

Messaggi nella bottiglia

Il fenomeno auto-lesionistico in carcere e i compiti dello psicologo penitenziario

Detenuti che si tagliano, si spengono la sigaretta sulla pelle, ingoiano lamette da barba o batterie, ripetutamente sbattono la testa al muro sino a procurarsi ferite. Tagli. Soprattutto tagli alle braccia e alle gambe. Procurati con lamette da barba, schegge di vetro o di metallo. Ferite superficiali o più profonde. Segni che marcano il corpo, striature composte sino a disegnare una sorta di abito tribale.

Follia? Patologia? Strumento per far pressione sull'autorità? O cos'altro?

Che fenomeno è questo, così tanto e frequentemente caratterizzante la quotidianità di un qualsiasi carcere italiano?

Uno sguardo epidemiologico, per iniziare.

Sono quasi 9000 i casi di autolesionismo (8586, per la precisione) registrati, nelle carceri italiane, nel corso del 2016 (dati riportati all'interno dell'annuale e puntuale rapporto Antigone¹). 1590 casi ogni 10000 detenuti, all'incirca un caso ogni 6 detenuti incontrati!

Comportamenti da sempre caratterizzanti le istituzioni “totali”, non soltanto quelle a fini custodiali (registrabili all'interno di ospedali, ospedali psichiatrici, comunità per minori, etc.), quasi assenti all'interno della popolazione adulta non detenuta, se non affetta da sovraordinate forme di patologia psichica e che incidono invece pesantemente all'interno di una specifica fascia della popolazione: quella adolescenziale.

Le cronache giornalistiche di qualche periodo fa denunciavano il “Blue Whale” quale gioco/sfida alla morte in voga tra gli adolescenti connessi al web: esso prevedeva la progressiva iniziazione del “giocatore” ad atti di tipo autolesivo, in primis, poi apertamente anticonservativi, sino a giungere al suicidio finale (come appunto una Balenoterra Azzurra che si va a spiaggiare). Al netto dei “ricami” che sempre i media operano sui fatti, il caso può esser assunto quale figura di riferimento estremo, in grado di far riflettere sulla velocità con la quale il fenomeno dell'autolesionismo si sta propagando in seno al mondo giovanile, sia quale forma ritualizzata di iniziazione all'età adulta (in questo senso fenomeno non diverso dai tradizionali riti di sfida al pericolo, da sempre praticati), sia quale espressione di malesseri psichici ed esistenziali più profondi e quindi pratica riservata all'intimità, non condivisa, non comunicata a nessuno.

Per queste ragioni non esistono statistiche certe sulla diffusione di tali pratiche. Il SIBRIC² (Self Harm & Self Injury, portale italiano dedicato allo studio sul fenomeno) riporta dati riferiti a comportamenti autolesionistici nel 42% degli adolescenti napoletani di età compresa tra i 13 e i 22 anni. Meno allarmanti quelli pubblicati nel 2006 dall'Università di Oxford quale esito di una ricerca condotta su un campione di 6000 adolescenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni: l'11% delle ragazze e il 3% dei ragazzi dichiarava di aver sperimentato almeno un comportamento autolesionistico nel corso dell'ultimo anno di vita.

Come già accennato, in età adulta il fenomeno fa la sua comparsa quasi esclusivamente in associazione ad alcuni disturbi “cronici” di natura psichica, come sintomo “tipico” del disturbo borderline di personalità, ad

1 www.antigone.it/quattordicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/

2 www.sibric.it

esempio, del disturbo dell'umore di tipo bipolare, della schizofrenia.

La natura psichica dell'atto autolesivo e i rapporti con quello apertamente suicidario.

Secondo i criteri diagnostici proposti dal “Manuale Diagnostico e Statistico (DSM V)” dell'Associazione Psichiatrica Americana, caratteristica essenziale del “disturbo autolesionistico NON suicidario è la presenza del proposito di ridurre emozioni negative come tensione, ansia e auto-rimprovero. Non il suicidio, cioè il pensiero (seppur soltanto in funzione auto-consolatoria) e poi il proposito della propria morte, deve risultare (al fine di poter effettuare la diagnosi) presente, ma un'aspettativa di ottenere sollievo emotivo, quale conseguenza ed effetto immediato dell'atto.

