

Dentro l'istituzione della pena. I tratti della malattia ingressiva¹

Mario Iannucci
Psichiatra psicoanalista
Consulente del Ministero di Grazia e Giustizia

SOMMARIO

PARTE PRIMA–Perché si sta dentro un'istituzione di pena

Non si finisce per caso dentro un'istituzione chiusa, specie se si tratta dell'istituzione penitenziaria. Non vi finiscono per caso coloro che sono affetti dalla *malattia trasgressiva*, ma nemmeno vi finiscono per caso coloro che in carcere lavorano. Una necessità intrinseca è rintracciabile alla base della *tendenza seclusiva*.

PARTE SECONDA–Malattia trasgressiva e malattia ingressiva

Sono tre le figure della clinica che alimentano principalmente l'universo della malattia trasgressiva: il *coatto della pena* o *escentra*, la *vittima* e il *cinico* che alla vittima si accompagna. Le stesse figure alimentano il versante di quella che qui chiamiamo *malattia ingressiva*. Tuttavia, se non vi sono grandi differenze qualitative tra i personaggi principali che entrano in scena sui due palcoscenici, una vera e propria specularità si ritrova da un punto di vista quantitativo: mentre infatti fra i trasgressori prevalgono senz'altro gli *escentra*, che mettono in minoranza le vittime e relegano del tutto in secondo piano i *cinici*, quest'ultima figura domina incontrastata la scena sul fronte della malattia ingressiva, dove sono i 'civili', qualora rimangano tali, a rivestire prevalentemente il ruolo delle vittime.

PARTE TERZA–Caratteristiche della malattia ingressiva

Chi soffre della malattia ingressiva manifesta una forte tendenza a stare nella massa, a subire la fascinazione del potere, a stringere legami nei quali l'atteggiamento omertoso lascia trapelare l'ignominia delle condotte di gruppo. L'invidiosa incapacità di mettere in atto una trasgressione aperta costituisce il collante del gruppo degli ostili, che restano sempre distanti da un atteggiamento fraterno.

PARTE QUARTA—Chi è affetto dalla malattia ingressiva è un debole. Questo debole ha dei diritti?

Se colui che è affetto dalla malattia trasgressiva maschera con una falsa forza la sua debolezza, chi è affetto dalla malattia ingressiva compie un'operazione più subdola, mascherando tale debolezza con una falsa debolezza. Perché l'ostile, dominante in carcere al di qua delle sbarre, resta un debole. Per questo è indispensabile che egli non venga abbandonato alla propria debolezza, e che qualcuno rivendichi per lui il diritto, che egli da solo non è in grado di esigere, che si approntino agili e franchi meccanismi di controllo della tendenza a incrudelire.

PARTE PRIMA

Alcuni anni or sono ero di servizio dentro un'istituzione, dentro un SERT. Ricordo che un paziente, il quale era evidentemente arrabbiato per una “discussione” avuta poco prima col suo terapeuta, avendomi incontrato sulle scale dell'edificio, benché io lo conoscessi appena e benché lo avessi sempre trattato gentilmente, non risparmiò nemmeno alla mia persona un attacco davvero pesante. Come tutti coloro che nella vita hanno patito, anche infliggendosele da soli, ferite profonde, estese e ripetute, come tutti coloro nei quali tali ferite hanno lasciato zone di evidentissima sensibilità, egli era in grado di cogliere nell'altro i pertugi attraverso i quali affondare colpi senza dubbio micidiali. Tutte le frasi che egli mi rivolse avevano un forte potenziale offensivo. Una però mi colpì in modo particolare e suonava pressappoco così: «Vede, dottore, c'è fra di voi chi pretende di dare lezioni di vita a noi; a noi che, è evidente, la nostra vita la gettiamo via. Io non ho solo sperperato un mare di soldi, ma un mare di occasioni. Eppure, come vuole che possa prendere lezioni di vita da uno che, come lei, viene in un luogo come questo, per pochi soldi, a tentare di prendersi cura di tipi come me?»

Quella frase mi colpì, anche nel senso che mi fece male. Io parlo qui da medico, da terapeuta di istituzioni pesantemente dequalificate, degradate e degradanti. Parlo da psichiatra psicoanalista che lavora nel carcere e nel servizio psichiatrico pubblico, e che nella sua attività professionale è passato attraverso l'ex Ospedale Psichiatrico civile, l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, il Carcere, la Casa di Cura e Custodia e i Servizi per le Tossicodipendenze.

