

La pratica psicologico-clinica in carcere: i limiti di un intervento acontestualizzato

Gemma Muredda*

Abstract

L'autore propone la resocontazione di un caso, in cui verranno esaminate le criticità dell'intervento se ignora la relazione tra individuo e contesto e non fa riferimento alla specificità della cultura in cui l'intervento stesso è inserito, ma si limita a vedere l'individuo esclusivamente entro un rapporto psicoterapeutico visto come acontestuale. La questione riguarda l'esperienza di tirocinio in psicoterapia psicoanalitica durato circa due anni presso il Ser.T. della Casa Circondariale di un Complesso giudiziario maschile. Con il tirocinio si intendeva individuare un modello di intervento psicologico-clinico entro la specificità di un contesto come quello penitenziario, tenendo presente il forte cambiamento strutturale e culturale che sta attraversando: le attività entro cui si interviene passano dal sistema penitenziario a quello sanitario.

Parole chiave: Carcere; Ser.T.; Riforma Sanitaria 230/99; Intervento Psicologico-Clinico; Psicoterapia.

Il contesto normativo - culturale: la riforma sanitaria in carcere.

Il periodo storico nel quale si inserisce il tirocinio di formazione in psicoterapia psicoanalitica è un momento molto delicato per la prassi di chi opera in carcere, poiché si è appena verificato un passaggio (che ha avuto bisogno di 10 anni per attuarsi) sancito dalla riforma della medicina penitenziaria, che ha trasferito le competenze in materia sanitaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale..

Il Decreto Legislativo n. 230¹ del 22 giugno 1999, sancisce tale passaggio, attribuendo alle aziende sanitarie la funzione di erogare prestazioni sanitarie in carcere appunto, e lasciando all'Amministrazione Penitenziaria e al Ministero di Giustizia la funzione di garantire la sicurezza negli istituti (Benigni, 2008).

La riforma disponeva il riconoscimento della piena parità di trattamento sanitario tra i cittadini liberi e la popolazione detenuta e la collaborazione tra istituti e agenzie volte al recupero sociale del soggetto, in un'ottica rieducativo - riabilitativa², la stessa dettata dalla riforma 354/75³ che introduceva, attraverso l'istituzione del Servizio Osservazione e Trattamento⁴, la figura dello psicologo, il quale nel 1979 entrava operativamente a far parte dell'équipe di Osservazione e Trattamento degli istituti penitenziari per adulti. Si introducono all'interno del personale degli istituti penitenziari specialisti come psichiatri, psicologi, educatori, assistenti sociali, che in équipe decidono per il trattamento, la rieducazione dei detenuti e il loro

* Specializzata in psicoterapia psicoanalitica, SPS.

¹ Decreto Legislativo n. 230 del 22 giugno 1999 "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

² Cfr. Costituzione della Repubblica. PARTE I, DIRITTI E DOVERI DEI CITTADINI, TITOLO I, RAPPORTI CIVILI, comma 3: "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato".

³ "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà".

⁴ Il Gruppo Osservazione e Trattamento è un'équipe formata da educatori, assistenti sociali, psicologi, referenti per la direzione carceraria, tutti coloro che a diverso titolo partecipano al processo educativo.

⁵ 10 Ottobre 1986, n. 663 "Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà".

reinserimento sociale. Si sente spesso oggi parlare di ex-articolo 80 (“per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento, l’amministrazione penitenziaria può avvalersi di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica”) per definire e identificare il ruolo di molti operatori che entrano in carcere.

La Legge Gozzini del 1986⁵, dà attuazione all'art. 27 della Costituzione, che vieta una pena detentiva in violazione dei diritti umani e afferma che la pena deve tendere alla rieducazione del carcerato. La Legge, che introduce ad una *cultura della premialità*, dispone una serie di misure alternative (MA) alla detenzione: permessi premio; affidamento al servizio sociale all'interno di un programma di riabilitazione che prevede tra le altre cose l'inserimento nel mondo del lavoro e la disintossicazione da eventuali dipendenze; detenzione domiciliare; semilibertà; libertà anticipata e altre misure meno rilevanti per questo studio. All'interno di questa cornice si muove l'operato del Ser.T. interno al carcere, che deve valutare su richiesta del Magistrato di Sorveglianza, *l'idoneità*⁶ di chi afferisce al servizio e fa domanda di affidamento in strutture dette terapeutico - riabilitative, come pena alternativa alla detenzione.

Dicevamo sopra che la 230/99 disponeva il transito immediato delle funzioni relative alla prevenzione e all'assistenza e cura dei detenuti tossicodipendenti e prevedeva il trasferimento delle altre funzioni sanitarie al termine di un periodo di sperimentazione da realizzarsi presso alcune Regioni (I Gennaio 2000).

Bisognerà attendere la Legge finanziaria del 1 aprile 2008⁷ per il transito definitivo da attuarsi mediante l'emanazione di un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che doveva definirne i dettagli.

Veniva emanato dunque il suddetto decreto corredato dalle “Linee di indirizzo per interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia” e dalle “Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”.

La competenza in materia sanitaria nel carcere a cui si fa riferimento in questo lavoro è affidata ad una ASL romana, all'interno di un *Dipartimento a tutela delle fragilità* che nasce proprio nel 2008. Il Dipartimento, coordinato dalla dirigente neuropsichiatra infantile, si occupava di tutelare in ambito sanitario quelle fasce di popolazione ritenute deboli e svantaggiate in questo ambito⁸.

La fase istituyente la relazione tra scuola e carcere.

Il mio tirocinio per la scuola di specializzazione si inserisce in un rapporto già avviato tra l'agenzia formativa SPS e il Dipartimento della Asl romana.

