

Scenari di manipolazione e di crimine: quale psicoterapia per l'offender?

Abstract: dopo aver analizzato gli aspetti psicodinamici dei pazienti gravi e “difficili”, gli Autori esaminano gli *Offender*, convenendo che, almeno inizialmente, la struttura psicodinamica sia simile in entrambi, utilizzando il criminale gli stessi strumenti difensivi arcaici: scissione, negazione, ribaltamento della prospettiva e identificazione proiettiva. Attraverso quest'ultima il soggetto proietta le parti più tossiche della sua personalità in “contenitori” esterni (ad es., il gruppo di cura), che poi considera come oggetti pericolosi da distanziare (Cartwrig, 2002). Secondo Hyatt-Williams (1998), i criminali non si limitano all'esternalizzazione delle parti scisse e al controllo manipolativo dei *container*, ma lanciano un attacco diretto e violento contro di essi, distruggendoli o depotenziandoli gravemente. E' solo attraverso un'analisi di queste dinamiche (Yakeley, 2012) che una Psicoterapia forense si potrà occupare anche dell'équipe curante, con il lavoro di gruppo svolto su di essa. In chiusura, l'importanza della psicoterapia del gruppo e sul gruppo viene esemplificata, illustrando un caso paradigmatico di scissione dell'équipe curante.

Parole chiave: équipe, offender, difficult patient, identificazione proiettiva, psicoterapia.

Manipulation and crime scenarios: which psychotherapy for offenders?

Abstract: Having examined the salient features of serious and “difficult” patients, the Authors moves on to the study of *Offenders*. At least initially the dynamic framework is quite similar, because the criminal uses the same archaic defensive tools: scission, negation, reversible *perspective* and, above all, projective identification. The projection of the toxic parts of the patient's personality in external containers (e.g., the care team), which are identified with the toxic ejectors, confirms that they are actually dangerous objects to be distanced (Cartwrig, 2002). The criminal do not limit themselves to the externalisation of divided parts and to the control of the containers, but rather they launch a direct and violent attack against them, destroying them (Hyatt-Williams, 1998). It's only through an analysis of these dynamics (Yakeley, 2012) that we can produce Forensic Psychotherapists, who not only care about the *Offender* but also the team of care. The importance of group psychotherapy is explained through the illustration of a paradigmatic case of team “splitting”.

Keywords: équipe, offender, difficult patient, projective identification, psychotherapy.

* Psichiatra, Criminologo ANCRIM

** Psichiatra, Psicoterapeuta

Il paziente difficile, sec. Balint¹, è quel paziente che manipola e controlla l'équipe curante, rendendone molto problematica, se non infattibile, la gestione. Difficile è il paziente che instaura un *transfert*, o una relazione impossibile (Giordani *et al*, 1985; 1998) col terapeuta, una relazione sadica e ambivalente, con continui attacchi al "legame". Ciò è il risultato di svariati e complessi fenomeni psicopatologici studiati soprattutto dai discepoli di Klein (1882-1960) come Bion e Meltzer, quali l'identificazione proiettiva difensiva, il rovesciamento della prospettiva e l'identificazione adesiva. In un saggio letto davanti alla *British Psychoanalytic Association* all'inizio degli anni '50, e poi pubblicato, Bion (1954) differenzia le parti psicotiche e nevrotiche della personalità. La parte psicotica, disgiunta dagli altri settori psichici ("splitting statico" sec. Bion), si sforzerà per ostacolare i processi di crescita delle parti sane, boicottando le cure e i tentativi degli operatori di sostenerle, come nel caso che discuteremo più avanti (Mazzocchi & Giordani, 1998). L'ottica psicotica, ambivalente e rovesciata, interpreterà i fenomeni soltanto dal proprio angolo visuale, cercando e trovando spesso una conferma al proprio assunto basilare che nessuno potrà mai aiutarla ("rovesciamento della prospettiva", sec. Bion). Leon Grinberg (1991), nell' "Introduzione al pensiero di Bion", spiega con semplicità che Bion mutua tale locuzione da un celebre esperimento della *Gestaltpsychologie*, che consiste nell'ispezione di un'immagine (la figura sfondo-vaso di Rubin), che può raffigurare sia un recipiente che due profili umani. Egli considera l'esperimento come una metafora dello "insight", in cui la personalità è capace di passare rapidamente da un punto di vista all'altro ("visione binoculare") (Bion, 1970). Nel ribaltamento della prospettiva, invece, il soggetto tende a restare bloccato in una sola prospettiva, da dove visualizza in modo esclusivo anche il "setting" e le interpretazioni. La prospettiva che il terapeuta propone al paziente rimane dunque inesaudita oppure viene accettata soltanto formalmente. Questo meccanismo, nella complessa codifica bioniana, si può riassumere così: il conflitto è quello fra K (conoscenza) e $-K$ (falsa conoscenza) e corrisponde nella griglia agli usi 5 e 2, Edipo re Vs. Tiresia. E' noto inoltre come, nelle strutture psicotiche e prepsicotiche, non solo elementi appartenenti alla fase edipica, ma anche nuclei psichici più parziali e frammentati² - funzioni mentali arcaiche, stati d'animo dolorosi e misconosciuti - vengano proiettati, in

¹ In accordo col termine usato da M. Balint nel 1968 per indicare il paziente estremamente manipolatore (*The Doctor, the Patient and the Illness*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 1968).