In questa sede, in modo inevitabilmente sintetico, intendo parlare di ciò che predispone un soggetto a lavorare dentro un'istituzione 'chiusa'.

Procederò per assiomi e mi riferirò in modo prevalente al penitenziario, poiché tale struttura, estremamente marginale e tuttavia estremamente resistente, alberga situazioni paradigmatiche di ciò che intendo segnalare. Paradigmatiche ed evidentissime, e tuttavia ignorate. Situazioni che ricordano la *Lettera rubata* di Edgar Allan Poe e il magistrale insegnamento di Lacan, il quale rammentava come fossero i nomi cubitali, quelli che attraversano l'intero foglio di pagina, a essere più difficilmente scoperti nelle sfide che i fanciulli combattono sulle carte geografiche.

Gli assiomi di partenza sono dunque i seguenti:

-nelle istituzioni chiuse non si finisce per caso, non vi finiscono per caso nemmeno coloro che vi lavorano. E anche ammesso che *tùche* (τυχη) abbia un peso, essa qui ci interessa solo nella misura in cui dà una mano ad *anànche* (ανάγκη). Quest'ultima, d'altronde, non sarà certo nel senso della troppo spesso enfatizzata necessità economico-socio-geografica che l'intenderemo;

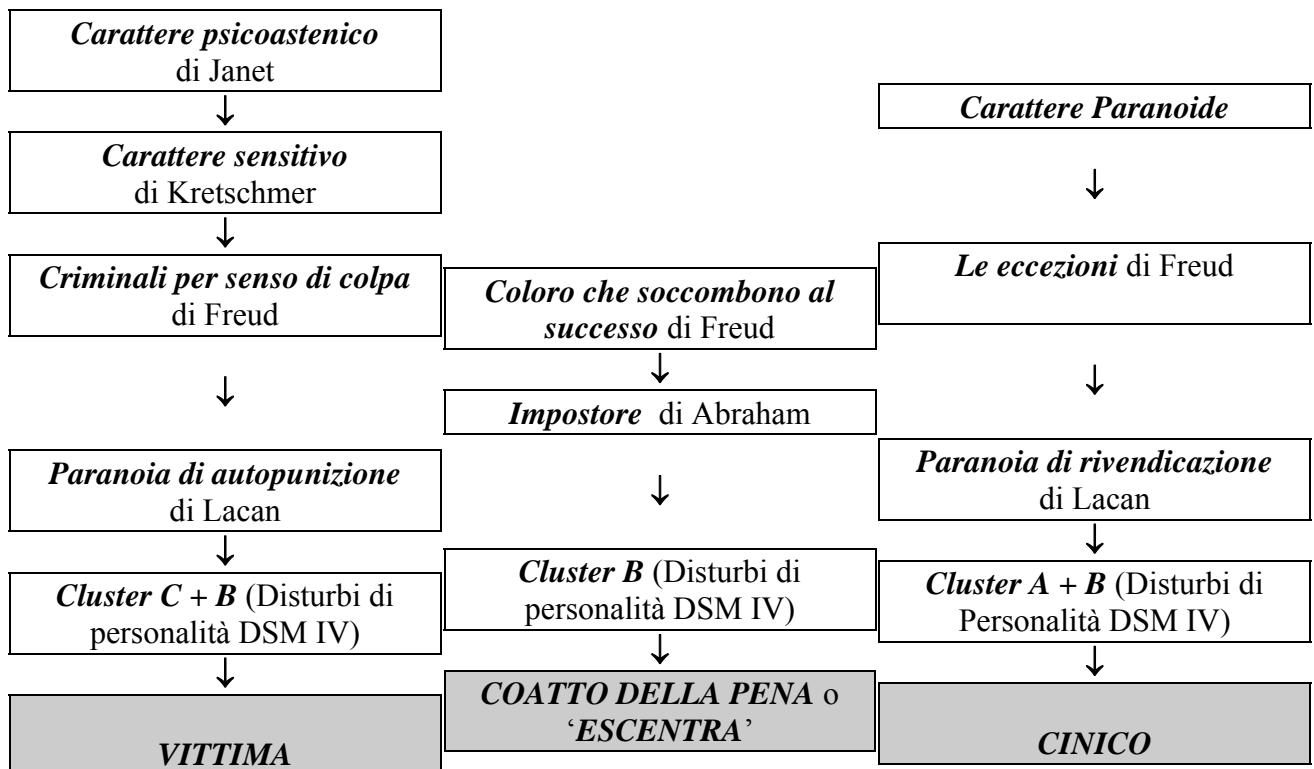
-vi è una necessità intrinseca che possiamo rintracciare, come destino e come disegno, nelle vite di coloro che popolano il carcere (e anche altre istituzioni chiuse);

