le psicosi da carcerazione come dovute alla carcerazione in se stessa a prescindere dal reato commesso.

Anche noi siamo di questo parere in quanto abbiamo notato la comparsa della sintomatologia indipendentemente dalla gravità del reato commesso: l'insorgenza è legata al materiale ingresso in carcere in quanto i disturbi sono assenti o molto attenuati all'atto dell'arresto e durante la permanenza anche di alcuni giorni nelle camere di sicurezza della polizia.

A nostro modo di vedere la « sindrome di carcerazione » deve essere inquadrata nel capitolo delle reazioni psicologiche in cui il fattore scatenante (Erlebnis) è costituito come già detto dalla carcerazione in se stessa.

Nella maggioranza dei casi osservati abbiamo avuto delle reazioni normali.

Più frequente di tutte nella nostra osservazione è stata la reazione di ansia: il soggetto è angosciato, oppresso, preoccupato, chiede consigli ed aiuto al medico, spesso compaiono fenomeni ipocondriaci ed idee coatte (claustrofobia). Alcune volte la sola parola confortevole del medico, la soddisfazione di qualche piccolo desiderio, il cambiamento di reparto, in pratica qualunque atto dimostrativo di attenzione fa sì che la sintomatologia regredisca. Al contrario qualunque manifestazione di scortesia da parte del personale o dei compagni di detenzione, peggiora e prolunga la sintomatologia sino a raggiungere una vera reazione di paura. Analogamente a quanto precedentemente detto in questi casi è molto utile la psicoterapia anche se spicciola oltre alla somministrazione di qualunque sedativo specie meprobramati.

In un discreto numero di soggetti è presente una reazione depressiva : sono questi i casi in cui è più necessaria e più urgente l'opera del medico generico e dello psichiatra perché raramente i soggetti esternano spontaneamente i loro disturbi e perché qualche volta la scarsa assistenza può portare a gravi conseguenze. In questi casi meno efficace è la psicoterapia ma in compenso, ci possiamo servire efficacemente dei moderni preparati timoletti.

Più rare sono le reazioni di collera : sono presenti in soggetti ipoevoluti e giovani. Sono spesso prevenibili, rapidamente esauribili una volta instaurate. Sono quelle fra le reazioni normali che hanno necessità di assistenza specialistica psichiatrica anche se per breve tempo. Qualche volta è necessario usare mezzi coercitivi per evitare gravi inconvenienti al soggetto e alle persone che sono a lui vicino. La reazione di collera ha necessità di trattamento specialistico con preparati cloropromazinici e resepinici.

Fra le reazioni abnormi di gran lunga più frequente è quella esplosiva. L'abbiamo notata quasi esclusivamente nei soggetti in giovane età con personalità impulsiva o disforica. La manifestazione è caratterizzata da un atteggiamento di cieca aggressione verso gli altri e spesso verso se stesso e qualche volta culmina con atti autolesivi. Qualche volta abbiamo potuto notare perdita della coscienza seguita da contrazioni tonico-cloniche generalizzate. Molte volte questi disturbi vengono ad esame sommario diagnosticati come da natura epilettica con quale pregiudizio, si può ben immaginare, specie ai fini medico legali sulla imputabilità. Altresì essi sono sempre fonti di continua tensione e turbamento disciplinare. Particolarmente utili sono in questi casi i sussidi terapeutici con cloropromazina e barbiturici.

Rare sono le reazioni di inibizione. In esse il disturbo della coscienza è in genere di breve durata : la nostra esperienza ci porta a concludere che esso è dovuto all'azione del trauma psichico della carcerazione su di un organismo particolarmente defedato (scarsa alimentazione, freddo, etc., etc.). Utili in questi casi sono gli anti-tossici e i preparati reserpini.

Abbiamo avuto modo di osservare un caso di reazione paranoica che descriviamo. Si tratta di un adulto di 50 anni di professione cameriere. Non aveva mai sofferto di alcuna malattia degna di importanza : a suo dire era sempre stato sospettoso ed alquanto geloso, gelosia che però non aveva mai sconfinato nella psicopatologia. Negli ultimi tempi il soggetto non andava più d'accordo

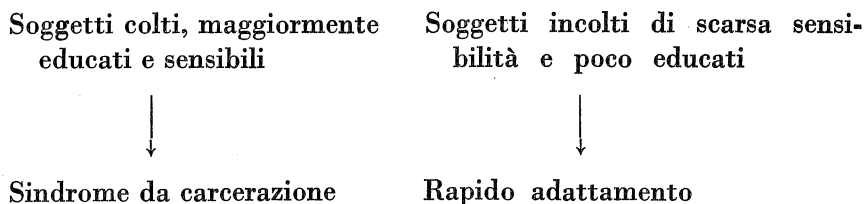
con la moglie e spesso i coniugi venivano a via di fatto : in seguito ad ennesimo litigio era denunziato per maltrattamenti e arrestato. Sin dal suo ingresso cominciò a presentare un delirio a sfondo persecutorio e di gelosia che cercava in tutti i modi di dissimulare.