In situazioni di grande tensione interiore, connessa a emozioni negative non tollerabili, angosce quali quelle dovute ad esperienze di separazione e/o frammentazione, e laddove ogni risorsa di elaborazione psichica di esse sia venuta meno, il corpo assume la funzione di ultimo e disperato rimedio: il dolore fisico auto-procurato lenisce, almeno temporaneamente, quello psicologico.

Più analiticamente: infliggendosi un dolore controllato si lotta contro una sofferenza infinitamente più intensa, che si impone implacabilmente e che sfugge a ogni controllo cosciente. È un gesto che non dipende dalla riflessione: è più simile all'impulso che all'atto intenzionale, ma non privo di logica. La traccia corporea che lascia dietro di sé, cioè la ferita sanguinante, porta la sofferenza in superficie, dove diventa visibile e controllabile, la sradica da un'interiorità che appare in quel momento simile a un baratro³.

Non di rado i detenuti sono disposti a raccontare ciò che a loro accade in concomitanza con la pratica autolesiva. Nel caso di un taglio, è comune ascoltare parole del tipo: “... e poi mi fisso a guardare il sangue che cola dalla ferita. È questo che mi dà piacere. E' come se con esso uscisse da me il veleno che ho dentro. È un fatto... idraulico”.

La ferita auto-procurata non va dunque letta come forma di resa alla sofferenza, ma invece come, seppur disfunzionale, strategia di “coping” ad essa contrapposta, forma di “auto-medicazione”.

Può presentarsi quale unico episodio, ma anche ripetersi più e più volte, diventando un modo abituale di lottare contro il dolore e la frammentazione interiore. Il gesto può allora farsi oggetto e sostanza di una vera e propria “dipendenza” e come ogni sindrome di questo tipo venir caratterizzato da fenomeni di “craving” (bisogno/impulso incontrollabile) e “assuefazione” (bisogno di “dosi” progressivamente maggiori al fine di ottenere l'effetto atteso).

Da un punto di vista propriamente psicologico, per riassumere, focalizzando l'analisi sulla sola funzione intrapsichica svolta, la distinzione tra autolesività non suicidaria e comportamento suicidario si fonda sul sollievo ricercato e provato, nel primo caso, e sul desiderio di morire come obiettivo dichiarato, nel secondo. Il suicidio non è dunque il fine dell'autolesionista, ma il rapporto tra i due aspetti è sottile e più complesso di quanto con quanto appena esposto si possa far intendere. Innanzitutto, un comportamento autolesionista può esser pericoloso per la vita stessa, pensiamo a quanto e inaspettatamente possa giungere in profondità un taglio al polso. Secondariamente, le due sindromi possono intrecciarsi e sovrapporsi nell'arco di una singola

3 Cfr. Le Breton David, *La pelle e la traccia*, Melteni ed, Milano 2005

storia clinica: tra gli individui autolesionisti, il rischio di suicidio si è dimostrato, in alcuni studi⁴, esser più alto che tra il resto della popolazione, trovandone segni evidenti nel 40-60% dei casi.

Per concludere dunque, se da un lato è importante tener distinte le due possibili attribuzioni diagnostiche e non assimilare i primi con i secondi, cioè le motivazioni di chi utilizza il gesto al fine di recare a sé un fugace (e allo stesso tempo disfunzionale) sollievo emotivo con le motivazioni di chi ritualizza e mette prodromicamente in scena la propria morte, altrettanto importante è non sottovalutare i comportamenti autolesivi nel loro costituirsi quali eventi precursori ed indicatori di un franco disturbo da comportamento suicidario.