-questa necessità intrinseca ha a che fare con la colpa e, quindi, con due dimensioni che con la colpa sono strettamente legate anche se si dirigono su fronti diversi: la dimensione della punizione, che nasce da un'istanza centrifuga ed è quindi diretta verso l'esterno del soggetto; la dimensione della pena, che nasce da un'istanza centripeta ed è diretta verso l'interno;

-la questione della colpa investe tutto l'universo della seclusione. Consideriamo, così come le ha descritte Gemma Brandi², le diverse figure della clinica che popolano le istituzioni della seclusione: il *coatto della pena* o *escentra*, la *vittima* e il *cinico* che alla vittima si accompagna (cfr. Tavola 1). E' il particolare tipo di articolazione che assumono tra di loro i vettori della colpa, del trauma e della pena (cfr. Tavola 2), che ci consente di separare e di riconoscere le suddette figure.

(TAVOLA 1)

DA JANET AL DSM IV, PASSANDO PER KRETSCHMER, FREUD, ABRAHAM, LACAN



(tratta da Brandi G. (1998), *Falsi forti e nuovi cattivi [...]*, ne *Il reo e il folle* N° 8, p. 123-130)

(TAVOLA 2)

La disposizione del senso di colpa nelle varie forme della malattia trasgressiva

VITTIMA	COATTO DELLA PENA o 'ESCENTRA'	CINICO
↓	↓	↓
Colpa presa a prestito	Colpa impunita	Colpa inesistente
↓	↓	↓
Espiazione spostata nella persona	Espiazione spostata nella situazione	Espiazione anticipata

(ispirata da Brandi G. (1998), *Falsi forti e nuovi cattivi [...]*, ne *Il reo e il folle* N° 8, p. 123-130)

-le figure della clinica che ritroviamo nell'istituzione penitenziaria al di qua e al di là delle sbarre non sono diverse qualitativamente, ma lo sono senza dubbio sotto il profilo quantitativo. Se al di là delle sbarre troviamo numerosissimi i coatti della pena, numerose le vittime e rari i cinici, la proporzione si inverte se prendiamo in esame le persone che operano al di qua delle sbarre, fra le quali è il cinico ad essere la figura predominante (almeno nel senso che qui è *l'o-stile* che impera) relegando in secondo piano il coatto della pena; la vittima, al di qua delle sbarre, è costituita soprattutto dal personale civile.

PARTE SECONDA

Gemma Brandi, in questi ultimi anni, ha più volte posto l'accento sul valore euristico di quella entità clinica che, assieme a Sir Thomas Browne, medico e filosofo inglese del diciassettesimo secolo, ha definito *malattia trasgressiva*. Io credo che, chiunque abbia lavorato non distrattamente in istituzioni chiuse, possa riconoscervi senza difficoltà la presenza di una forma clinica speculare rispetto alla malattia trasgressiva, che chiameremo *malattia ingressiva*. L'accezione geologica del termine (con ingressione marina, in geologia, si designa il fenomeno di sommersione di spazi più o meno estesi di terraferma da parte del mare) ci rimanda al carattere sommerso di tale malattia, al suo fine oltre che al suo modo di organizzarsi.

Poiché occorre essere schematici, il *trasgressore* indicherà d'ora innanzi colui che è affetto dalla malattia trasgressiva, mentre *l'ostile* indicherà chi è affetto dalla malattia ingressiva.

Il *trasgressore* e *l'ostile* provengono entrambi da una debolezza e da una vulnerabilità originarie molto simili. Le loro strade però si separano. La diversa composizione quantitativa e la diversa articolazione fra le tre figure della clinica -cinico, vittima e coatto della pena- rendono conto delle differenze di massima che possiamo riconoscere tra *l'ostile* e il *trasgressore*. Quest'ultimo denuncia in genere apertamente, attraverso il tipo di antagonismo alle regole sociali, proprio quella debolezza che tenta di nascondere. *L'ostile*, invece, non arriva a strutturare una trasgressione aperta nei confronti di una situazione originaria nella quale la regola e la legge si sono incarnate in