La manifestazione delirante fu però di brevissima durata e regredì spontaneamente senza cure dopo qualche giorno.

Mai abbiamo constatato delle reazioni isteriche, neurasteniche, coatte. Abbiamo sì notato alcuni elementi ossessivi ma, d'accordo con Bini e Bazzi che la forma è inesistente allo stato puro, abbiamo fatto rientrare i soggetti presentanti questi caratteri sintomatologici nel quadro più vasto delle reazioni già descritte.

Abbiamo già detto che questa sintomatologia si presenta con una certa frequenza nei soggetti che per la prima volta entrano in un carcere, mentre è assolutamente rara fra quanti ritornano dopo precedenti esperienze e che in questi ultimi è in ogni caso molto attenuata. Va ora sottolineato che fra i così detti primari al primo ingresso in carcere la sintomatologia è più evidente e più frequente proporzionalmente alla loro educazione, sensibilità, e grado di istruzione, mentre diviene infrequente e comunque sempre di minor rilievo nei soggetti meno colti, educati e sensibili e mentre i primi e cioè i più sensibili educati e colti sopporteranno spesso in silenzio la maggior parte dei disturbi richiedendo l'opera del medico soltanto per i sintomi che maggiormente li preoccupano, riferendone con obbiettività, i secondi tenderanno ad esagerare la portata ed a valersene in un secondo momento per i più differenti scopi.

Potremmo esprimere graficamente questo concetto come segue :



Fra questi estremi esiste tutta una gamma di situazioni intermedie che potranno essere ulteriormente studiate in rapporto all'età, alla professione, al reato e a tutti quei fattori che possono eventualmente influire sulla comparsa e sul grado della fenomenologia. Questa colpisce, con una frequenza del 20% circa, i primari globalmente considerati nelle nostre osservazioni, ma questa indagine per assumere un reale valore andrà ulteriormente estesa ed approfondita.



Abbiamo parlato di soggetti fisicamente e psichicamente sani, non tenendo in considerazione alcuna le osservazioni raccolte su individui con precedenti patologici tali da far pensare ad una semplice recrudescenza di affezioni preesistenti, tuttavia anche lo studio di questi, dato il notevole numero di essi fra i delinquenti, andrà condotto a termine.

Il complesso sintomatologico descritto compare già dopo 24 ore di permanenza in cella e raggiunge generalmente il suo acme dopo 2-3 giorni. La durata è varia ed è in rapporto oltre che con la gravità anche con la possibilità di attuare una terapia efficiente, sia essa psicologica che medicamentosa, terapia con la quale interferiscono diversi fattori in rapporto al reato, alle modalità dei precedenti e successivi interrogatori del Magistrato, alla personalità dei compagni di cella.

Generalmente la maggior parte nei sintomi regredisce in pochi giorni, ma in alcuni casi particolarmente i disturbi dell'apparato circolatorio, possono persistere per diversi mesi, donde le richieste di frequenti visite mediche, ripetuti esami di laboratorio, ed in particolari soggetti, manifestazioni di insofferenza fino ad atti di vera indisciplina.

La terapia, come si è ripetutamente detto, è affidata prevalentemente alla psicoterapia.

Dobbiamo aggiungere che nei nostri pp. l'opera del medico è facilitata proprio dall'ambiente che ha scatenato la prima reazione, in quanto il colloquio con i compagni di cella, particolarmente se esperti detenuti, giova se non altro a distrarre il soggetto e serve ad iniziare a quella conoscenza dell'ambiente che diviene così meno misterioso e terrificante di quanto non possa apparire al primo contatto.

L'opera del medico sarà comunque sempre necessaria anche perché il ricordo di un colloquio distensivo con una persona disposta ad ascoltare ed a comprendere resterà spesso presente durante il periodo di detenzione e potrà creare un legame di fiducia di cui non possono sfuggire i vantaggi pratici particolarmente dal punto di vista disciplinare. Ecco quindi uno degli aspetti più convincenti di quanto va da tempo affermando il prof. Benigno Di Tullio e cioè che la medicina nel carcere è essenzialmente una medicina psicosomatica.