Chi si occupa di prevenire il rischio di suicidio in carcere si troverà sempre, a sua volta e nei suoi giudizi, esposto al rischio di sottovalutare la probabilità connessa al fatto autolesivo e quindi non attivare il previsto “segnale di allarme” laddove sia invece opportuno e al contempo al rischio opposto: quello di sopravvalutare tale eventualità e innescarlo troppo frequentemente e così inflazionarlo e ridurlo in termini di efficacia.

Atti auto-lesionistici e anti-conservativi in carcere quale espressione di un conflitto “bloccato”.

Secondo un ulteriore spigolo d'osservazione, sistemico anziché propriamente clinico, i comportamenti autolesivi e quelli anti-conservativi osservano tra loro somiglianze e parentele. Oltreché esser letti quale espressione di distinte tensioni intrapsichiche del detenuto, entrambi possono trarre origine da una condizione relazionale ed istituzionale che lo veda “soccombere”.

Laddove cioè tale condizione si riduca a marginalità, difficoltà alla relazione, incapacità di dar voce alle proprie istanze e diritti, tali atti verranno inevitabilmente ad assumere funzione rivendicativa e strumentale. La ferita che sanguina e che inevitabilmente fa mostra di sé, evento di per sé trasgressivo e “scandaloso”, diventa lo strumento con cui il detenuto reclama attenzione e il più delle volte ottiene “udienza” presso l'autorità penitenziaria.

Nella misura in cui la popolazione detenuta nelle prigioni italiane si fa mediamente sempre più povera di istruzione, cultura e capacità di agency, non può che aumentare il ricorso a gesti autolesivi e dimostrativi quali veicoli di catalizzazione di attenzioni istituzionali e relazionali, in alternativa ai tradizionali strumenti di rivendicazione di sé, dei propri bisogni e dei propri diritti.

In assenza cioè di un “discorso” in grado di canalizzare il conflitto insito alla situazione di custodia e di ricondurlo ad alvei di significato condivisi, il corpo diviene terreno e simbolo dello scontro e assume al suo posto una funzione propriamente “politica”. In questo senso il gesto si propaga, viene fatto oggetto di imitazione (nella misura in cui dimostra di aver avuto successo), diviene parte di una sub-cultura e di un processo di acculturazione carceraria e di conseguenza aspetto di difficile eradicazione.

La strumentalizzazione del corpo, per di più sorvegliato e custodito, simboleggia il potere contrattuale ultimo che anche chi non ha più voce può utilizzare (M. Foucault, La volontà di sapere, Feltrinelli, 2009).

Ancora una volta è importante distinguere e al contempo unificare: saper cogliere la differenza tra l'atto apertamente e meramente strumentale e quello che prioritariamente insorge da una sofferenza interiore e in

4 Hawton, Zahl, Weatherall, *Suicide following deliberate self-harm: long term follow up of patients who presented to a general hospital*, in Br. J. Of Psychiatry, vol.182, 2003

aggiunta saper riconoscere l'intreccio e la sovrapposizione delle motivazioni che ad entrambi possono sottostare. La natura di tali aspetti comportamentali non può che esser di tipo polisemico, ognuno dei quali contenere ed esprimere numerosi, e non vicendevolmente escludenti, significati. Anche il più teatrale dei gesti può cioè essere in sé espressione autentica di un disagio, così come di questi il più intimo e segreto (non rivelato all'infermeria e auto-medicato al riparo dallo sguardo di tutti) custodire il senso di un rabbioso messaggio in realtà rivolto all'ambiente circostante.

Le lesioni corporali auto-procurate sono come delle grida, urlate nella carne ogni volta che manca il linguaggio; ma poiché sono una negazione, un rifiuto della comunicazione, testimoniano della sofferenza in modo ambiguo⁵.

Autolesionismo: i compiti dello psicologo in carcere.

Il messaggio ambiguo, cioè doppiamente (ma anche ennesima-mente) interpretabile, è un messaggio metaforicamente “chiuso” nel corpo di una bottiglia, affidato cioè a percorsi tortuosi e niente affatto certi di poterlo recapitare a destinazione (esser cioè colto nel suo pieno significato), infinitamente esposto al rischio di una sua dispersione nel nulla, del suo smarrimento.

