

Commento al caso clinico presentato in: *Giorgio è tra le sbarre*

Elena Pasqualoni*

*Non posso più andare avanti così.
Sono cose che si dicono.
Ci impiccheremo domani (pausa). A meno che Godot non venga.
E se viene?
Saremo salvati.
Allora andiamo?
Andiamo.
(non si muovono).
Samuel Beckett*

Quando si varca la soglia di un istituto di pena il senso di continuità con il mondo esterno viene interrotto. Anche un banale oggetto di vita quotidiana può assumere una valenza pericolosa e, pertanto, *i visitatori* non sono liberi di entrare e uscire senza essere sottoposti a rigidi controlli. In carcere si entra in una dimensione totalizzante, con regole rigide, non interpretabili e non negoziabili, compresa quella di salutarsi con rispetto ed educazione nei corridoi. In carcere, che tu sia un visitatore, un operatore o un detenuto, sai di essere contato, controllato e osservato, sai di far parte di un gruppo di persone che sono chiuse all'interno dello stesso blocco di cemento. Come scrive R. Kaës (2001), il gruppo “impone ai soggetti che ne fanno parte un certo numero di costrizioni psichiche: rinunce, abbandoni o cancellazioni di quella parte della realtà psichica che li singularizza e li differenzia... In cambio il gruppo si assume un certo numero di servizi a beneficio dei suoi soggetti, servizi ai quali essi comunque collaborano per esempio l'edificazione di meccanismi di difesa collettivi”.

Per l'autore le istituzioni, in particolare quelle che si occupano di cura,

*Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia.
E-mail: pasqualonie@gmail.com

sono esposte a problemi simili a quelli dei clienti che ne fanno parte e si contaminano riproducendo proprio le stesse paure, ansie, preoccupazioni e comportamenti che l'istituzione vuole curare; questo tipo di meccanismo lo definisce *isomorfismo*. Ma il carcere, come ci ricorda il collega citando M. Foucault, nasce per "sorvegliare e punire" e la funzione curativa, considerata da gran parte dell'opinione pubblica quasi un privilegio di cui i detenuti non dovrebbero beneficiare, è impregnata di questa eredità.

Da terapeuti ci ritroviamo così a lavorare in e per un contesto che ha l'obbligo di curare ma fatica a prendersi cura. In un luogo dove la privacy è considerata un vezzo se non una richiesta pericolosa, chiamati ad assolvere il ruolo di pubblico ufficiale oltre che clinico, mantenere un atteggiamento psicoanalitico verso la cura è una sfida complessa. D'altronde i detenuti si chiamano anche *ristretti* proprio a indicare una condizione di insufficienza vitale, dove tutto è presente – cibo, aria, spazio, tempo, possibilità, cure – ma in una forma limitata, angusta, *risicata*. Ognuno trova il suo modo di sopravvivere: qualcuno protesta, la maggior parte soccombe, alcuni come Giorgio trovano delle strane forme di resistenza.

Giorgio è *tra le sbarre*, né completamente dentro né completamente fuori; e proprio abitando quello spazio *transizionale* ho la sensazione di averlo inseguito per tutto il tempo della lettura quando mi accorgo che mi è sfuggito *tra* le righe, momento in cui apprendo della sua avvenuta liberazione nei titoli di coda. Il fatto non sussiste, il reato non è stato commesso, il disturbo è fittizio, non c'è bilancia che provi il dimagrimento, non c'è esame clinico che rilevi infezioni urinarie e si potrebbe aggiungere (come spesso si trova nelle cartelle cliniche in anamnesi) la personalità è NAS, non altrimenti specificata. Eppure, Giorgio esiste come sistema unico e complesso: fuori in abiti firmati, dentro in preda dell'incuria.

Giorgio mi ricorda alcuni pazienti che ho incontrato, che chiedono rumorosamente di essere guardati ma temono di essere visti. Nel tentativo di avvicinare il paziente che viene rinchiuso ma mai preso veramente, pensando alla dialettica winnicottiana alla base dell'esistenza (Winnicott, 1974), mi accorgo di quanto *tra il piacere di nascondersi e la catastrofe del non essere trovati* il paziente brancola nella speranza che qualcuno continui a cercarlo, che non se ne dimentichi. In carcere è il clinico che cerca il paziente per il colloquio, raggiungendo fisicamente la sezione dove è ubicato per incontrarlo. Attendo, e com'è curioso come spesso mi ritrovi anch'io a brancolare, per un tempo vago e confuso, in attesa che qualcuno arrivi. Il paziente viene chiamato a visita ma non giunge, viene fatto richiamare e mi dicono "non si trova": com'è possibile che non si trovi qualcuno in un carcere? Questo giocare a nascondersi è stancante, a tratti preoccupante, ci fa arrabbiare e, al tempo stesso, ci obbliga a non smettere di cercare, rendendoci partecipi di quel "movimento conscio-

inconscio che non ha alcun significato isolato l'uno dall'altro perché ciascuno crea-mantiene e nega l'altro" (Ogden, 2022). Mi sembra di cogliere questo nelle parole del collega che a un certo punto dichiara: "Sento che sono stanco di lui ma che lo voglio incontrare"; Giorgio sembra allenarci a questa ricerca dello spazio da co-costruire e co-creare, da rinegoziare ad ogni incontro.