² Meltzer, seguendo M. Klein (1976), colloca l'inizio del complesso edipico verso la metà del primo anno di vita, quando la parte "cattiva" dell'oggetto (e quindi del Sé) mostra intenti malevoli nei confronti della parte idealizzata dello stesso, quindi siamo in coincidenza col trapasso dalla posizione paranoide a quella depressiva. Freud (1905), invece, ne datava l'inizio nel terzo anno di vita).

momenti diversi, nelle componenti del *team* istituzionale (Gabbard G.O, 1989). La riformazione e l'analisi di questi meccanismi di scissione e di proiezione nell'équipe, diventa essenziale per comprendere il mondo interno del paziente, qualunque esso sia. Non solo, ma il riconoscere di fare parte di una sorta di "scenario mentale" del soggetto può aiutare il curante a non sentirsi braccato nel caso di *transfert* negativo. Autori come Nebbiosi e Correale (1995), seguendo le tesi di Lichtenberg (1992), sostengono che i modelli d'azione del paziente tendono a configurare un certo numero di scenari, rappresentabili nel palco delle Istituzioni e denominabili "scene-modello". Queste scene riproducono, in maniera condensata, il contenuto delle scene dell'infanzia, che celano il trauma ripetutosi nel tempo. Gli studi di Lichtenberg, sui nuclei di memorie infantili, avvalorano questa ipotesi. Comunque sia, tale relazione non consente al singolo terapeuta di affrontare da solo il paziente difficile, e tantomeno l'*offender* che esaspera questi processi, necessitando pertanto del sostegno di tutto il gruppo. Quante volte abbiamo assistito, in presenza di pazienti molto gravi, ad alterchi apparentemente incomprensibili fra i membri del *team* psichiatrico, in una sorta di *playback theatre*, che sovverte all'improvviso le regole e le prassi di un *SPDC*? La proiezione all'esterno di porzioni psichiche compartmentalizzate e non tollerate, produce delle spaccature talora insanabili nell'équipe, dividendola, manipolandola (*manipulative scenario*), in definitiva controllandola, se non si interviene quanto prima con un lavoro psicoterapico sul gruppo. Berti Ceroni e Ballerini (1993), per esempio, hanno più volte insistito sulla funzione di accoglimento e ristoro insita nella riunione quotidiana dell'équipe, funzione che denominavano "porto". Un porto, appunto, nel quale trovare riparo quando all'esterno imperversa la "tormenta" delle emozioni più intense. Tale funzione si esplicherebbe dunque nel ricondurre ad un livello accettabile la tensione emotiva degli operatori esposti allo *stress* terapeutico, in una sorta di "catarsi" (Searles, 1959). Gli stessi Autori definiscono come "cooperativa" un'altra funzione dell'équipe, nel senso che i diversi operatori, avendo diversificati vertici di osservazione, dovrebbero contribuire, attraverso una mutua cooperazione, alla loro integrazione senza abiurare le ottiche osservative degli altri.

In uno studio, sul finire degli anni '90, esaminammo proprio le dinamiche nei ricoverati più gravi presso l'ex Presidio Roncati di Bologna. Nell'ambito del Modello teorico fondato sulla Psicodinamica, che beninteso si può accettare o meno, tutto questo avviene perché le difese intrapsichiche, come peraltro qualsivoglia processo inconscio (c.d. *internal world*), sono derivabili soltanto di riflesso, studiando i comportamenti dei "figuranti" di quel *set* immaginario allestito all'esterno, che funge proprio da "scenario" delle dinamiche psichiche: scenari, quindi, di manipolazione e scenari criminosi, così si è deciso di chiamarli in questa sede. Abbiamo sin qui delineato, per sommi capi, le dinamiche interne del paziente "difficile", responsabile suo malgrado degli scenari di ma-

nipolazione. E l'*Offender* come si pone nei confronti dell'istituzione? L'*offender*, o *criminal*, per definizione "a person who commits an illegal act"³, è, come si sa, oggetto di studio della Criminologia Clinica e della Politica Criminale. Egli può avere un disturbo mentale oppure no, ma trascurando in questa sede le discutibili e sempre mutevoli classificazioni psichiatriche, un concetto dev'essere chiaro da subito: soltanto attraverso un *point of view* privilegiato, quale quello analitico, si può cogliere la dinamica che muove le condotte umane più riprovevoli ed efferate. Questo punto di vista, centrato sulle dinamiche interne, non deve affatto trascurare le altre ottiche visuali, ma contribuire invece in maniera unica ed insostituibile alla loro integrazione. Ebbene, secondo diversi Autori quali Cartwrig (2002), Hyatt-Williams (1998) e Yakeley (2012), lo schema psicodinamico che raggruppa le proiezioni in scenari, almeno inizialmente, è del tutto simile nelle due tipologie qui poste a confronto: *difficult patient* (scenari manipolativi), quindi il paziente psichiatrico grave, e l'*offender* (scenari criminosi), ossia l'autore di reato. Ovviamente, e pare superfluo ricordarlo, il mondo interno dell'*offender* è popolato dalle stesse pulsioni di vita e di morte, che pullulano nelle menti di tutti. Per Hyatt Williams (1998), nell'*offender* vi è però un pericoloso sbilanciamento fra le pulsioni, a vantaggio di θάνατος/*Thanatos*: l'*offender* per difendersi da questa situazione interna intollerabile, come già accennato, utilizza gli stessi strumenti difensivi arcaici impiegati dal paziente difficile, grave o istituzionale, per usare una definizione di Correale (1995). Essi sono: lo *splitting*, il diniego, il rovesciamento della prospettiva, la proiezione e, soprattutto, l'identificazione proiettiva. Come accennato all'inizio, l'identificazione proiettiva segue alla proiezione di parti scisse e "tossiche" della personalità del soggetto in bersagli o contenitori esterni, veri e propri *target* o "recipienti" (ad es. i componenti dell'équipe curante o altre persone in qualche modo affettivamente collegate a colui che proietta, ma non sempre e non necessariamente). I bersagli in certi casi finiscono per identificarsi con gli eietti "tossici", non tollerati ed espulsi, confermando l'assunto di partenza del paziente che trattasi davvero di oggetti pericolosi di cui liberarsi, come ha sottolineato Duncan Cartwrig: <<in other words, the individual unconsciously 'prods' his recipients so that he responds in a way that confirms that he has unburdened himself of toxic internal object>>⁴. Se i meccanismi di scissione e di proiezione all'esterno funzionano, si ha la drammatizzazione, nel palco delle Istituzioni (mondo esterno e scenari manipolativi), del fantastico e infantile mondo interno del paziente - cosiddetti scenari-modello - con la conseguente ed inevitabile manipolazione egoistica dell'équipe. In caso contrario, cioè se

³ <https://en.oxforddictionaries.com/definition/offender>.