Non saranno sufficienti le visite mediche più minuziose, gli esami di laboratorio più complessi, l'assistenza infermieristica più completa a dare al soggetto la sensazione di una efficiente assi-

stenza sanitaria se l'opera del medico sarà condotta con impersonale freddezza, mentre riuscirà assai più confortevole ed efficace una terapia meno complessa ed elaborata se sarà stata accompagnata da note di umana considerazione e da un sincero interesse su quanto il p. riferisce.

Anche se non indispensabili, potranno essere somministrati sedativi e particolarmente i tranquillanti, vitamine ed in alcuni casi farmaci antitiroidei e potrà essere studiato un vitto particolare per i primi giorni di detenzione.

La totalità dei cardiologi sconsigliano nei casi di astenia neurocircolatoria il riposo perché, come dice Friedeberg « normalmente incoraggia i veri fattori responsabili del male ». La medesima cosa si può dire per i nostri pazienti. E' ovvio pertanto che sarà compito del medico segnalare alla Direzione del carcere quei casi che dimostrino una maggiore gravità e soprattutto una più lunga persistenza dei sintomi, perché, nei limiti del possibile, vengano destinati ad un lavoro.

Si otterrà con ciò oltre che un'azione terapeutica sulla sintomatologia in atto, anche un'azione profilattica evitando di trasformare un soggetto, semplicemente sofferente in querimonioso diverstonico o in un protestatario o in un incorreggibile indisciplinato.

Concludendo ripetiamo che abbiamo voluto richiamare la attenzione su questo particolare complesso di sintomi, in quanto riteniamo sia cosa estremamente utile studiare le reazioni dei diversi individui al loro ingresso in carcere, perché da questo studio potranno essere tratte utili indicazioni sul trattamento, sulla profilassi di manifestazioni di indisciplinazione sulla personalità dei delinquenti messa temporaneamente a nudo da un trauma psichico che ne potrà rivelare aspetti sconosciuti.

Il complesso di sintomi da noi notati è quanto si può avere in qualsiasi soggetto sottoposto a violente emozioni; nei nostri pp. la sintomatologia può essere aggravata perché lo stato di detenzione inizialmente limita le possibilità di difesa e di reazione al trauma stesso.

#### BIBLIOGRAFIA

ANTONELLI F. - *Fondamenti e prospettive della medicina psicosomatica.*

BEST e TAYLOR. - *Le basi fisiologiche della pratica medica,* Ed. Vallardi 1955, pagg. 440.

BLEULER E. - *Lehrbuch der Psychiatrie,* 9° Ed. Balin-Springer.

DA COSTA - I.M. 1871, AM I. M. s. c. 61 - 17.

RASSEGNA DI STUDI PENITENZIARI

- DE MENNATO M. *Le psicosi della vita carceraria*, in *Rass. studi psichiatrici*, 707, 1932.
- DE MENNATO M. - *Precisazioni sul concetto clinico delle psicosi della vita carceraria*. *Rass. Studi psichiatrici* 720, 1935.
- DI TULLIO B. - *Principi di criminologia clinica e psichiatria forense*.
- DI TULLIO B. - *Wesen und verhütung der Gefügnispjchosen*, *Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform* 18, 616, 1927.
- FRIEDBERG C. - *Malattie del cuore*. Ed. Sansoni 1956.
- GULL SIR WILLIAM - Citato da Beste e Taylor.
- KARMAN B. - *Psychoses in criminals: Clinical studies in the psychopatology of crime*. I. *Nerw e Ment. Dis.* 64,331 e 482, 1926.
- KORCIS e MANN. - Citati dal Best e Taylor.
- LEVINE S. A. - *Cardiologia clinica*, UTET 1957, pagg. 276, 334.
- LEWIS T. - *The Soldier's Heart and the effort Syndrome* 1919.
- MANUNZA P. - *A proposito di psicosi di detenzione*, *Riv. sper. frenatria* 59, 423, 1935.
- MELLI - *Policlinico* 57, 18, 1950.
- NUVOLI U. c - *Anatomia radiografica normale e patologica dell'apparato digerente*.
- OPPENHEIMER B. S. - *e coll.* 1918 *Mill. Surgeon* 42, 711.
- PARKINSON I. - 1916 *Lancet* 1, 133.
- TURANO L. - *Fisioradiologia dell'esofago* Ed. Salomoni.
- WUOLF S. e WOLFF H. G. - *Human gastric function*, Oxford Univ. Press. 1943.
-