"È nostro compito giocare sviluppando la capacità di paziente e analista di spostarsi dal fare esperienza dell'altro come un oggetto da controllare, o da cui essere controllato, all'essere in grado di giocare l'uno con l'altro (sebbene prima di tutto come oggetti)... Credo che sia questo significato di giocare che rende possibile quella negoziazione che conduce all'intersoggettività – il fare esperienza l'uno dell'altro come soggetto." (Bromberg, 2012)

Dell'essere creduti come soggetti è una questione che interessa il paziente tanto quanto interessa il terapeuta, dell'essere interessati alla verità dei fatti forse non è così importante, ma per un detenuto la verità è qualcosa che non possiamo liquidare con semplicità perché è in virtù di quella verità che ha costruito la sua *difesa*. Spesso mi sento dire: "Lo so che qui tutti dicono di essere innocenti, ma io non ho fatto quello per cui sono stato accusato, questa è la verità". Solitamente però a questa frase sento aggiungere: "Lei è libera di non credermi". Ecco, credo che il paziente chieda di essere creduto e al tempo stesso chieda di non essere creduto della verità di cui si fa portavoce permettendo all'*Io-Soggetto* (Minolli, 2015) di quel paziente di farsi verbo nel divenire, e transitare sincronicamente come un funambolo tra più parti di Sé in rapporto tra loro e in rapporto con l'ambiente, con l'unico scopo di sopravvivere.

Nella coesistenza tra la *consistenza* dell'*Io-Soggetto* e la partecipazione creativa al suo divenire, tessiamo la logica interna dell'organismo vivente che si auto-eco-regola muovendosi nello spazio potenziale. Tutto si complica nel rapporto con il paziente detenuto che vuole essere visto perché soffre ma al tempo stesso non vuole essere visto per quello che è perché quello che è coincide con il reato per cui è stato punito; va ricordato che le carceri sono divise in sezioni, ogni sezione è popolata da persone accumulate dallo stesso tipo o categoria di reato di cui sono accusate.

Se non attribuiamo alla ripetizione il significato di resistenza, come sostiene la teoria classica, ma ne riconosciamo l'importanza essenziale nel processo terapeutico, nella coazione a ripetere si può intravedere la via del divenire. La necessità di saturare l'esperienza è solo un aspetto che caratterizza la dimensione psicopatologica dell'esistenza, ben oltre la speranza che possa accadere qualcosa di diverso e di nuovo, la speranza e il timore che proprio in quella nuova ripetizione qualcosa non vada come ci si aspetta, disconfermando aspettative rigide che appartengono al passato. Ma in carcere la ripetizione diventa la minaccia della ripetizione e prende

il nome di recidiva; la recidiva diventa pericolosità. Ripetitivo significa essere pericoloso e pone un limite alla possibilità di divenire, e se la “guarigione” passa anche per la ripetizione, in carcere il detenuto viene considerato “guarito” se si ha la sicurezza che non si ripeta. Così paziente e terapeuta in carcere si possono sentire ostacolati nella possibilità di provocare e fare nuove esperienze, restando imprigionati nell’impossibilità di uscire dal Sé per poi farne ritorno. Ma allora come si può restare vivi se si perde la possibilità del divenire? Si resta vivi minacciando di divenire morti: “Io non posso sopravvivere qui dentro, io morirò”. Lo dice anche Giorgio, lo dicono in molti.

Con i pazienti detenuti si parla spesso della morte, molto più di quanto emerga nel setting privato, nonostante sia sempre lì, tra i sintomi e la ripetizione, *tra le poltrone* anziché tra le sbarre. Eppure, parlare della morte, del morire e del *divenire morti* può aiutare la relazione terapeutica a restare viva. Nella mia esperienza più il paziente è libero di verbalizzare la propria intenzione di uccidersi e più il terapeuta prenderà sul serio questa possibilità, più la relazione resterà in vita riattivando l’ipotesi sepolta dell’abitare lo spazio potenziale del divenire. Non ci resta che accogliere “l’essere umano a partire da ciò che è e prendendolo sul serio per come è” (Minolli, 2015); prendere sul serio il paziente quando dice che non ce la fa più, che vuole morire e che questo pensiero è l’unico che gli permette di andare avanti, richiede per prima cosa che possiamo prendere sul serio il fatto che lo stia dicendo proprio a noi, nel qui e ora, immaginando che questo sia il suo unico modo per restare in piedi. La mutualità apre a uno spazio dialogico in cui due persone possono essere pienamente presenti l’una per l’altra, confrontandosi come soggetti interi.