⁴ Duncan Cartwrig (2002), Op. Cit. p. 147.

fallisce il meccanismo citato, si possono avere conseguenze anche peggiori, quali il suicidio e la frammentazione del Sé (si vedano le Fig. 1 e 2).

Il criminale, però, come emerge soprattutto dai lavori di un pioniere della Criminologia psicoanalitica, Hyatt-Williams (1998), non si limita all'esternalizzazione di queste parti scisse e alla manipolazione egoistica del *container* (scenario meramente manipolativo), ma giunge a sferrare un attacco diretto e violento (*criminal attack*) al contenitore stesso, al *target*, annientandolo o depotenziandolo gravemente: questi diventa allora la vittima sacrificale, lo *scapegoat*, e come tale può patire lesioni personali gravissime, stupri e financo la morte violenta. Meltzer (1992) ha impreziosito il concetto di identificazione proiettiva, riconducendo quella evacuativa o difensiva alla proiezione dentro il *Claustrum*, ove le parti scisse rimarrebbero incarcerate, producendo poi svariate psicopatologie (le claustrofobie per es.), ma anche gravi tendenze criminogene (Mazzocchi, 2018). Attraverso queste proiezioni fantasmatiche, e delirando anche su urine, feci e masturbazione anale, il lattante, dopo la poppata e il successivo rapido riflesso gastro-colico, proverebbe a controllare la madre, nel tentativo di non farla allontanare (Grotstein, 2005). Comunque sia, nel processo dell'identificazione proiettiva, teso a riversare le angosce psicotiche nel mondo esterno per controllarle, qualcosa evidentemente s'incepisce, e tale misura arcaica non riesce più ad espletare la funzione per cui era sorta: l'allontanamento e la distanziamento delle parti psicotiche del soggetto, e le relative angosce persecutorie. Per spiegare ciò, si può anche ipotizzare un uso eccessivo e ripetuto della medesima arma difensiva, con svuotamento progressivo e inaridimento del Sé (l'Io più gli oggetti), da cui deriverebbero un vuoto non più colmabile ed un senso indomabile di rabbia, in grado di scatenare gli agiti etero-aggressivi ed auto-lesivi; ancora potrebbe darsi che il *target* s'identifichi a tal punto con la figura primaria (*caregiver*), sadica, della prima infanzia e quindi ripudiata, al punto da riproporne una pericolosa riedizione, come nel caso di Z, illustrato in un lavoro precedente (Mazzocchi A., 2018). L'*offender* passerebbe quindi all'azione (*acting-out* criminoso), pervaso dalle angosce psicotiche non distanziate, che potrebbero frammentarlo definitivamente o condurlo al suicidio se re-introiettate: egli distrugge il "recipiente" col suo contenuto (*container and contained*); in ultimo, ma si tratta di ipotesi *under work in progress*, potrebbe anche darsi un'incapacità innata, o precocemente acquisita, di comprendere le emozioni altrui, oltre ovviamente alle proprie [per il c.d. "fallimento ambientale" nei primi mesi di vita sec. Bion (1965), o per l'incapacità, ingenerata o acquisita, di riconoscere precocemente le emozioni riflesse sul volto della madre, sec. Fonagy, 2001]. A proposito del concetto di rispecchiamento, negli ultimi anni, ha avuto un notevole impatto sulle Scienze umane, la teoria neurofisiologica della *embodied simulation*. Secondo i suoi sostenitori (Gallese et Al, 2006), già nella primissima infanzia, quindi nella fase schizo-paranoide

(primi 5 mesi), avverrebbe nella diade madre-bambino un mutuo scambio di “simulazioni incarnate”, tale da indurre, in maniera preriflessiva e automatica, il reclutamento reciproco di rappresentazioni emozionali e motorie già “cablate” nel sistema nervoso di entrambi (*mirror neurons*), prescindendo dalle fasi classiche dell’identificazione (proiezione, pressione ed introiezione). Si tratta di uno dei meccanismi *mirror*, a cui fa riferimento Grotstein nel 2005 nel proporre il suo modello di “trans-identificazione proiettiva”, ampliando notevolmente quello di Bion. Ovviamente, il meccanismo *mirror*, per soppiantare i modelli fantasmatici ed inconsci dell’identificazione proiettiva, dovrà in futuro essere verificato nel neonato, e non soltanto nella madre (*attunement materno sec. Stern*: una simulazione transmodale), attraverso la dimostrazione della presenza dei neuroni specchio già alla nascita. Anche l’altro meccanismo difensivo arcaico, al pari dell’identificazione proiettiva, vale a dire il rovesciamento della prospettiva, quindi l’incapacità di utilizzare il punto di vista altrui, potrebbe derivare da un deficit connaturato oppure dall’erosione progressiva dell’empatia. Ne conseguirebbe comunque una reificazione dell’altro da sé, trattato alla stregua di un oggetto, e per il quale il criminale non è in grado di provare nessun sentimento genuino di compartecipazione emotiva, né tantomeno di pietà. Anche gli studi del Neuroscienziato inglese Baron-Cohen (2011) procedono in questa direzione, già tracciata dagli psicoanalisti che si ispirano al modello delle Relazioni Oggettuali. Lo studioso, infatti, ha documentato nelle gravi caratteropatie e con metodiche di *Neuroimaging* (fMRI: *functional Magnetic Resonance Imaging*), l’ipofunzione di alcuni circuiti cerebrali coinvolti nell’apprendimento, nel processamento e nel riconoscimento delle emozioni altrui (così detto *deficit* dell’empatia, studiata proprio dal gruppo di Cohen con apposite batterie testistiche, e che può giungere fino al *grado 0*, sec. l’Autore⁵). Ovviamente, chi non riconosce le emozioni sul volto dell’altro, è portato istintivamente a reificarlo e a trattarlo, di conseguenza, alla stregua di un oggetto inanimato. Parte dei circuiti neurali studiati da Cohen coincidono coi “neuroni specchio”, testé menzionati, scoperti in Italia dal *team* di Parma, coordinato da Rizzolatti⁶. Anche altri Autori, comunque, hanno evidenziato anomalie cerebrali negli Antisociali e nei Criminali psicopatici. Sec. Adrian Raine (2016), Neuroscienziato dell’*University of South California*, gli antisociali e gli psicopatici presenterebbero anomalie fisiche in alcune fondamentali strutture del cervello, responsabili di funzioni deputate alla gestione della paura, delle emozioni, e all’elaborazione delle informazioni. In effetti, le radici neurobiologiche