*[...] I hope that someone gets my
Message in a bottle [...]*⁶

Fuor di metafora, se condivisibile è l'analisi sopra condotta, in questo saper cogliere il senso e la natura dei gesti autolesionistici, e nella loro decodifica in termini di significato, sta parte della funzione e del ruolo dello psicologo penitenziario in risposta al fenomeno autolesionistico.

Certo sappiamo, ci è stato insegnato dai più autorevoli esperti della comunicazione umana, che “non si può non comunicare⁷” e che dunque anche il linguaggio del corpo veicola messaggi e dispone di propria eloquenza. Quel che al contempo sappiamo è che tali messaggi si presentano in forma “analogica”, usano cioè la lingua del simbolo e non della parola, contengono ma non esprimono direttamente significati.

Sia nel caso del gesto plateale in funzione strumentale e rivendicativa, che in quello dell'atto solipsistico in funzione d'automedicazione, il significato sottostante al fatto viene “incorporato”, incapsulato (per riprendere la metafora della bottiglia). Importante, sia dal punto della vista della “salute” relazionale di un individuo che da quello del suo benessere intrapsichico, il lavoro orientato allo svelamento di tali significati e alla loro presa di coscienza.

Che valenza ha quest'atto in relazione alla storia di vita, alla storia clinica, alle condizioni di vita attuali del detenuto che lo pratica?

Nel caso in cui il gesto autolesionistico abbia soprattutto rilevanza intrapsichica, è importante prenda le mosse un adeguato lavoro analitico, volto alla corretta interpretazione dell'atto/sintomo in questione e riportarlo alla sua opportuna sede di significato. Se l'origine di esso è nel magma della sofferenza individuale e nella storia del soggetto, fondamentale sarà saper aprire, con lui in relazione, lo “spazio” necessario

5 Kilby, J., *Carved in skin. Bearing witness to self-harm*, in Ahmed Stacey, a cura di, 2001.

6 Tratto dal brano “*Message in a bottle*”, The Police, 1979

7 Beavin, Jackson, Watzlavick, *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio,

all'elaborazione psichica del sottostante dolore emotivo, dove sia possibile sperimentare la possibilità di accettarlo e sopportarlo anziché agirlo sul corpo.

Che cosa in realtà esprime il detenuto la cui ferita rivendica un trasferimento, l'ottenimento di un'autorizzazione o la soddisfazione di un qualsiasi bisogno? Quel che, approfondendo la sua conoscenza, si giunge spesso a cogliere è che egli stia in realtà chiedendo di esser "riconosciuto", che stia usando (anche in forma pretestuosa) tale rivendicazione al fine di esser considerato, visto come persona, in quanto tale portatore di diritti, non solo un numero, non solo un membro della sua etnia, non solo un detenuto.

Troppo spesso interpretazioni rigide e stereotipate, artificiose contrapposizioni dicotomiche del tipo "ci è o ci fa?" prendono il posto di una sana, e più utile dal punto di vista organizzativo e di gestione dell'ordine in sezione, disponibilità al comprendere.

Allo psicologo il compito di interagire, laddove possibile e da un punto di vista culturale, nel de-costruire quelle forme di giudizio precostituite e monolitiche, aprire a nuove possibili interpretazioni sul terreno dei significati e perché no anche del dubbio, del mistero connesso ad ogni evento di umana natura. Esercitare e diffondere un po' della "capacità negativa" che ciascun psicologo dovrebbe conservare gelosamente nella propria cassetta degli attrezzi. Ci riferiamo alla sua capacità di:

"[...]stare nelle incertezze, nei misteri, nei dubbi, senza essere impaziente di pervenire a fatti e a ragioni"⁸.

Dr. Grasso Ludovico
Psicologo penitenziario
lgrasso7014@gmail.com

8 Il poeta J. Keats (1795-1821), in una lettera. Riportato da Lanzara G., F., *Capacità negativa*, Il Mulino, 1993