A maggio 2010 incontro insieme a due colleghe di corso per la prima volta la dirigente per un colloquio di committenza del tirocinio, con l'obiettivo di cominciare a delineare una funzione tirocinante all'interno del Dipartimento stesso.

Da questo scambio emerge che l'interesse della neuropsichiatra per il tirocinio sembra orientato verso il contesto penitenziario, settore maschile. I problemi che ci propone sono, da un lato, la necessità di "valutare e prevenire il problema dei suicidi" in carcere all'interno del Servizio Nuovi Giunti, e dall'altro la necessità

⁶ L'idoneità rilasciata dal Ser.T. è una relazione, inserita nel "documento di sintesi", descrivente le caratteristiche di personalità del soggetto rispetto ad una sua richiesta di usufruire di pena alternativa quale la comunità terapeutica. Il documento di sintesi, redatto e discusso dalle diverse figure del Gruppo Osservazione e Trattamento in riunione d'équipe diventa oggetto di comunicazione alla Magistratura di Sorveglianza in vista dei provvedimenti di sua competenza.

⁷ Cfr. D.P.C.M. 1/04/2008. “Modalità e criteri per il trasferimento al Sistema sanitario delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro delle risorse finanziaria e delle attrezzature in materia di sanità penitenziaria”.

⁸ Popolazione immigrata e nomade; popolazione con patologie da dipendenza; carcerati, minori e adulti con disabilità; detenuti minorenni con disturbi neuropsicologici, psichiatrici e neurologici.

⁹ Non ci sarà nessun sostituto per la dirigenza del Dipartimento portando lo stesso al disfacimento. Oggi tale Dipartimento non esiste più.

di promuovere processi di "formazione integrata" tra i diversi operatori penitenziari, di cui ci parla come operatori "bruciati" da anni di lavoro.

Dopo averci parlato della riforma penitenziaria in atto da soli due anni (Decreto Legge 230/99) e quindi del passaggio dal Ministero di Grazia e Giustizia al SSN degli ambiti che si occupano di salute, il contatto "di fiducia" che la dirigente ci da è uno psicologo del Ser.T., preannunciandoci il suo (di lei) pensionamento a Settembre⁹.

Incontriamo lo psicologo due volte, nei mesi di giugno e luglio 2010. Ci propone di svolgere il tirocinio entro il Servizio Tossicodipendenze poiché nel Servizio Nuovi Giunti sono già presenti altri due colleghi appartenenti alla scuola SPS. Quello che ci rimanda è la necessità di un occhio esterno che possa guardare al contesto carcere in un modo differente dagli "operatori che ormai sono bruciati". Questa definizione, *bruciati*, sembra parlare di una sorta di istituzionalizzazione del personale, di una collusione della funzione psicologica con la cultura detentiva, che vede l'intervento appiattito su vecchie procedure che ostacolano l'evoluzione che il passaggio al SSN potrebbe comportare.

Da subito ci è stato chiaro che un punto importante da esplorare era proprio il passaggio che la riforma ha sancito e le ripercussioni che questo cambiamento stava producendo nella cultura penitenziaria di chi opera da tanti anni in tale contesto.

Queste le premesse per un tirocinio a cui sembrava si domandasse di *toccare con mano* quanto fosse difficile da dentro modificare l'assetto vigente, e nello stesso tempo di individuare nella riforma una risorsa per lo sviluppo di un modello di intervento sentito fallimentare, che vede ruoli ma non è in grado di delineare funzioni, concentrato a trattare i problemi o del singolo o del contesto senza metterli in rapporto. Si sta parlando di una funzione psicologica che non si occupa dell'organizzazione e dei processi di convivenza riducendosi ad una visione esclusiva della natura invariante (Carli & Paniccchia, 2010) dell'individuo, dunque rinunciando di fatto alla propria specificità scientifica e operativa.

Mi sembra utile specificare che quando si parla di problemi del singolo, entro il lavoro del Ser.T., si intende la condizione tossicomane del detenuto da trattare e valutare ai fini dell'idoneità; quando si parla di criticità del contesto ci si riferisce a quell'area dei diritti alla salute dei detenuti non garantiti e lesi dal potere giuridico orientato sommariamente alla custodia e alla sicurezza, piuttosto che guardare alla convivenza tra i vari attori in gioco. Il vissuto di fallimento si esprime spesso con la lamentela di mancanza di risorse in grado di *vedere* ciascun detenuto che faccia richiesta al servizio¹⁰.

Quello che sembrava emergere era un vissuto da parte degli operatori sanitari (medici, infermieri, psicologi) di un "passaggio esclusivamente legislativo" di consegne, senza individuare in questo una risorsa per un cambiamento organizzativo e culturale possibile. Si tratterebbe così di una sanità che resta sanità penitenziaria, basata su una erogazione scontata di prestazioni medico-sanitarie identiche a prima, che hanno a che fare più con il mandato custodialistico che con la salute della popolazione detenuta (Stocchino & Gibilisco, 2012). Il detenuto viene visto entro un'ottica di sanitarizzazione, riducendo la sua complessità in parti distinte e scisse tra loro. Così avremo un malato da curare per l'area sanitaria, un deviato da ri-educare/ri-abilitare per l'area educativa e un delinquente da detenere per l'organizzazione penitenziaria.

Tutto sembra organizzato attraverso divisioni. Pensiamo ai reparti, dove si trovano le celle in cui vivono i detenuti, indicati con la lettera *G* che richiama subito la parola *gironi* della Divina Commedia dantesca, la separazione dei dannati in posti diversi a seconda dei peccati commessi.