⁵ Cohen ha individuato 6 livelli di empatia, distribuiti nella popolazione secondo una curva gaussiana, a “campana”: la mediana si colloca attorno al livello 3,5, ma il livello 0 corrisponderebbe all’assenza di empatia, che il gruppo di Cambridge ha correlato con le caratteropatie più gravi.

⁶ Rizzolatti, G. et al. *Specchi nella Mente*. 460, 2006, Le Scienze, p. 54-61.

della psicopatia sono ben lungi dall'essere comprese, ma le caratteristiche principali del comportamento psicopatico sono già state delineate, in particolare la mancanza di inibizioni, di emozioni genuine, di consapevolezza e soprattutto di empatia. Adrian Raine in alcuni lavori degli anni '90 poi confluiti in un recente e più ampio saggio (2016), ha concentrato le proprie ricerche proprio su due particolari regioni del cervello: l'Ippocampo, una porzione del lobo temporale che regola l'aggressività e trasferisce informazioni alla corteccia attraverso il circuito mnemonico di Papez⁷, ed il Corpo calloso, un ponte di fibre nervose che connette i due emisferi cerebrali. Negli individui con tendenza al crimine vi sarebbero alterazioni anatomiche e funzionali in queste plaghe cerebrali, evidenziabili con le moderne tecniche di *Imaging*. Ovviamente, per questi studi saranno necessarie in futuro ulteriori conferme sperimentali, e purtroppo, al di là di ciò, la comprensione dello schema psicodinamico che differenzia, ad un certo punto, il paziente difficile dal criminale, facendoli di principio convergere e poi divergere, resta cruciale in Criminologia Clinica, nell'analisi della dinamica del reato. Cohen, nella chiusa del suo testo, invita proprio a ripensare la Psichiatria⁸. Difatti, gli Psichiatri in genere faticano a familiarizzare coi concetti di Criminogenesi/criminodinamica, forse perché prigionieri della nosografia in una sorta di *claustrum* tassonomico: il modello biomedico della Psichiatria è difficilmente estendibile alla Criminologia. Dobbiamo a questo punto accennare ad un aspetto epistemologico, perché, com'è noto, la Criminologia anglosassone, forse con l'eccezione dell'antropologo di Harvard, Earnest Hooton (1887-1954)⁹, non ha subito l'influenza della Scuola Positiva Italiana o Lombrosiana (il cui modello, peraltro, falsificato il secolo scorso da Charles Goring¹⁰, è tornato in auge di recente proprio coi progressi delle Neuroscienze), essa è dunque rimasta in buona sostanza una Sociologia

⁷ Il circuito di Papez indica la base corteccia cerebrale-ipotalamo-talamo-corteccia, descritto molto tempo fa dal Neuroanatomico James Papez (1883-1958), secondo il quale tale percorso intracerebrale sarebbe implicato nell'elaborazione degli engrammi mnemonici.

⁸ Cohen (2011) sembra rifarsi al pensiero di Alexander & Staub (1948), che a proposito del delinquente nevrotico (= malattia mentale che si manifesta nel crimine e non nel sintomo nevrotico), a pag. 72 del loro celebre manuale, scrivono che la condanna di tali soggetti sarebbe "psicologicamente e socialmente dannosa", perché essi "ripetono dalla punizione le premesse del loro comportamento neuro-criminale".

⁹ La sua dottrina neo-lombrosiana (1939) sosteneva che i criminali, in media, fossero di stazza più minuta (inferiori in peso e altezza anche dopo la correzione per età) con diametri ridotti riguardanti la larghezza delle spalle, lo spessore del torace e la circonferenza cranica; anche l'altezza del massiccio facciale era, secondo l'Autore, significativamente più piccola, così come l'altezza della piramide nasale!

