

## PSICHIATRIA E PSICOLOGIA FORENSE

---

### Colloquio psichiatrico e capro espiatorio nelle istituzioni penitenziarie

#### Psychiatric interview and scapegoat in penitentiary institutes

Gian Carlo Nivoli, Liliana Lorettu, Alessandra M.A. Nivoli, L. Fabrizia Nivoli

#### KEY WORDS

*scapegoat • penitentiary institutes • psychiatric interview • defence mechanisms • prisoner  
capro espiatorio • istituzione penitenziaria • colloquio psichiatrico  
• meccanismi psicologici di difesa • detenuto*

#### Abstract

Il colloquio in istituzione penitenziaria fra operatore della salute mentale (psichiatra, criminologo, psicologo, assistente sociale, ecc.) e paziente, mette spesso in luce la tendenza di quest'ultimo ad identificare, in altre persone od altri gruppi, la responsabilità per la sua privazione di libertà e per le sue sofferenze psichiche e fisiche. Queste persone sono qualificate dal paziente come nemiche e nei loro confronti, come un capro espiatorio, possono essere messe in atto anche delle violenze fisiche. Tra questi nemici o capri espiatori vi possono anche essere gli operatori della salute mentale. Oggetto del presente studio è la illustrazione di sei dinamiche che permettono di approfondire la conoscenza della creazione del nemico da parte del paziente nei colloqui con gli operatori della salute mentale in istituzione penitenziaria: 1) La creazione acuta di un nemico reale per un fatto reale; 2) La creazione progressiva e pretestuosa di un nemico; 3) Una modalità aggressiva per controllare un ambiente ritenuto aggressivo e incontrollabile; 4) L'opportunità per aggredire i simboli di ciò che si odia; 5) La gratificazione di poter giudicare e punire gli altri, invece di essere giudicato e punito dagli altri; 6) Il tentativo di neutralizzare l'aggressività intragruppale. Lo scopo del presente studio è quello di migliorare la formazione professionale degli operatori della salute mentale in carcere attraverso la consapevolezza delle loro emozioni, allorquando sono considerati nemici, evitare errori iatrogeni legati a reazioni emotive inadeguate, e saper utilizzare la creazione di un nemico da parte del paziente come un mezzo per approfondire la diagnosi e migliorare l'intervento terapeutico sul paziente.

★ ★ ★

The psychiatric interview in jail, between mental health professionals (psychiatrist, criminologist, psychologist, social worker, ecc.) and patients often shows the tendency to identify the responsibility for his deprivation of freedom, or physical and psychological sufferings, with other people or groups. These people are called

enemy by patient, and can be the objective of physical violence, as a scapegoat. In these enemies or scapegoats we can put also mental health professionals. The subject matter of the present article is to describe six dynamics that allow to study in detail the creation of the enemy made by patients in penitentiary institutes: 1) The acute creation of a real enemy for a real fact; 2) The progressive and self-serving creation of an enemy; 3) An aggressive manner to control an environment seen as violent and unrestrainable; 4) An opportunity to assault the symbols of the establishment; 5) The fulfilment of the possibility to judge or punish the others in spite of being punished or judged by them; 6) The attempt to thwart the inner aggressiveness of the group. The purpose of this study is to better the mental health operators professional skills through the knowledge of their emotions when they are seen as enemies, to avoid iatrogenic injuries caused by unsuited emotional responses, to understand how to use the patient's creation of an enemy as a way to make diagnosis in a deeper way, and to better the therapeutic intervention on the patient.

Per corrispondenza:

Gian Carlo Nivoli, s.s. 200 Villaggio San Camillo Sassari; telefono 079228350

e-mail: [clinpsic@uniss.it](mailto:clinpsic@uniss.it)

- GIAN CARLO NIVOLI, *Direttore della Clinica Psichiatrica Dell'Università degli Studi di Sassari, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università degli Studi di Sassari*
- LILIANA LORETTU, *Professore associato, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università degli Studi di Sassari*
- ALESSANDRA M.A. NIVOLI, *Ricercatrice, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università degli Studi di Sassari*
- L. FABRIZIA NIVOLI, *Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università degli Studi di Sassari*