atteggiamenti crudeli, gratuitamente ostili o falsamente amichevoli. Atteggiamenti che, proprio per le conseguenze di disorientamento che hanno avuto, radicandosi in una disposizione dell'Altro niente affatto onesta e sincera, hanno prodotto danni notevoli allo snodo attraverso il quale il senso di colpa si articola con il riconoscimento della regola, della misura e del limite che sostengono anche l'ordine simbolico oltre che quello sociale, e che consentono la permanenza asintotica in una dimensione autenticamente fraterna. L'ostile dunque si caratterizzerà proprio per il suo abituale collocarsi in una zona d'ombra, dalla quale gettare lo sguardo, carico di risentimento, su coloro che egli inconsapevolmente identifica con i responsabili del suo disagio. L'ostile nasce dal segreto e nel segreto, nelle segrete, tende non solo a ritornare ma a nascondersi. Non è privo di rilievo, in proposito, che questa tendenza a nascondersi colluda con le “evidenti ragioni di sicurezza” che governano la vita del carcere, fornendo una sorta di giustificazione tecnica, per chi strutturalmente stenta a presentarsi per quello che è, al rimanere nell'ombra e nel semi-anonimato.

PARTE TERZA

Vediamo dunque i principali tratti della malattia ingressiva. Riconosceremo intanto all'*ostile* una particolare tendenza a muoversi dentro una massa, come membro di un branco. E' raro che egli si muova da solo, e quando lo fa ciò accade perché egli è sicuro di ricevere la protezione del branco. La falsificazione, che costituisce la scaturigine della malattia ingressiva, è anche uno dei principali meccanismi di difesa del gruppo. Chiunque abbia lavorato all'interno di un carcere, sa perfettamente che, come nel “ministero della verità” di 1984 di Orwell, una parte consistente delle energie degli operatori penitenziari è destinata alla riscrittura della realtà.

Nella malattia ingressiva si riconoscono inoltre tutti i segni di una particolare recettività alla fascinazione del potere. L'ostile, che viene spesso da un abuso cui non ha potuto ribellarsi, tende a perpetrare la costellazione originaria che l'ha de-formato. Egli dunque, ponendosi in uno stato di sudditanza nel quale verrà tanto più premiato quanto più si adeguerà alla gerarchia del gruppo, contribuendo egli stesso al mantenimento di un ordine fondato sulla crudeltà, verrà rafforzato nel

convincimento del carattere inemendabile di tale ordine e giustificato quindi nella sua permanenza astiosa in una posizione di servo.

La malattia ingressiva, affondando le sue radici in una vena inesauribile di *néikos-tànatos* (νεικος-θάνατος), si alimenta della coazione a ripetere gli atteggiamenti ostili. Il contagio di tali atteggiamenti, inoltre, diviene la regola del gruppo, una regola subdola, riconosciuta, facilmente riconoscibile e tuttavia inesprimibile.

Mentre la malattia trasgressiva è una debolezza mascherata da forza, la malattia ingressiva nel suo mascheramento compie un giro più subdolo, mostrando una maschera di debolezza che nasconde la debolezza originaria. Essa si costituisce nell'invidiosa incapacità di mettere in atto una trasgressione aperta.

Il volto aggressivo dell'*ostile*, infatti, si manifesta soltanto nell'ombra e con l'appoggio del gruppo. Le sue condotte esigono un tributo di complicità, costituendosi invariabilmente come contagiose. Chi accetta il patto di omertà, si addentra in un terreno paludoso e finisce non infrequentemente per rimanere intrappolato in delle vere sabbie mobili. Il collante dell'omertà, tanto più tenace in quanto raddoppia un nascondimento originario, ha una grande efficacia soprattutto perché i comportamenti *ostili* sono “segreti” soltanto in apparenza: ognuno sa che ci sono e che rappresentano uno dei tratti distintivi delle istituzioni chiuse, e tuttavia non capita che eccezionalmente che possano essere documentati.

L'*ostile* dunque non soltanto si costituisce dalla parte debole della società, ma di tale debolezza si alimenta. E' questa tolleranza implicita della “società civile” nei confronti dei comportamenti ostili che conferisce forza agli stessi; ma si tratta di una forza indicibile, e per questo inutilizzabile fuori dalle istituzioni della seclusione. L'atteggiamento vendicativo della società civile, alimentato dalla legge del taglione che impera nell'inconscio, ha nel gruppo degli *ostili* il suo strumento d'azione, la conferma del suo potere e della sua potenza, ma anche, inevitabilmente, il segno che denuncia la sua malvagia debolezza.