¹⁰ Charles Goring (1870-1919), medico penitenziario, in un saggio divenuto poi celebre, trovò che le caratteristiche fisiognomiche che Lombroso (1897) aveva indicato come tipiche dei delinquenti per tendenza, erano in realtà riscontrabili anche negli studenti di un college inglese, ove l'Autore insegnava: una paradigmatica falsificazione popperiana, si direbbe oggi, una sorta di "cigno nero"! È il celebre principio di *Fälschungsmöglichkeit* (Popper, 1963).

della devianza. Esistono classificazioni dei criminali, adottate dalla polizia investigativa americana e dall'istituzione della FBI, che prescindono dal modello medico-psichiatrico, fondato sul DSM 5 (American Psychiatric Association, Manuale Diagnostico-statistico dei Disturbi mentali, 5° edizione) e sul quale la Psichiatria ha edificato tutte le nosografie più recenti. Holmes & Holmes (1966, 2000), Criminalisti della FBI, per esempio, hanno classificato i Criminali seriali in più categorie, ma soltanto il cosiddetto Serial Killer "visionario" ha una struttura francamente psicotica. La tipologia del *Killer* "missionario" e di quello "edonista" fa riferimento a carnefici che uccidono per motivi anche futili: il primo per emancipare la società da quei gruppi di persone, a suo dire, moralmente corrotte (quadrantarie, tossicomani e omosessuali per esempio) ed il secondo perché mosso dalla ricerca del piacere e del brivido, e non infrequentemente del tornaconto personale, il lucro (debiti non onorati, eredità e quant'altro). Ovviamente, in tutti i casi, le motivazioni che spingono questi criminali a uccidere certe vittime e non altre al di là delle motivazioni concrete e banali del momento, risiedono sempre e comunque nella loro psiche. Traggono origine, cioè, dalle esperienze personali stratificatesi e sedimentate nella mente durante la prima e la seconda infanzia: le figure parentali primarie, i loro nuclei ancestrali precocissimi studiati dai Kleniani (1976) (vedi anche la nota 2), oppure quelle successive, edipiche e post-edipiche, in una parola il mondo immaginario interno formatosi nel corso degli anni. In definitiva, a prescindere dai modelli epistemologici posti in essere e dai paradigmi imperanti, è soltanto attraverso un'analisi delle dinamiche psichiche esternalizzanti l'*internal world* da parte sia del *difficult patient* sia dell'*offender* che si potrà giungere, come sostiene anche Yessika Yakeley (2012) nei suoi articoli, ad una Psicoterapia forense davvero efficace. Hyatt-Williams, peraltro, ha sempre sostenuto anche l'efficacia della psicoterapia analitica individuale nel trattamento dell'*Offender*, in un *setting* strutturato. Secondo l'Autore è possibile l'analisi individuale del criminale, lavorando sui suoi sensi di colpa, che emergono ogniqualvolta egli si rende conto che la scena modello configuratasi all'esterno non riproduce esattamente quella primaria, e quindi diventa d'improvviso consapevole di avere attaccato ferocemente il target sbagliato. A volte basta un piccolo dettaglio per far comprendere lo svarione inconsapevole all'autore della violenza. Questa tecnica analitica venne proposta da Hyatt in un paper del '59, al termine dell'esposizione del caso di Bill, pluriomicida. Bill era un camionista di trent'anni, stupratore seriale, che venne incarcerato per l'omicidio di una donna più anziana di lui, alla quale aveva offerto nottetempo un passaggio sul suo camion. Nel caso di Bill, il dettaglio che lo fa precipitare nell'angoscia della consapevolezza è la scoperta della moneta di un *penny* nel pugno chiuso della vittima: l'intenzione di quest'ultima di disimpegnarsi per il passaggio concessole, gli fece capire come si fosse trattato di una donna molto

più buona e generosa della sadica madre-matrigna, con la quale l'aveva erroneamente identificata. Lo scenario criminoso quindi si scopre in tutta la sua falsità, il penny ritrovato getta scompiglio nella scena esternalizzata come un sasso d'improvviso gettato nell'acqua calma. Torniamo però ad occuparci del lavoro sul gruppo, che anche da solo potrebbe consentire, come sostiene Yakeley (2012), la "mentalizzazione" delle emozioni derivanti dalle esperienze pregresse riversate all'esterno, e riattualizzate nelle scene-modello. Il lavoro del gruppo e, soprattutto, sul gruppo deve costituire, infatti, la condizione fondamentale affinché l'équipe, ovunque operante, rafforzi un'identità che di fronte al paziente grave tenderebbe a vacillare, tanto da farla ricorrere a difese oltremodo rigide ed alle conseguenti distorsioni comunicative. Affinché il terapeuta possa impegnarsi direttamente con il paziente violento (dal grave o difficile fino all'*offender*) queste tre condizioni risultano irrinunciabili:

1) "detendere" il forte coinvolgimento emotivo che la relazione cosiddetta "impossibile" comporta sempre, senza esitare a ricorrere a strumenti psicodinamici di supporto (supervisioni, gruppi *Balint*, funzioni "porto" e "cooperazione" nelle riunioni di *Staff*, ecc.);

2) integrare i diversi modelli teorici a disposizione (modello biocriminologico, psicologico, sociologico, fenomenologico), alla luce della teoria e della pratica psicoanalitica, senza arroccarsi in maniera difensiva in uno di essi, al fine da non perdere di vista le problematiche (interne/esterne) del paziente; non è azzardato pensare che l'induzione psicotica nell'équipe, attraverso le proiezioni e le scissioni, produca nelle singole componenti un ribaltamento della prospettiva con barricamento difensivo nelle rispettive posizioni e rifiuto o denegazione dei punti di vista altrui (rovesciamento di prospettiva negli operatori).

3) infine, ultimo e fondamentale *step*, è quello volto a comprendere fino in fondo il mondo "rappresentazionale" interno del paziente attraverso l'analisi degli scenari e delle "scene-modello" (teorizzate da Lichtenberg), riversate drammaticamente nel teatro dell'istituzione: SPDC, SPOI, REMS o Carcere che sia.

Se si realizzano questi presupposti, diventa possibile che l'operatore impegnato in prima persona anche nelle REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) o in carcere, oltre che nelle istituzioni psichiatriche tradizionali, non rimanga schiacciato fra il Super-io sadico del paziente e quello dell'équipe, i cui membri tenderebbero, se non confortati dal lavoro del gruppo sul gruppo, a scaricarsi l'uno con l'altro le responsabilità e le tensioni emotive. Ciò dovrebbe servire anche a prevenire le uscite improvvise e apparentemente immotivate dal gruppo (cosiddetto *burn-out* degli operatori), come unica ed inevitabile soluzione finale. L'équipe poi, grazie a tale lavoro interno, può acquisire un'identità più solida, riuscendo a presentarsi unita davanti al soggetto,

senza incorrere nei rischi di una relazione di “pseudo-mutualità” che, come avviene nelle famiglie psicotiche, prescinde, al di là della comunicazione formale, dalla genuina comprensione dell’altro.