## Introduzione

Il colloquio psichiatrico in istituzione penitenziaria mette spesso in luce la tendenza del paziente ad identificare altre persone o gruppi sociali quali responsabili della sua personale situazione di privazione di libertà e di sofferenza psichica e fisica. Queste persone o gruppi sociali sono percepiti dal paziente come “nemici” personali e possono essere oggetto di espulsione o rivendicazione aggressive, talvolta fisica e violenta. Questi meccanismi psicologici di ricerca di un “capro espiatorio” per giustificare le personali situazioni di disagio e di sofferenza non sono esclusivi del colloquio psichiatrico in carcere. Tuttavia, nelle istituzioni penitenziarie la ricerca di un capro espiatorio, inteso come nemico personale, può essere frequente e vissuta con una intensità emotiva tale da provocare passaggi all’atto violento ed intralciare, nel colloquio con operatori della salute mentale (psichiatra, criminologo, psicologo, socioterapeuta, ecc.), la formulazione della diagnosi e della terapia. Per un approfondimento delle motivazioni della ricerca da parte del paziente di un capro espiatorio, in particolare di un nemico nelle istituzioni penitenziarie, può essere utile sia un approccio antropologico-culturale che un approccio psichiatrico dinamico.

Sotto l’aspetto storico-antropologico il capro espiatorio era un animale, più precisamente una capra, sulla cui testa, durante le feste ebraiche del giorno dell’espiazione, il sacerdote del tempio poneva le proprie mani e poi elencava e confessava i peccati del popolo, che venivano così simbolicamente assunti ed incorporati dall’animale, il quale poi era espulso dalla comunità e fatto morire di fame e di sete nel deserto. Studi antropologici (*Frazer 1992*) mettono in luce la tendenza di molti popoli primitivi all’utilizzo di varie ritualità sociali e religiose per cercare di eliminare i mali (carestie, malattie, ecc.) che affliggono una persona od un gruppo sociale. Presso molti popoli primitivi, le calamità naturali e le malattie del corpo e della mente che provocavano sofferenze al singolo od al gruppo, potevano essere eliminate con la partecipazione corale di tutta la popolazione. Ad esempio, gli abitanti del villaggio colpivano con bastoni l’aria circostante, provocavano intensi e sgradevoli suoni, rumori, frastuoni, che nelle loro intenzioni avrebbero dovuto spaventare ed allontanare gli spiriti malvagi responsabili degli eventi dannosi. Un’altra modalità di gestire il capro espiatorio era quella di “incarnare” tutti gli influssi malefici in un animale (una capra, un pollo, ecc.) per allontanare poi l’animale od ucciderlo. In questo modo le sofferenze del gruppo o del singolo sarebbero cessate. Questa incarnazione negli animali è stata altresì fatta in esseri umani come risulta in numerosi studi antropologici sui popoli primitivi dell’Africa e anche nell’ambito della civiltà greca e romana. Numerose cerimonie, infatti, avevano, alla base della scelta del capro espiatorio, una persona (che poteva essere ricca, povera, sana, malata fisicamente o psichicamente a seconda della ritualità) la quale rap-