Quando il paziente ci comunica che vuole morire, dove ci sta portando? Sto parlando di quei detenuti/pazienti che minacciano ripetutamente di morire operando dei veri e propri attacchi al corpo, rendendo la morte qualcosa di pericolosamente concreto, ma anche di quei pazienti/detenuti che pensano alla morte come riposizionamento del proprio *Io-Soggetto* in un contesto che non consente vie d’uscita. Per quanto sia comprensibile che il carcere elicitì vissuti depressivi, di fallimento e di mancanza di speranza, pensare che in quel “voglio morire” ci sia la ricerca della cessazione dell’esistenza rappresenta una spaventosa chiusura. *Finire in carcere* è già un fattore di rischio per la vita delle persone, ma quando un detenuto esplicita di volersi ammazzare (purtroppo molto più spesso di quanto si pensi, mediamente una volta al giorno) tutti accorrono affinché questo non accada. Trascendere dalla situazione di allarme, che spesso porta a soluzioni estreme, mal adattive e sorde alla sofferenza del singolo che percepisce il tentativo di messa in sicurezza come una punizione, è il tentativo che muove il terapeuta verso quel detenuto nella creazione di una “terzieta” dove vi sia contemporaneamente sintonizzazione con l’angoscia del

paziente e differenziazione... di una dimensione nuova che fa da garante e impedisce che uno dei due domini sull'altro: entrambi si arrendono al terzo a cui ambedue riconoscono di appartenere" (Benjamin, 2019). Essere contemporaneamente paziente e detenuto e contemporaneamente terapeuta e pubblico ufficiale, essere in un luogo chiuso, ristretto, senza via d'uscita e contemporaneamente costruire un luogo aperto, metaforico, possibile, rappresenta forse un tentativo di co-costruire una terzietà.

Comunicare al paziente:

"Se tu dici a me che ti vuoi ammazzare io sono costretto a mettermi in sicurezza attivando delle procedure che ti faranno arrabbiare e ti ridurranno in solitudine, ma se tu lo dici a questo spazio terzo che stiamo costruendo, resteremo nel qui e ora finché non riusciremo a costruire insieme delle alternative a questa soluzione estrema che hai trovato per sopravvivere."

Questa dimensione, che prescinde dal singolo soggetto in quanto paziente clinico, non chiede la dimostrazione di un cambiamento e neanche la riuscita di un intervento. Sostiamo in una posizione scomoda, a volte straziante, spinti dal tentativo di incontrare il paziente nella sua unicità e il terapeuta che noi diventiamo solo con quel paziente lì.

"Se l'analista non penetra affettivamente nella matrice relazionale del paziente o, piuttosto, si scopre al suo interno, se l'analista non viene in qualche modo sedotto dalle suppliche del paziente, plasmato dalle proiezioni del paziente, affrontato e frustrato dalle difese, la terapia non può mai funzionare a pieno regime e viene perduta una certa profondità dell'esperienza psicoanalitica." (Mitchell, 1993)

Nel rapporto con il mondo relazionale del paziente, Mitchell individua due dimensioni: "ciò che l'analista tenta di fare e ciò che l'analista fa effettivamente nel suo tentativo". Credo che questo sforzo costante a tendere ma mai a risolvere, ad evocare ma mai a descrivere, vicini ad una distanza sopportabile, è il vento dell'esperienza psicoanalitica che può soffiare anche *tra le sbarre*.

BIBLIOGRAFIA

- Benjamin, J. (2019). Il riconoscimento reciproco. L'intersoggettività e il terzo. Milano: Raffaello Cortina.
- Bromberg, P. M. (2012). L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale. Milano: Raffaello Cortina.
- Kaës, R. (2001). Il concetto di legame. *Ricerca Psicoanalitica*, XII(2), 161-184.
- Minolli, M. (2015). Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo. Milano: Franco Angeli.
- Mitchell, S. (1993). Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ogden, T. H. (2022). Prendere vita nella stanza d'analisi. Milano: Raffaello Cortina.
- Winnicott, D. W. (1974). Gioco e realtà. Roma: Armando.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Freud, S. (1920). Al di là del principio di piacere, OSF 9.
- Minolli, M. (2009). Psicoanalisi della relazione. Milano: Franco Angeli.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 1 giugno 2025.

Accettato: 3 giugno 2025.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2025; XXXVI:1045

doi:10.4081/rp.2025.1045

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.