La Psicoterapia forense dovrebbe essere capace, in definitiva, e come sostiene Yakeley (2012), di farsi carico non solo del reo (= tentativo di cura), ma anche dell’*équipe* operante nelle diverse sedi di custodia¹¹ e/o di cura, allo stesso modo di quello che avviene da tempo nelle Istituzioni psichiatriche tradizionali, con il lavoro psicoterapico del gruppo e sul gruppo. L’articolo si chiude con un’esemplificazione clinica di una paradigmatica spaccatura dell’*équipe* in presenza del paziente violento e la sua ricaduta inevitabile sulla diagnosi e sulla cura globalmente intesa.

Il CASO di K: il paziente “cattivo” e l’*équipe* materna

Il signor K era un *Offender*, sconosciuto ai Servizi Psichiatrici Territoriali e quindi con una diagnosi psichiatrica tutta da definire; si trattava di un trentenne divorziato dalla moglie in seguito ai maltrattamenti e allo *stalkeraggio* perpetrati, e giunto in reparto in regime di Custodia cautelare (ex art. 286, CPP) per avere inflitto ripetute percosse e umiliazioni alla madre anziana, costringendola a diversi ricoveri in Ospedale, o addirittura a vivere fuori casa. La genitrice, nonostante tali maltrattamenti si era sempre dimostrata indulgente nei confronti del figlio, al contrario del padre, etilista, intollerante e facinoroso, col quale il paziente era più volte venuto alle mani violentemente. Il sig. K era stato ricoverato più volte presso gli Ospedali pubblici per problematiche alcol-correlate ed in particolare per stati di ebbrezza acuta con condotte aggressive. L’applicazione della misura della Custodia cautelare in luogo di cura era stata motivata non solo dalla necessità di una disintossicazione alcolica, ma anche dall’esigenza di disporre di una perizia psichiatrica che indagasse l’esistenza di una eventuale psicosi sottostante, dopo che il consulente psichiatra del PM, aveva riscontrato una grave caratteropatía antisociale. Il punto fondamentale del piano terapeutico, peraltro imposto dal magistrato, consisteva in un accordo contrattuale tra K e l’*équipe*. Tale contratto stabiliva alcune regole ferree; di queste facevano parte il partecipare a tutti gli incontri terapeutici, il controllo delle telefonate, una ridottissima disponibilità di denaro nell’arco della settimana, l’evitare ogni forma di comportamento violento o tendente alla fuga e, ovviamente, l’astinenza dall’alcol. Il sig. K, dopo alcune settimane di adesione alle regole, cominciò a svalutarle definendole ridicole, prive di sen-

¹¹ La legge 81/2014, a conclusione del complesso e accidentato percorso della Psichiatria post-180, ha istituito le REMS (Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza) in luogo degli obsoleti Manicomi Criminali (OPG), riproponendo però, drammaticamente, in nuovi scenari istituzionali le vecchie problematiche e dinamiche qui accennate.

so, frustranti e troppo restrittive. Così, prese a istigare i compagni di reparto gli uni contro gli altri, favorendo azioni violente soprattutto ai danni dei degenti più indifesi e remissivi; sedusse poi una giovane paziente per ottenere piccoli vantaggi momentanei (alcolici e altre “utilità” facilmente intuibili). In un’occasione spinse con forza a terra una paziente anziana, di aspetto minuto, del tutto simile alla madre, ricoverata per uno stato di perplessità, procurandole un trauma cranico commotivo ed il conseguente trasferimento in PS. In un’altra occasione, dopo un breve scambio di battute, sferrò un pugno in pieno volto a un ricoverato sub-confuso, fratturandogli la piramide del setto. Molte volte K rivolse poi la propria ira contro gli oggetti del reparto, procurando ingenti danni all’Infermeria. Alle riunioni di *staff*, vi furono accese discussioni fra i clinici (Medici e Psicologi) impegnati direttamente nella cura di K e gli altri operatori del reparto (Educatori e Infermieri), coinvolti soprattutto nella sua gestione. Gli ultimi accusavano i primi di essere troppo indulgenti, favorendo così l’infrazione delle regole (in un’occasione, in effetti, venne soddisfatta anche la richiesta di K di poter assumere, in deroga a quanto statuito, massimo tre birre a ridottissimo tenore alcolico; inoltre si tollerò a lungo la relazione sentimentale con la degente più giovane, relazione tesa sempre alla manipolazione ed allo sfruttamento interpersonale). La spaccatura delineatasi fra le due componenti dello *staff* emerse successivamente in occasione di uno scontro fisico fra due degenti del reparto. Lo scontro, peraltro, coinvolse solo indirettamente il sig. K pur presente durante la colluttazione, e verosimile primo istigatore; l’accaduto interessò due degenti, di cui uno alcolista, vecchia conoscenza di K, ed un altro, vittima designata in quanto mansueto e ritirato. In seguito ad un possibile agito contro-transferale, gli infermieri invitarono in modo sprezzante i medici specializzandi presenti a separare i due litiganti riversi per terra nell’azzuffo, rifiutandosi di intervenire loro stessi, e limitandosi ad osservare la scena. Il giorno successivo, gli infermieri in questione vennero soltanto blandamente rimproverati dai responsabili del reparto ed il comportamento manipolatorio ed aggressivo di K non subì sostanziali modificazioni almeno fino all’approssimarsi della revoca del provvedimento di custodia cautelare e del conseguente inserimento in una Comunità terapeutica. Una parte dell’*équipe* quindi si rivelò indulgente e tollerante nei riguardi del paziente come lo fu la madre del medesimo in più occasioni, mentre altre componenti dell’*équipe* (gli IP per esempio) si mostrarono assai poco comprensive e collaborative, talora indifferenti o “assenti”, e addirittura presero le distanze dagli altri operatori, non intervenendo quando necessario. Ciò in analogia al comportamento del padre di K: etilista, spesso fuori casa, fundamentalmente assente o noncurante quando presente, comunque del tutto disinteressato ai maltrattamenti che subiva ripetutamente la moglie. In questo caso pare evidente come il mancato approfondimento in *équipe* delle dinamiche in essere (lavoro sul gruppo