presentava un capro espiatorio da espellere o da distruggere uccidendolo, perché in tale modo sarebbero scomparsi tutti i mali (calamità naturali, carestie, pestilenze, malattie, etc.) che affliggevano il gruppo sociale. Questi studi antropologici mettono in luce, per quanto riguarda il colloquio psichiatrico in istituzione penitenziaria, la presenza di meccanismi mentali comuni presenti in una grande varietà di popoli primitivi, che non erano in contatto fra loro, per incarnare, somatizzare, concretizzare in una persona, e cioè nel capro espiatorio, una sorta di pericolo, di nemico, da eliminare per poter permettere la sopravvivenza di persone in disagio ed in sofferenza. Altri studi antropologici, specifici sul capro espiatorio (*Girard 1987*), mettono in luce che le dinamiche che ne determinano la nascita hanno luogo non solo per cause esterne (epidemie, carestie, ecc.) ma anche per cause interne al gruppo (mancato riconoscimento della individualità dei membri, privazione dei diritti dei vari membri, scomparsa delle comuni regole di gestione sociale dei rapporti interpersonali, ecc.). In particolare questi studi antropologici, in rapporto al colloquio psichiatrico in carcere, sottolineano che nella formazione del capro espiatorio, soprattutto per cause interne al gruppo, esistono sempre delle componenti di pensiero con contenuti di persecuzione e desideri di scaricare la frustrazione con comportamenti violenti sulle persone. In conclusione, quindi, gli studi citati sottolineano sotto il profilo antropologico, e con le debite cautele interpretative, la facilità con la quale in un'istituzione penitenziaria, caratterizzata da profondo disagio e sofferenza del gruppo, si può verificare la tendenza a scegliere una persona o un gruppo di persone per identificarlo come un nemico nell'ambito di sentimenti persecutori gestiti con comportamenti violenti. Un approccio psichiatrico alla comprensione del capro espiatorio con la "creazione di un nemico" in un'istituzione carceraria può contemplare, per una più approfondita comprensione non solo descrittiva ed antropologica ma dinamica, l'uso dei meccanismi psicologici di difesa. In questo senso, per citare qualche esempio, la proiezione (*Freud 1894*), l'identificazione proiettiva (*Kernberg 1975*), la proiezione di condanna (*Spruiell 1989*), l'intimidazione (*Knight 1942*), la provocazione (*Berliner 1947*), l'identificazione all'aggressore (*Freud 1936*), possono giocare un ruolo determinante. Alla base di questi meccanismi psicologici di difesa può essere considerata la necessità del paziente in istituzione carceraria di poter usufruire di una buona accettazione di se stesso, di una gratificante visibilità sociale, di non confrontarsi direttamente con la propria realtà di fallimento economico ed esistenziale, di poter assumere il ruolo più rassicurante dei suoi aggressori ed abbandonare il ruolo di vittima, ecc., per poter abbassare il livello di ansia reattiva ad una sua disagiata e sofferente condizione di vita in privazione di libertà. In questo senso, i vari meccanismi psicologici di difesa possono aiutare a modulare la formazione di un capro espiatorio e cioè un nemico che assume su di sé tutti i peccati e le colpe del paziente. Le osservazioni antropologiche e psichiatrico dinamiche che precedono possono essere approfondite attraverso studi specifici sugli aspetti psi-

cosociali (Melossi, Pavarini 1981; Cormier 1975), sulla tipologia della sottocultura penitenziaria (Nivoli e coll. 2006), sulla personalità criminale (Yochelson, Somenow 1979), e sui problemi psichiatrici nelle istituzioni penitenziarie (Clerici e coll. 2006; Ferranini e coll. 2006; Mencacci, Loi 2006; Senon 2006).

Oggetto del presente studio è un aspetto limitato del complesso problema del capro espiatorio e cioè la descrizione di alcune dinamiche psichiche alla base della “creazione del nemico” che, nel colloquio psichiatrico in istituzione penitenziaria, il paziente può verbalizzare allo psichiatra. Lo scopo dell’illustrazione delle dinamiche esemplificative della creazione del nemico da parte del paziente è quello di permettere allo psichiatra (o ad altri operatori della salute mentale come psicologo, criminologo, socioterapeuta, assistente sociale, ecc.) una migliore formazione professionale, per meglio comprendere e gestire le proprie reazioni emotive di fronte alle verbalizzazioni del paziente (soprattutto quando identifica il terapeuta come un suo nemico personale) ed utilizzare ai fini terapeutici le reazioni del paziente verso i suoi veri o presunti nemici. Con il termine di “creazione del nemico”, tratto a livello fenomenologico dal linguaggio usato comunemente nelle istituzioni carcerarie, si intende l’attribuzione, da parte del paziente, della responsabilità della sua situazione di sofferenza e di disagio acuto o cronico ad altre persone o ad altri gruppi, che sono percepiti con sfumature persecutorie ed aggressive come nemici personali. L’approccio utilizzato alla valutazione clinica della “creazione del nemico” è stato psichiatrico dinamico, attraverso i meccanismi psicologici di difesa in uno specifico contesto antropologico delle istituzioni penitenziarie. Non è stata utilizzata la valutazione più specifica e restrittiva di una diagnosi psichiatrica categoriale (disturbo psicotico, paranoideo, paranoicale, delirante, ecc.) che pur tuttavia, quando presente, può trovare integrazione, a seconda del caso clinico, con la diagnosi dinamica.

## **Dinamiche alla base della creazione nel nemico in istituzione penitenziaria**

Sono descritte a titolo esemplificativo sei dinamiche alla base della creazione del nemico in istituzione penitenziaria da parte del paziente nel corso di un colloquio psichiatrico. Per ogni dinamica è illustrato un caso clinico e suggerita un’interpretazione.