Anche il Ser.T. sembra agire una divisione entro il servizio, evidenziata dalla scarsità di incontri che trattino i problemi che gli addetti ai lavori sperimentano nel loro operato quotidiano, siano essi derivanti dai rapporti con l'organizzazione o con l'utente. L'intervento psicologico-clinico sembra poggiare su un modello individuale che si riflette nel rapporto con l'utente, il quale viene trattato anch'esso come un individuo separato, alla stregua dei servizi che operano nel contesto: il SerT si occupa della ri-abilitazione dalla tossicodipendenza (riduzione del danno), i servizi sociali del re-inserimento sociale, l'educatore di ri-educare e così via, in una escalation di servizi che *vedono* la parte del detenuto che gli compete.

Si sta parlando della fatica ad operare con nuovi modelli, che riescano a integrare tutte le parti, sentendo questo come pericoloso per la convivenza con l'Amministrazione Penitenziaria. Quello che sembra risolvere

¹⁰All'11 Aprile 2012 a Rebibbia NC si contano 1.746 detenuti per una capienza regolamentare di 1.070, di cui quasi un terzo si dichiara tossicodipendente ed è in carico al Ser.T.

questa fantasia è operare come prima della riforma, facendo finta che nulla sia cambiato, oppure mettendosi entro una dinamica di potere simbolizzando il contesto in una logica di amico-nemico, che porta le persone appartenenti a diverse culture interne a non *scambiare* tra loro, piuttosto a *possedere* (Carli & Paniccchia, 2003).

Il Servizio Tossicodipendenza presso il carcere. La cultura locale.

Il Ser.T. di cui si parla è composto da 11 psicologi, 4 medici, 3 infermieri e 3 dirigenti (la responsabile, il medico che certifica la tossicodipendenza e un dirigente per gli infermieri). Gli psicologi lavorano per circa 64 ore mensili (non tutti hanno lo stesso monte ore), alternando la loro presenza. Il mandato istituzionale del servizio è quello della presa in carico del detenuto tossicodipendente, ai fini di una valutazione di idoneità per la fruizione di misura alternativa alla detenzione. La Magistratura, cioè, chiede allo psicologo di riferimento una valutazione che lo aiuti a prendere una decisione in merito alla concessione della pena alternativa. La valutazione di idoneità si esprime attraverso una relazione redatta dallo psicologo, allegata ad una certificazione di tossicodipendenza fatta dal medico. E' chiaro che un giudice prenderà la sua decisione sul detenuto soprattutto in base ai criteri che più gli competono: posizione giuridica, condotta sociale, attività intramurali, indicanti un buon adattamento sociale al contesto e alle regole che esso impone. La relazione di idoneità prende in esame l'anamnesi della dipendenza, l'anamnesi familiare, una valutazione dei meccanismi di gestione dell'ansia, controllo delle pulsioni e adattamento al contesto, una valutazione sui colloqui che indichi la disponibilità ad attivare un percorso all'esterno; attraverso tali criteri si spiega come la dipendenza da sostanze conduca al comportamento deviante e come il pentimento e la motivazione a cambiare siano indicatori importanti dell'intervento. Non vi è traccia del rapporto tra il servizio e l'utente, ma solo una descrizione dell'individuo. E' come dire che finché si sta *dentro* non si può verificare un lavoro fatto. Ancora, è come se non ci fosse lavoro da riconoscere se non in rapporto all'uscita del detenuto. E' come se non fosse riconosciuta una vita (nel senso di convivenza civica) per le persone carcerate, come se questa fosse sospesa, così come il tempo. Dunque il carcere come altro mondo, le cui regole e modalità di convivenza sono ignorate o se vogliamo non considerate rilevanti su cui pensare di fare un lavoro.

Dando uno sguardo a svariate relazioni, si può notare che sembrano molto simili tra loro nei contenuti. L'impressione che si ha è di una traccia diagnostica che parla di caratteristiche stabili dell'individuo, che dovrà prevedere una eventuale recidiva e guidare il magistrato a prendere una decisione a concedere o meno l'uscita dal carcere (prima del fine pena). Dunque premiare o punire. La fantasia che il SerT premi e il Magistrato punisca, evoca tutta una serie di fantasie che organizzano i rapporti basati sulla logica del buono e del cattivo, del giusto e dello sbagliato. Il rapporto col SerT diventa quindi una possibilità per redimersi e la condizione di malato l'unico modo per entrare in rapporto.

Gli obiettivi generali del servizio sono "...la prevenzione della ricaduta e la prevenzione della complicanze soprattutto infettivologiche, dell'uso di droghe in carcere (*Riduzione del danno*)."

 (Manuale Operativo Ser.T., 2009, p. 19).

E' noto che il carcere, in quanto Istituzione Totale, limita inevitabilmente "i processi di lavoro estranei alla stessa" (ibidem). Un altro limite è la "mancata "libertà" di scelta del detenuto tossicodipendente nei confronti dei propri percorsi di cura" (ibidem).

Nel Manuale del Ser.T. sono presenti tutte le procedure di lavoro a cui un operatore del servizio deve attenersi. Le linee guida sembrano tutte orientate verso una logica medico-socio-sanitaria; è presente un modello di intervento, nominato *protocollo diagnostico-terapeutico*. (Manuale Operativo Ser.T., op. cit, p. 36) illustrante i passaggi di una presa in carico che inizia con l'accoglienza, prevede la valutazione diagnostica e la definizione di un piano di trattamento adeguato e che termina con le dimissioni¹¹.

Tutto il processo avviene attraverso lo strumento del colloquio individuale con l'utente. Di solito è il detenuto a farne richiesta attraverso la *domandina*, un prestampato con cui avanzare richieste di qualsiasi natura; ma arrivano segnalazioni anche dal personale penitenziario.

Il detenuto non può scegliere il professionista che lo seguirà, l'assegnazione allo psicologo avviene attraverso

¹¹ Con dimissioni si intende sia il fine pena che l'uscita dal carcere dovuta alla concessione di misura alternativa.

la divisione degli utenti per lettera di cognome.