e nel gruppo) abbia rapidamente prodotto una profonda scissione all'interno del *team*. In forza di essa, alcuni operatori, non intervenendo nella lite, si collocarono in una posizione di autentica "rottura" rispetto agli altri. Il paziente, dal canto suo, attraverso un'operazione classicamente "alloplastica", proiettò nel reparto, la propria "violenza fondamentale" originata dalla mancata integrazione delle componenti pulsionali edipiche e preedipiche. Si ricreò quindi una scena-modello capace di riprodurre, più o meno fedelmente, la situazione familiare ancestrale. Ciò contribuì a mettere l'uno contro l'altro non solo i pazienti fra di loro, ma anche gli operatori, questi ultimi ambivalenti nella gestione di un caso così "difficile". Il risultato finale fu duplice: spaccatura dell'équipe (mondo esterno) e mancata ricomposizione della famiglia interna del paziente (mondo interno). Un risultato duplice che però ebbe il medesimo effetto finale: l'assenza o l'impossibilità della cura, intesa nel senso più ampio possibile. Del resto, come possiamo pretendere di ricompattare il nucleo familiare interno del paziente, psichiatrico o *offender* che sia, se non riorganizzando lo scenario delle istituzioni, cioè quella stessa famiglia, o i nuclei ancestrali di essa, proiettata all'esterno.

Se i meccanismi di scissione e di proiezione all'esterno funzionano, si ha la drammatizzazione nel palco delle Istituzioni (mondo esterno) del Mondo interno del paziente nei cosiddetti "scenari-modello", e quindi la manipolazione dell'équipe *curante*. In caso contrario si possono avere conseguenze anche peggiori (suicidio, psicosi acuta, ecc.). Nelle *flow chart*¹² (Fig. 1 e 2) si cerca di schematizzare come il fallimento dell'Identificazione proiettiva (lineetta blu che "spezza" il ritorno al mondo interno) produca in un caso (l'*offender*) la spinta omicida, e nell'altro (*Difficult patient*) quella suicidaria, oppure la frammentazione psicotica con disgregazione del sé (letteralmente "l'andare in pezzi"). La suicidalità, e la disgregazione del Sé, sono legati alla re-internizzazione degli oggetti espulsi e alla *débâcle* della funzione di controllo del mondo esterno (ad es. del gruppo dei curanti). L'*offender*, dal canto suo, fallito il tentativo di proiettare efficacemente le angosce paranoide all'esterno, passa all'atto (*acting out* criminoso) distruggendo il *targed* delle proiezioni (*throw the baby out with the bathwater!* Secondo un'espressione idiomatica popolare). Comunque sia, in entrambi i casi, viene meno la possibilità di ricompattare lo scenario esterno diviso e frammentato, e di conseguenza il mondo interno del soggetto. La figura n. 3 evidenzia l'importanza del lavoro del gruppo e sul gruppo, a prescindere dalla struttura psicopatologica e dalle caratteristiche del luogo di cura e/o di custodia: l'obiettivo resta sempre la ricompattazione dell'équipe divisa e del paziente.

¹² Mazzocchi A, Op. cit., 2017.

Gli Argonauti

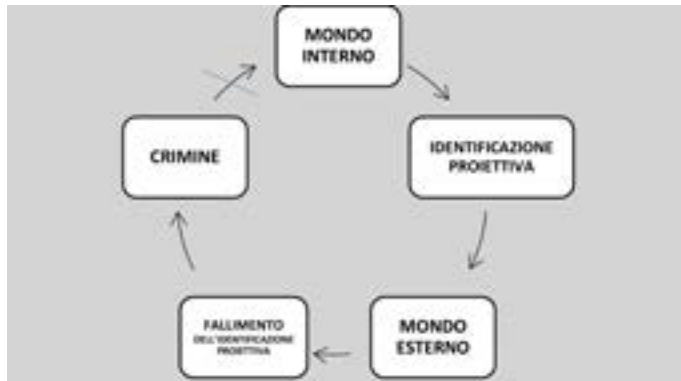


Fig. 1 L'*Offender* (può essere un paziente psichiatrico o anche no).



Fig. 2 Il *Difficult patient* o, comunque, il paziente psichiatrico grave, violento.

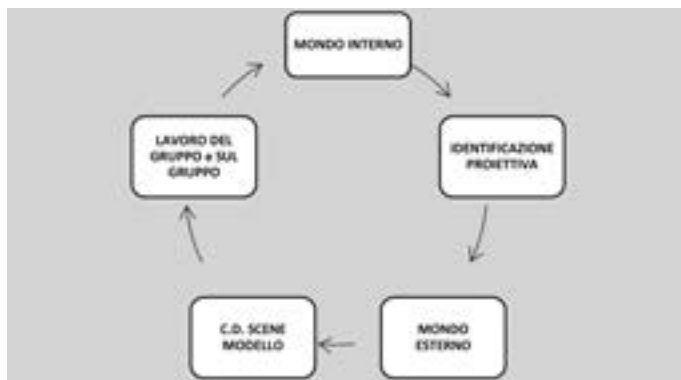


Fig. 3 La Psicoterapia (forense) centrata sul gruppo (*l'équipe*) e non soltanto sul paziente (analisi individuale).