### *1. La creazione acuta di un nemico reale per un fatto reale*

Nelle carceri il paziente è spesso angustiato e tribolato da mille problemi di tipo familiare, giudiziario, economico, di convivenza con le altre persone. Oltre a queste difficoltà reali e concrete vi sono anche ansie dai contorni di re-

altà più sfumata che spesso appartengono al mondo delle percezioni soggettive, dell'immaginario, della fantasia: il timore di subire spaventose violenze fisiche o sessuali, di aggravii insopportabili di pena, di perdere improvvisamente il proprio equilibrio psichico e divenire "folle", ecc. In questo contesto di profonda ansia e frustrazione per fatti reali od immaginari può essere, per qualche paziente, di grande funzionalità psicologica trovare un capro espiatorio reale e concreto, e cioè un nemico, contro il quale dare libero sfogo alla propria aggressività. La sostituzione di tanti possibili nemici ed aggressori immaginari con un solo nemico ed aggressore concreto e contro il quale ci si può ribellare ed aggredirlo può rappresentare un meccanismo di difesa per cercare di attenuare la propria ansia.

#### *Caso clinico*

*P.G. 29 anni, si reca dallo psichiatra lamentando depressione e richiedendo in modo arrogante ad alta voce, quasi urlando, farmaci specifici. Lo psichiatra gentilmente chiede a P.G. di abbassare il tono della voce e di esprimersi con modalità educate senza urlare "da rompere i timpani" a chi lo sta ascoltando. P.G. tenta immediatamente di aggredire lo psichiatra: "Tu a me non me lo devi dire di non rompere i timpani perché io ti rompo la testa. Tu devi ascoltarmi e non ti devi permettere di dire che sono un bugiardo... perché io la testa te la rompo sul serio". Nelle settimane che seguono P.G. rifiuta ogni contatto con lo psichiatra asserendo "Se mi portate da lui... io gli rompo la faccia".*

Il caso clinico mette in luce la necessità da parte dello psichiatra di usare correttezza e sensibilità nel trattare con certi pazienti in carcere che sono talvolta come una "bomba pronta ad esplodere" alla minima stimolazione aggressiva, soprattutto se, come nel caso che precede, vi è stato un commento inadeguato ("rompere i timpani"). La capacità del paziente di cogliere anche il minimo torto subito ed amplificarlo per creare il nemico è anche legata alla scarsa capacità del soggetto di "mentalizzare", e cioè di saper gestire sentimenti penosi senza passare all'azione ed alla tendenza a "concretizzare" stati d'animo di frustrazione vaghi in fatti reali, concreti, visibili che più facilmente si possono affrontare, dominare e nei quali si può anche riconoscere, a livello di visibilità sociale, la giustificazione di propri diritti.

#### *2. La creazione progressiva e pretestuosa di un nemico*

La creazione di un nemico, da parte del paziente in carcere, non avviene sempre in modo acuto, cogliendo al volo un torto subito ed amplificandone la gravità del fatto e le intenzioni dell'autore, ma anche in modo più graduale, disteso nel tempo, e cioè attraverso la progressiva creazione nel corso di un colloquio o di più colloqui con la persona che diventerà poi il nemico da affrontare e da combattere. La lenta e progressiva creazione del nemico im-



plica di solito premeditazione, pretestuosità e provocatorietà. La premeditazione consiste nella precisa volontà del paziente di trasformare il suo interlocutore in una persona fondamentalmente “cattiva” e cioè incapace di cogliere le sue necessità, insensibile alle sue sofferenze, priva di qualsiasi valore o alone di umanità, inaffidabile sotto il profilo professionale, offensiva nella gestione del rapporto interpersonale, ecc. La pretestuosità è legata al fatto che il paziente non si basa su di un fatto reale e significativo di violazione dei propri diritti, ma costruisce le sue accuse in modo arbitrariamente soggettivo, senza il rispetto della realtà dei fatti nella loro qualità e quantità. La provocatorietà è legata alla continua stimolazione da parte del paziente verso il suo interlocutore a mettere in atto parole od azioni aggressive, irrispettose, autoritarie che possono poi giustificare la sua identificazione come nemico da perseguire e da aggredire.