Il colloquio viene fatto dentro i reparti in cui si trova l'utente oppure fuori, nella stanza dei colloqui accanto al Ser.T., dove l'agente di polizia porta il detenuto. Qualche colloquio, per problemi di spazio, viene fatto anche nella stanza dove si trova l'archivio. Non è possibile garantire una costanza di luoghi in cui incontrarsi. Tantomeno una costanza di tempi. Sembra infatti molto difficile darsi appuntamento con il detenuto. Per cui il servizio tende a non dire al proprio assistito quale giorno potrà incontrarlo, ma si presenta o lo chiama "a sorpresa".

Non crea per ciò delle aspettative in rapporto a una affidabilità della risposta, colludendo con il sistema penitenziario che, in nome della sicurezza e del controllo, infantilizza la persona rendendola dipendente dall'organizzazione in tutto e per tutto. Ogni attività viene decisa nei tempi e nei modi: dalle visite dei propri cari, al ricevere qualunque tipo di informazione, fino al farsi una doccia. Spesso l'unico potere che resta al detenuto è ricattare l'Istituto attraverso minacce e atti di autolesionismo e di sciopero della fame, fino al suicidio. Sono all'ordine del giorno urgenze di questo tipo segnalate spesso dall'agente di polizia in turno.

In questo modo è come se il carcere possedesse la persona, attivando fantasie regressive ma allo stesso tempo anche rassicuranti, in un mondo in cui tutto viene deciso da un potere senza competenza da cui si può, per questo motivo, solo dipendere.

Il Ser.T. è un prodotto di questa cultura, attiva anch'esso una fantasia di dipendenza, mettendo in attesa l'utente per un colloquio allo stesso modo del giudice quando deve prendere una decisione di misura alternativa. In rapporto all'utenza, anche lo psicologo diventa un altro che valuterà e deciderà per essa.

Il linguaggio culturale condiviso dal servizio e dall'utenza è l'essere detenuti-tossicodipendenti, per cui è con una richiesta aderente al mandato sociale che il detenuto si presenta, e su questo il servizio risponde attivando una presa in carico e un iter procedurale fortemente ritualizzati. La modalità è di intervenire "a domanda rispondo", vale a dire con una modalità improntata su procedure burocratiche e risposte tecniche strettamente circoscritte alla formalità delle richieste che arrivano; nel contesto carcere questo sembra l'unico modo possibile per trattare il rapporto con il detenuto, agendo una fantasia di isolamento possessivo. Possedere l'utente, alla stregua dell'Istituto che possiede il detenuto (più volte ho sentito dire "il mio utente", ad esempio per riappropriarsene in circostanze in cui quella persona per un motivo di urgenza viene vista da altri psicologi che sono presenti in turno), sembra riflettersi nel modo di trattare l'individuo e la domanda che porta, appiattita sulla scontatezza che quello che il detenuto può chiedere al servizio è solo di poter uscire dal carcere. Mentre magari domanda qualcos'altro.

Magari si chiede inserimento¹², di capire dove si è, di esplorare i vissuti che il contesto e tutto il sistema di rapporti evocano. La domanda "strumentale", così viene chiamata, diventa pretesto per entrare in rapporto col servizio. Ma fintanto che si reificano tali domande come tutte quante strumentali, significa ritenerle intrattabili dal punto di vista psicologico.

Si può cominciare a pensare che sia *parziale* ridurre il Sert sulle MA, a prescindere dal costruire con i detenuti una competenza a coglierne le opportunità, e che questo rappresenti una criticità tendente ad un funzionamento del servizio che *isola e possiede*, precludendo uno scambio produttivo che permetta di riconoscere l'altro come estraneo da sé, fuori da preconcetti. Il rischio che si corre è una confusione emozionale che deriva dal mettere negli altri le proprie fantasie, agendo la sostituzione del mondo esterno con il mondo interno quale modo di funzionamento del sistema inconscio.

L'utente può essere così simbolizzato dal servizio solo come colui che va riabilitato e reinserito nella società a partire dalla sua condizione di tossicodipendenza; e l'utente stesso può collusivamente simbolizzarsi come tale in rapporto al servizio, mettendo in atto tutta una serie di comportamenti volti al pentimento per il reato commesso e alla voglia di uscire dalla dipendenza da sostanze. Dentro al ruolo di detenuto, il rapporto con l'Istituzione si esprime con emozioni prescritte funzionali all'adattamento al contesto. Ma questo vale anche per chi vi lavora dentro, polizia penitenziaria compresa.

Durante uno scambio con un agente, emerge la difficoltà sua e, mi dice, di molti suoi colleghi di dover assumere in servizio dei comportamenti che non rispecchiano il proprio modo di essere, ma che sono tipici della divisa che veste. Quindi di dover essere: "autoritario e poco disponibile" a prescindere, "altrimenti loro se ne approfittano". Sembra un sistema difensivo che preserva da rapporti di scambio con chi è, nello stereotipo, un nemico.

¹² dal lat. *in dentro e serere* intrecciare, connettere, legare insieme. Mettere l'una cosa nell'altra (www.etimo.it).

Si sta parlando di una convivenza fondata sul potere, dove le relazioni possono trasformarsi in rapporti deliranti, dove l'altro non viene mai visto nella sua autonomia portatrice di esigenze altre rispetto alle proprie, ma sempre quale competitore in una relazione in cui gli si attribuiscono le proprie intenzionalità, al fine di farne un nemico da combattere o da sedurre, entro una lotta senza fine (Carli & Paniccchia, 2003).