Bibliografia

- American Psychiatric Association, (2013) Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), tr it Raffaello Cortina Ed, Milano 2014.
- Alexander F. e Staub H., (1948). *Il delinquente e i suoi giudici, uno sguardo psicoanalitico nel campo del diritto penale*, Giuffrè, Milano.
- Baron Cohen, S. (2011). *Zero Degree of Empathy. A new theory of human cruelty*. s.l.: Allan Lane Ed. Penguin Books.
- Berti Ceroni G (1993). Introduzione alla sezione terza. In: Asioli F, Ballerini A, Berti Ceroni G (a cura di), *Psichiatria nella comunità: cultura e pratica*. Boringhieri, Torino.
- Bion WR (1970). Note sulla teoria della schizofrenia. In: *Analisi degli Schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando. Roma.
- Bion WR (1954). Criteri differenziali fra personalità psicotica e non psicotica. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando. Roma.
- Bion WR (1965). *Gli elementi della psicoanalisi*. Armando. Roma.
- Bion, W. R. (1981). *Il cambiamento catastrofico*. [a cura di] F. Corrao. Torino: Loescher.
- Bologna M, Giordani L, Bellini M. (1985). Il gruppo ed il paziente schizofrenico in psicoterapia. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. CIX: 2-23.
- Cartwrig, Duncan (2002). *Psychoanalysis, Violence and Rage-Type Murder. Murdering Minds*. NY: Brunner-Routledge.
- Correale, A. (1995). *La funzione del gruppo dei curanti nel trattamento degli stati psicotici*. 2, 1995, Frammenti, Vol. 4, p. 93-109.
- Fonagy, P. (2001). *Target M. Attaccamento e Funzione Riflessiva*. Cortina, Milano: Raffaello Cortina.
- Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. *Opere*, 4: 484-534. Torino: Boringhieri, 1977.
- Gabbard GO (1989). *The management of Splitting in Hospital Treatment*. *Am J Psychiatry*, 146: 444-451.
- Gallese V., Migone P., Morris N. Eagle (2006). La Simulazione Incarnata: i Neuroni specchio e le basi neurofisiologiche dell'Intersoggettività ed alcune implicazioni per la Psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3:543-580.
- Goring, C. (1913). *The English convict: a statistical study*. London: HMSO.

- Grinberg L et al. (1991). *Introduzione al pensiero di Bion*. Cortina. Milano, 1993.
- Grotstein JS. (2005) Projective transidentification: an extension of the concept of projective identification. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88:4, 1051-1069.
- Holmes R., Holmes S. (2000). *Omicidi Seriali*, Centro Scientifico Editore, Padova.
- Holmes R., Holmes S. (1966). *Profiling Violent crime: an investigation tool*, Sage, Thousand Oaks, California.
- Hooton E. A. (1939). *The American Criminal. An anthropological study*. Harvard University Press.
- Hyatt-Williams A.(1959). *A Psychoanalytic approach to a treatment of the murder*. *International Journal of Psycho-Analysis*. 41(2), pp. 532-539.
- Hyatt-Williams, A. (1998). *Cruelty, violence and murder. Understanding the criminal mind*. London: Aronson Jason.
- Klein, M. (1976). *Fantasm, gioco, società*. [a cura di] Franco Fornari. Milano: Il Saggiatore.
- Lichtenberg JD (1992). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Cortina. Milano, 1995.
- Lombroso, C. (1897). *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza e alla psichiatria*. Torino: Bocca Fr.
- Mazzocchi A. (2018). *Fuga dal Clastrum. Intrusività e crimine*. Gli Argonauti. *Psicoanalisi e società*. Padova UP, 157:141-157;
- Mazzocchi, A. e Giordani, L. (1998). *Il paziente difficile e l'équipe*, *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, Vol. 35(4). Padova: Garangola, pp. 439-456.
- Mazzocchi, A. (2017). *Psychodynamic Aspects of Violent Criminal Behaviour*, <https://www.libreriauniversitaria.it/tesi/UTPEGAM101223/autore-alessandro-mazzocchi/psychodynamic-aspects-of-violent-criminal-behaviour.htm>
- Meltzer, D (1973). *Sexual States of Mind*, Perthshire: Clunie Press (trad. it. *Stati sessuali della mente*, Armando Editore, Roma, 1983).
- Meltzer, D (1992). *The Clastrum: an investigation of claustrophobic phenomena*, Perthshire: Clunie Press (trad. it. *Clastrum, Uno studio dei fenomeni claustrofobici*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993).
- Nebbiosi G (1995). *Assunti di base e scene modello*. *Koinos*, 16, 2: 80-97.

Gli Argonauti

- Popper, K.R. (1963). *Conjectures and Refutations*, Routledge and Kegan Paul, London (trad. it.: *Congetture e confutazioni*. Bologna: il Mulino, 1972)
- Raine A. (2016). *Anatomia della violenza. Le radici biologiche del crimine*, Milano: Mondadori Università Editore.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Searles HS. (1959). Integrazione e differenziazione della schizofrenia: una visione globale del problema. In: HS Searles, *Scritti sulla schizofrenia*. Boringhieri. Torino, 1974.
- Yakeley, J. e Reid Meloy, J. (2012). *Understanding violence: does psychoanalytic thinking matter?* 17, *Aggression and Violent Behavior*. pp. 229-239.
- Yakeley, J. (2012). Un punto di vista psicoanalitico sul trattamento degli offenders. In: AAVV. [a cura di] *Psicoanalisi in trincea. Esperienze, pratica clinica e nuove frontiere in Italia e nel Regno Unito*. Milano: Franco Angeli.