PARTE QUARTA

Siamo qui a interrogarci sui diritti dei deboli. Può apparire dunque contraddittorio che ci si occupi in questa sede di chi detiene un potere e lo esercita sull'altro. Io tuttavia sostengo che tale contraddizione è solo apparente. Perché la malattia ingressiva non si riconosce dall'esercizio di un potere, ma dall'abuso dello stesso. Se è vero, come ci ricorda Anatole France nella *Revolte des Anges*, che è inevitabile che l'uomo che detiene un potere ne abusi, è vero altresì che tale abuso è proprio ciò che finisce per minare alla base ogni possibilità che la Regola stessa possa funzionare come tale nell'uomo e fra gli uomini. E questa tendenza all'abuso, che abbiamo denominato malattia ingressiva, è una debolezza.

Chiunque intenda davvero occuparsi dei diritti di quel falso-forte che è il *trasgressore* patologico, bisogna che preliminarmente si occupi di quel debole/falso che è l'*ostile*. Un debole/falso nel quale la falsità costituisce uno degli elementi essenziali della debolezza. Occorrerà dunque approntare strumenti duttili e intelligenti per porre argini efficaci al dilagare della malattia ingressiva. Come costruiremo tali strumenti?

Se la malattia ingressiva si alimenta di una doppia menzogna, la sua terapia non potrà che stare dalla parte della sincerità.

Se la malattia ingressiva dilaga nel segreto, occorre garantire uno sforzo incessante verso la trasparenza.

Se nella malattia ingressiva la seclusione costituisce un dispendioso meccanismo di difesa, l'apertura del soggetto alla realtà (non tanto e non solo nel senso della *disclosure*), vale a dire alla verità della sua ferita originaria, diventa un passo indispensabile.

Se l'omertà cementa il gruppo degli ostili, sarà solo conferendo forza, dignità e valore alle presenze civili che potremmo evocare nell'ostile la possibilità di riconoscere il valore di ciò che, nella chiarezza, unisce davvero; il valore di ciò che consente di distinguere un'ostilità amica da un'amicizia ostile.

Ho iniziato con un aneddoto e vorrei finire con un aneddoto. Pochi giorni or sono, al termine di una cerimonia festosa nella quale mi veniva conferito un premio -un premio il cui titolo, *Quality of life*, non era del tutto privo di significato visto che con esso si intendeva premiare la mia attività di psichiatra svolta in istituzioni tanto *dequalificate*- mi si è avvicinato un signore elegante, misurato nel portamento e nell'espressione. Si è presentato (rivestiva una carica di rilievo in una istituzione privata) e ha avuto per me parole lusinghiere. Poi, però, mi ha sottoposto un'osservazione che intendeva anche essere un piccolo rimprovero: «Vede dottore», mi ha detto, «ho un figlio che sta svolgendo il servizio militare ed ha voluto svolgerlo tra gli agenti di polizia penitenziaria. Ebbene, ancora oggi, benché siano oramai diversi mesi che presta servizio, quando torna a casa smontando dal carcere io mi accorgo che ha bisogno di spogliarsi di un gravoso fardello di angoscia. Questo accade soprattutto allorché è stato di servizio di notte. Lui mi ripete spesso che tanti suoi colleghi di lavoro avrebbero bisogno di essere valutati in modo diverso, e con maggiore attenzione, prima che si consenta loro di prestare servizio a contatto con persone magari violente, ma visibilmente sofferenti. Lei ha detto che lavora in carcere da tanti anni. E' dunque possibile che non si sia accorto che la sua tela rischia di essere un po' come quella di Penelope, e che quell'espressione ricorrente, "impiccati!", pronunciata a mezza bocca di fronte a una richiesta di aiuto e di attenzione talora urlata malamente, è la manifestazione estrema di ciò che, nel carcere, occorre specialmente curare per poter curare?» Ho sorriso a quel padre, che aveva fornito al figlio una regola e una misura tali da consentire, in lui, che le potenze psichiche 'civili' -il disgusto, il pudore e la vergogna- evocassero ancora l'insorgere di una pena.

¹ Il presente testo costituisce, di poco modificato, l'intervento dell'Autore al Convegno "I diritti dei soggetti deboli", organizzato da Paolo Cendon e tenutosi a Trieste l'11-12 dicembre 1997.

² Brandi G. (1996), *Falsi forti e nuovi cattivi: gli angeli ribelli del Duemila. Dalla clinica indicazioni alla cura*, presentato al II European Congress on Personality Disorders, pubblicato ne *Il reo e il folle* N° 8, p. 123-130.