I primi passi del tirocinio

Il Ser.T. si trova oltre cinque cancelli dall'ingresso in Istituto, alla fine di un lungo corridoio. La stanza dell'équipe tossicodipendenza prima era una cella, convertita in ufficio del servizio dopo "lunghe lotte" con l'Amministrazione Penitenziaria. Ci sono quattro scrivanie e un computer. Dall'interno si accede a un'altra stanza, adibita all'archivio delle cartelle e alla cassaforte del metadone. C'è poi un altro spazio accanto al Ser.T., a disposizione dei colloqui.

La collaborazione tra chi scrive e il servizio passa attraverso la figura del tutor, il quale si dimostra da subito disponibile a illustrarmi come è strutturato il penitenziario, quindi la divisione in reparti, le celle che ospitano fino a sei detenuti, il servizio Nuovi Giunti del Ser.T., l'infermeria. Il tema principale trattato nei primi scambi è la scarsa tutela dei diritti alla salute dei cittadini detenuti. Il tono di denuncia è forte nei confronti di una Istituzione preoccupata del controllo e della sicurezza anche nei casi in cui è evidente la necessità di cure mediche.

Il primo utente che il tutor mi affida mi fa toccare con mano questa criticità.

Incontro M. la prima volta dentro la stanza del Ser.T. dove in genere si accolgono le richieste dei detenuti che passano al servizio cercando il proprio psicologo di riferimento, dove transitano operatori, psicologi, educatori (più raramente), dove ci sono i tirocinanti e l'agente di polizia penitenziaria. Il tutor, che lo fa chiamare, mi dice, mentre aspettiamo il suo arrivo, che M. è un utente storico del servizio, e che dal suo ultimo ingresso in carcere ha fatto tante domandine al servizio. Il motivo per cui ancora non è stato chiamato è il "tono di pretesa" che M. sembra aver usato. In più, c'è la sua fama, dovuta a tante carcerazioni, di cui quest'ultima dopo un periodo di latitanza (M. scappa da una Comunità Terapeutica dove era stato inviato in MA) che rende M. uno irrecuperabile, solo da de-tenere.

Quando M. entra nella stanza, il tutor mi presenta come psicologa tirocinante e poi domanda a M. di cosa avesse bisogno. Durante questo incontro, M. è molto irrequieto, racconta di un incidente in barca che gli ha procurato grosse lesioni al volto, ha delle evidenti cicatrici, gli mancano parecchi denti e ha il palato spostato. Ci dice che ha chiesto "come è suo diritto" delle visite specialistiche in strutture fuori dalle mura per potersi operare e "tornare come prima". Riferisce che si sente preso in giro da tutti, soprattutto dal medico di reparto che sembra non fare tutto il possibile per aiutarlo. M. grida, balbetta in una escalation che arriva fino al pianto, minaccia lo sciopero della fame, il suicidio e di compiere atti aggressivi. Potremmo dire che cerca a sua volta di esercitare un potere, l'unico che viene permesso dal carcere, il potere di minacciare, che contribuisce a fare di lui un delinquente da detenere. M. sembra non sentire quello che gli si dice, preso da quello che lui vuole dire. Si calma solo quando lo psicologo (il tutor) lo rassicura che sarà fatto tutto il possibile per aiutarlo. A questo punto mi viene chiesto, davanti a lui, se ho voglia di seguirlo.

Discutere la presa in carico esclusivamente con il tutor e non rapportarmi successivamente con il resto degli psicologi di ruolo, date anche le poche ore che ho potuto dedicare al tirocinio in quel periodo, ha contribuito ad alimentare la mia fantasia che il tutor fosse il servizio. A questo si aggiunge un'assenza di riunioni strutturate in cui pensare insieme le situazioni e i problemi che gli operatori incontrano nel lavoro quotidianamente.

Queste le premesse che hanno favorito la tendenza a un mio isolamento che ha poi organizzato l'intervento con M..

A distanza di una settimana dal primo incontro, rivedo M. nella stanza riservata al Ser.T. per i colloqui, dunque fuori dal reparto; è in questo spazio che mi propongo di incontrarlo per tutto il percorso, tranne qualche volta che, per ordini di servizio, ho dovuto recarmi nella stanza all'interno dei reparti. Mi sembra utile precisare che è capitato che, a causa di ordini di servizio disposti dai responsabili di reparto, giustificati da un'esigenza di sicurezza e ordine, io non riuscissi a incontrare M. perché non veniva mandato al Ser.T.; oppure mi si negava l'accesso ai reparti in quanto non ero personale di ruolo. Generalmente non sembravano esistere effettive esigenze di sicurezza, piuttosto questo risultava in linea con un comportamento che

l'organizzazione faceva per esercitare un potere: gioco-forza nel possesso del detenuto versus il possesso del malato.

All'epoca dell'intervento M., romano di 38 anni, è detenuto da circa 8 mesi, trasferito da un altro carcere del Lazio, dove è stato agli arresti a seguito di una breve latitanza dovuta alla fuga da una Comunità Terapeutica, inviato proprio dal Ser.T. del penitenziario di cui si parla in misura alternativa, per problemi di abuso di cocaina. Mi racconta di essere caduto in acqua dalla sua barca e di aver urtato le pale dell'elica che gli hanno provocato un trauma al volto. Ricoverato all'ospedale viene segnalato e poi arrestato. Questo è quello che lui racconta. Sembra invece che lo abbiano picchiato violentemente, ma M. non cambierà mai la sua versione dei fatti; penso che per lui sia importante conservare un'immagine da duro, e che ammettere la verità sia in conflitto con l'immagine che gli altri hanno di lui ma anche che lui ha di sé. M. ha già scontato otto anni, di una condanna di dodici, e un'altra in primo grado di altri dieci. Insomma ha una posizione giuridica pesante e un fine pena molto lungo.

Il suo "lavoro", come lui lo definisce, è stato assaltare furgoni blindati. Ci tiene a dirmi che ha scelto i blindati, perché non avrebbe mai rapinato in luoghi pubblici in cui avrebbe potuto incontrare donne che potevano essere sua madre, o bambini. Lui dice che ama i bambini, che è molto generoso con loro soprattutto a Pasqua e Natale, portando doni in una casa-famiglia di un quartiere di Roma, almeno finché è stato un uomo libero.

Al momento dei colloqui M. si presenta verbalmente aggressivo nei confronti dei medici e degli agenti dei quali si sente oggetto di scherno. Dice che si sente sottovalutato nella gravità della sua condizione di salute, che non avere i denti non gli permette di masticare il cibo e gli reca difficoltà ad andare di corpo, e quando parla sputa. Il suo chiedere lassativi lo mette a disagio, così come svegliarsi la notte per i forti dolori alla bocca e chiedere farmaci antidolorifici che spesso gli vengono negati. Parla con una modalità che non lascia spazio all'interlocutore e assume una postura protesa in avanti, soprattutto in quei momenti in cui denuncia le carenze sanitarie e i limiti che il contesto carcerario pone alla possibilità di curarsi. Ha bisogno di varie operazioni al palato, sente dolore e l'assistenza infermieristica e medica non sembra far fronte alle sue necessità di salute. Le visite extra-murarie con specialisti vengono puntualmente disdette per mancanza di personale penitenziario che possa portarcelo. Spesso è talmente nervoso che balbetta, si alza dalla sedia, minaccia di impiccarsi e provoca, dicendo di temere di "scoppiare" e di "far male a qualcuno". La provocazione ha una componente esibizionista, chi provoca manifesta la paura di non essere visto, ed offre spesso un buon supporto emozionale ai sistemi di potere incompetenti.

Gli incontri settimanali del primo periodo si saturano in una dinamica centrata sullo sfogo, sulla lamentela e su sproloqui sui massimi sistemi.

L'unico modo possibile per stare in rapporto a M. è stato attivare una funzione di contenimento, sia rispetto alle digressioni che prendevano una piega anarchica, sia rispetto ai vissuti legati al suo percorso sanitario, ma più specificamente legati al rapporto con personale medico e penitenziario, ai quali attribuiva il suo malessere. Lui dice: "Io ho commesso dei reati e sono pronto a scontarli, ma fatemi fare la galera in pace e con dignità".

Questo approccio sembra aver funzionato e con il tempo M. ha cominciato a portare contenuti diversi dai soliti trattati fino a quel momento. Mi dice che non riesce a guardarsi più allo specchio, che soffre nel vedersi deformato dall'incidente, che si sente disconnesso. A questo seguono una serie di racconti di come era prima dell'incidente, di come si sentiva forte e di come tutti lo rispettavano in carcere. Un giorno mi racconta di aver sognato di essere senza bocca e senza occhi. Questo aspetto ci porta a evidenziare un comportamento più remissivo negli ultimi tempi, e ci permette di esplorare un vissuto di perdita di potere nei rapporti all'interno del carcere, che prima aveva. Mi stava dicendo che sentiva di aver perso forza nel suo ruolo di detenuto, nell'immagine di sé che ha costruito nel tempo e che gli ha permesso di adattarsi ad un contesto come quello carcerario pieno di impliciti, di codici d'onore da rispettare per la sopravvivenza emozionale, ma anche fisica.

Leggo questi passaggi come un desiderio di cambiamento che diventa sempre più evidente a partire da uno stravolgimento nel look: M. appare molto più curato, con la barba fatta; anche l'aggressività o il ricatto cominciano ad attenuarsi e dimostra una certa disponibilità ad ascoltare il suo interlocutore senza inondarlo di lamentele. Penso che questo passaggio sia avvenuto inizialmente grazie alla sola presenza nel rapporto, al fatto di esserci e ascoltarlo senza sminuire quello che lui sentiva come problema, restituendogli un qualche potere che non fosse quello della minaccia; successivamente attraverso l'esplorazione dei suoi vissuti, portati

da lui come fatti oggettivi. Una lettura diversa del senso di ciò che gli accadeva, facendo uno spostamento da qualcosa di prettamente percepito come realtà oggettiva ad un suo vissuto, alla propria realtà interna¹³ (Matte Blanco, 1975/1981), alla sua risposta emozionale a quello che accadeva, ha reso possibile in M. un cambiamento di approccio agli eventi esterni, che di solito scatenavano in lui una reazione che possiamo definire violenta, provocatoria e minacciante, anche se completamente in linea con l'agito collusivo del contesto carcere. Stravolgere i suoi ordini di idee e aiutarlo nel distinguere tra la sua realtà interna e la realtà dei fatti, gli ha in qualche modo restituito un potere, oltre che cominciare a vedere i suoi interlocutori dentro situazioni specifiche, provando a non generalizzare.

Attraverso il coinvolgimento del dirigente sanitario, informato dell'urgenza del caso, finalmente M. viene portato in una clinica fuori le mura per l'intervento maxillo-facciale. Nonostante la disposizione del giudice di concedergli qualche giorno di ricovero presso la struttura sanitaria esterna, gli agenti di polizia penitenziaria incaricati di scortare M. lo riportano dopo qualche ora dall'intervento stesso, ancora sotto anestesia, dentro la sua cella, in condizioni sanitarie insufficienti. Appena vengo a conoscenza dell'accaduto, temendo in una reazione di M., decido di incontrarlo due volte quella settimana per provare a sostenerlo e contenere i vissuti di angoscia abbandonica che in genere mi porta, sia in riferimento alla madre che a tutte le figure che incontra, ma anche come riprova che è possibile un tipo di interesse che prescinde dal dare e avere (qualche tempo prima ci siamo confrontati sulla parola interesse e sul diverso significato che ciascuno di noi le dava: per M. l'interesse è una spinta che porta le persone a fare qualcosa in funzione di un vantaggio personale, di un tornaconto economico e sociale; mentre per me è una particolare attenzione verso qualcosa o qualcuno). Questa azione interpretativa ha fatto sentire M. accolto nella sua difficoltà, diversamente da come lui era abituato a sentirsi ed ha permesso una sua reazione che non comprendesse autolesionismi o minacce eterodirette. Si è limitato ad esprimere, al momento del colloquio, come si era sentito trattato dall'istituzione penitenziaria.

Nel tempo M. comincia a parlarmi dei rapporti che lo vedono fuori dal contesto carcere (a partire dalle fidanzate, gli amici, fino ad arrivare ai parenti), che lui sentiva come strumentali, legati ad interessi economici. In altre parole lui racconta di aver avuto accanto solo persone interessate alla sua disponibilità economica. Anche il rapporto con la madre è vissuto come persecutorio: riferisce che in più occasioni si è vergognata di lui, che ha spesso detto che avrebbe voluto un figlio con una vita diversa, che rifiuta ogni suo gesto di tenerezza fatto per trovare in questo rapporto una qualsivoglia forma di amore. M. sembra difendersi dal viverci come un figlio sbagliato, raccontandosi che la madre non ha mai impedito che lui vedesse certi "movimenti" in famiglia, o che accettasse regali costosi dagli zii (la famiglia di M. viene da lui rappresentata come fatta da un padre che ha fatto dei reati ma non è mai stato indagato e da una madre appartenente ad una famiglia di origine malavitosa che lei sembra non aver mai ripudiato), spostando l'accento dal suo vissuto di rifiuto a una spiegazione rassicurante di causa-effetto.

Rispetto alle questioni che mano a mano M. mi porta, faccio l'ipotesi che stia cercando, nel rapporto con me, dei modi diversi di relazionarsi da quelli che ha sempre avuto. Un altro punto che mi sembra importante sono le fantasie che M. porta come desiderio di avere un figlio e di trovare la "donna della sua vita" come modo per redimersi e cambiare vita: mi racconta di come alcuni suoi amici "hanno messo la testa a posto" dopo aver incontrato una "brava donna". M. è a conoscenza che ho una figlia piccola e quando parla della donna che vorrebbe sembra descriverla con delle caratteristiche simili a come io mi pongo con lui. M. mi racconta che al suo compleanno, unica volta in cui la madre lo va a trovare durante l'arco di un anno, decide di farle "uno scherzo", dicendole di aver incontrato una ragazza in carcere e di volerla sposare. Appare evidente che M. mi sta simbolizzando come una persona che è lì per perdonarlo, una figura salvifica che lo porterà alla redenzione, mettendo a tacere una madre interna rimproverante. La sensazione forte che ho è che lui senta il bisogno di mostrarsi diverso da quello che è sempre stato per ottenere da me una qualche approvazione.

Il rapporto con M. si interrompe bruscamente a causa di un suo trasferimento repentino, atto alla salvaguardia della sua incolumità fisica. M. si trova di fronte alla Commissione Disciplinare a seguito di una rissa che lo ha visto coinvolto in prima persona. In questi casi, il codice implicito di comportamento è quello omertoso. In realtà M. riferisce alla CD ciò che era capitato: un detenuto mette delle sostanze stupefacenti

¹³ La *Sostituzione della realtà esterna con quella psichica* è una delle cinque caratteristiche del sistema inconscio della mente descritte da Freud nella prima topica e riprese da I. Matte Blanco nel suo saggio sulla bi-logica, *L'inconscio come insieme infiniti*.

all'interno del pane che M. consegnava come portavitto¹⁴, chiedendogli di consegnarlo ad un altro detenuto. M. se ne accorge e reagisce, si rifiuta, e i due fanno a pugni. Vengono messi in isolamento entrambi. Grazie alla sua dichiarazione a M. viene revocato l'isolamento, rendendo evidente agli occhi della popolazione detenuta che "aveva fatto l'infame". M. viene poi spostato di reparto e in forma precauzionale viene sistemato in un reparto di transito. Lo apprendo dall'educatrice di riferimento, che incontro la prima volta proprio in occasione dell'accaduto. Quando incontro M., mi racconta che all'interno del reparto in cui stava, i suoi "colleghi" credevano che lui avesse parlato, e che si sentiva minacciato da sguardi e commenti sottovoce. Successivamente verrà trasferito.

Il comportamento inaspettato (il parlare) da parte di una persona che sa benissimo come avrebbe dovuto agire in questi casi, dati i suoi anni di detenzione, ha spiazzato tutti.

Una lettura possibile per la condotta di M. è di un agito che lo ha "fatto fuori" da dinamiche di rapporto che lui sentiva come pericolose, distruttive di un equilibrio che gli permetteva di aderire al contesto di appartenenza, un contesto in cui avrebbe dovuto vivere ancora per molto tempo, visto il suo lungo fine pena. La linea di condotta da me adottata ha reso l'intervento limitato dal considerare M. entro un rapporto duale, escludente il contesto in cui l'intervento era inserito. Ciò ha comportato una destrutturazione delle difese che M. aveva organizzato negli anni di detenzione, funzionali alla convivenza entro un contesto, adattive per la sua sopravvivenza emozionale.

Conclusioni: la (mancata) costruzione di una committenza complessa e i limiti dell'intervento.

Il pensionamento della dirigente del Dipartimento della Asl romana, individuata quale prima committente del tirocinio, non ha consentito l'esplorazione e la successiva costruzione di una committenza che cominciava a delinearsi nel colloquio con la neuropsichiatra. I suoi interessi vertevano sul servizio NG, dentro al vertice della riforma sanitaria.

All'ingresso in Istituto la committenza cambia e si complessifica su più livelli; le figure che chiedono qualcosa allo psicologo tirocinante sono diverse: il tutor che diventa il referente principale, inizialmente sembra domandare ai tirocinanti un'analisi di come si opera in carcere da un'ottica esterna, riferita ai cambiamenti proposti dalla riforma 230/99, poi la richiesta diventa di militanza valoriale per la garanzia dei diritti alla salute. Il servizio, inteso nelle figure delle psicologhe e della responsabile, sembra preoccupato per una scarsità di risorse che si trova a trattare un'utenza numerosa.

Inoltre in carcere è forte la pressione della cultura penitenziaria, che non avanza delle richieste esplicite, piuttosto si impone. L'Istituto in qualche modo chiede implicitamente a chi permette l'ingresso, sia esso psicologo, psichiatra, educatore, ecc, di favorire il suo funzionamento custodialistico orientando la prassi in questo senso. Non sembra chiedere una operazione che favorisca la riabilitazione e risocializzazione dei detenuti, ed in questo sembra che tutti gli attori in gioco colludano con tale cultura. Lo psichiatra prescrive farmaci in tutte le situazioni in cui ci sono circostanze a rischio (per la buona immagine del penitenziario) e molto spesso anche quando non sembra ce ne sia un bisogno effettivo, e lo psicologo accorre quando qualcuno minaccia comportamenti autolesivi, al fine di contenere una reazione non certo condivisa e accettata dal carcere.

C'è poi un altro livello, quello dell'utenza che entra in un rapporto strumentale con lo psicologo ma che è anche portatrice di domande altre. E' forse l'anello più piccolo della catena, ma anche l'unico da cui poter partire per provare a produrre uno sviluppo della cultura carceraria e dei problemi di convivenza.

Esplorare i vissuti delle persone detenute sembra una operazione sentita come pericolosa per l'equilibrio del sistema. Lavorare sui singoli detenuti, alla riduzione del danno, all'iter per la misura alternativa, spesso sembra l'unico modo possibile per una funzione psicologica che appiattisce la sua prassi sulla tecnicità, ignorando l'esplorazione delle relazioni che in carcere si instaurano tra i detenuti, il loro rapporto con il contesto che abitano.

Il lavoro con M. è passato attraverso una prima fase di contenimento, per poi trattare la domanda di riconoscimento di tutti quegli aspetti che M., a seguito dell'incidente, non sentiva più presenti e che gli

¹⁴ Il portavitto è una delle mansioni di lavoro retribuite per i detenuti che ne fanno richiesta. Comporta il portare i pasti agli altri detenuti davanti alle celle.

consentivano un adattamento adeguato al contesto, attraverso l'esplorazione delle simbolizzazioni affettive presenti nella relazione duale tra M. e me.

L'esplorazione di un pensiero emozionato su quanto viene agito, in questo caso dal detenuto, sia in relazione del "qui ed ora" con lo psicologo, sia nella narrazione di un problema per cui si richiede l'intervento, riferito al "là e allora", è uno dei modi possibili per una funzione psicologica che possa aiutare chi pone la domanda ad avere delle categorie di lettura di ciò che gli accade e adattarsi emozionalmente in maniera più consapevole, evitando l'agito violento. Destruire le difese organizzate sulla violenza ha avuto la sua funzione, M. ha messo in atto un comportamento non violento, che in un senso comune potremmo definire giusto per una società civile fuori dal carcere, ma completamente discordante con la convivenza dentro, che legge il comportamento del "parlare", denunciare una illegalità, come un tradimento. M. è diventato un infame e per questo messo in pericolo di vita e trasferito in forma precauzionale.

E' certo che nessuno lo ha tutelato, anzi, il revocare il suo isolamento da parte della Commissione Disciplinare a seguito delle sue dichiarazioni, lo ha scoperto e, in qualche modo punito.

Il senso di questo comportamento, diverso dall'aver riabilitato qualcuno, si può ricercare nel rapporto tra me e M.

L'ipotesi che si può fare è che M. destruttura le sue modalità adattive al contesto attraverso il riconoscimento dei suoi vissuti nel rapporto con me. Fuori da questo rapporto M. riorganizza il suo ruolo di detenuto, facendosi trasferire, scegliendo sì l'atto del denunciare, ma per andarsene dal rapporto con me, percepito evidentemente come pericoloso.

Un'ipotesi di sviluppo della cultura locale del penitenziario di cui si parla, per esempio quella della violenza, potrebbe essere quella di lavorare entro piccoli gruppi sulle dimensioni emozionali che il contesto evoca, sulla funzione che svolge il carcere per chi è detenuto, su tutti quei vissuti che stanno in rapporto allo stare lì. La proposta del gruppo, del lavorare in più persone nel qui e ora del gruppo, per il là e allora del contesto di convivenza, suppone che si possa in qualche modo aprire a un piccolo cambiamento culturale.

Bibliografia

Benigni, B. (2008). *Sani dentro. Cronistoria di una riforma* [Healthy inside. History of a reform]. Verona: Noema.

Carli, R. & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2010). Editoriale. Involuzione culturale e psicologia [Editorial. Cultural involution and psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-8. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Matte Blanco, I. (1981). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic* (P. Bria, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).

Stocchino, G., & Gibilisco, S. (2012). *I modi e i luoghi dell'accoglienza nella casa circondariale di Rebibbia. Una ricerca intervento* [The ways and places of hospitality in the prison district of Rebibbia. A research-intervention]. Unpublished manuscript.

Sitografia

www.etimo.it

www.giustizia.it

www.ristretti.it

www.saluteincarcere.it