#### *Caso clinico*

*Z.C. 36 anni, è conosciuto in carcere per la sua tendenza ad avvicinare in modo gentile ed ossequioso il personale medico e paramedico e poi nel corso del colloquio, ad offenderlo accusandolo di incapacità professionale e mancanza di valori morali ed etici. Z.C. è anche solito allontanarsi dai colloqui con gli operatori della salute mentale, sbattendo la porta dell'ambulatorio e non raramente in cella compie poi atti di autolesionismo, avendo cura di colpevolizzare pubblicamente le persone con cui aveva avuto precedentemente il colloquio. Z.C. non presenta elementi psicotici e non è stato condannato per reati di violenza contro la persona. La tecnica di approccio interpersonale di Z.C. in occasione della creazione del nemico è soprattutto provocatoria. Ad esempio, allo psichiatra contesta: “Lei nel suo studio psichiatrico ascolta i suoi pazienti, qui in carcere invece lei non ascolta nessuno... per lei noi siamo tutti criminali che puzzano e non esseri umani... lei con le sue cure mi fa stare sempre peggio... io non miglioro... lei non sa fare il suo mestiere... qui in carcere commettono ogni sorta di ingiustizia nelle celle ed io mi lamento con lei e lei fa finta di non sentire... lei è un aguzzino d'accordo con tutti gli altri aguzzini che ci trattano male perché siamo poveri, siamo detenuti e non abbiamo i soldi per pagarci gli avvocati”. Se lo psichiatra risponde alle provocazioni, Z.C. aumenta le proprie accuse e continua a svalORIZZARE sempre più il suo interlocutore come un “essere umano sempre più spregevole, sempre più indegno, sempre più disonesto, moralmente e professionalmente”.*

Nel caso clinico che precede Z.C., oltre gli aspetti di provocazione legati ad un suo disturbo dell'umore, spesso caratterizzato da disforia ed irritabilità, sono altresì presenti tratti paranoici criminali. Questi ultimi consistono nella tendenza cronica alla svalorizzazione delle altre persone per poter valorizzare la propria persona. Spesso infatti, prima di allontanarsi dal colloquio, Z.C. afferma “*ma guarda che destino... una persona come me dover essere costretto a trattare con delle persone come voi... che non sapete nemmeno dove sta di casa l'umanità e la serietà professionale*”.





### 3. Una modalità aggressiva per controllare un ambiente ritenuto aggressivo ed incontrollabile

Tra le paure più importanti che detenuti, personale di custodia, operatori della salute mentale hanno quando entrano in un'istituzione penitenziaria vi è quella di essere oggetto di aggressione fisica, con danni alla propria integrità corporale o nei casi estremi essere vittima di omicidio tentato od attuato. Non pochi pazienti percepiscono l'ambiente carcerario come una struttura, non solo di controllo assoluto sulla loro libertà personale di movimento, di gestione del tempo, della sessualità, delle frequentazioni, delle funzioni come il mangiare, dormire, curare l'igiene personale, ecc., ma anche di gestione aggressiva e violenta del loro comportamento con la onnipresente paura di essere aggrediti sia dai compagni che dal personale di custodia. La reattività a questo percepito ("tutti sono dei nemici in carcere") è spesso una violenza reattiva per potersi affermare, difendersi, e sopravvivere sia a livello psichico che fisico in un contesto ambientale di difficile e frustrante vivibilità.

#### *Caso clinico*

*R.O. 24 anni, tossicodipendente, HIV positivo. Per la prima volta in carcere R.O. si percepisce come "comandato e schiacciato da tutti" senza la possibilità di essere ascoltato nelle sue richieste "io non esisto quando chiedo qualcosa... io sono un nulla... voi mi distruggete in questo modo". R.O. incomincia ad essere aggressivo indistintamente verso tutto il personale di custodia, medici e paramedici. In particolare R.O. sapendo di essere HIV positivo sputa sul viso ad alcune persone, "così imparano a rispettarci... anche io, se voglio, posso far paura". R.O. dopo una violenta reazione aggressiva di un agente di custodia (un calcio in faccia con frattura del setto nasale e perdita di un dente) abbandona il suo comportamento aggressivo.*

Nel caso che precede è possibile mettere in luce in R.O. la dinamica dell'identificazione all'aggressore come scelta comportamentale per potere gestire, nella sua percezione, un ambiente che esercita su di lui un controllo sadico ed aggressivo ("voi mi spaventate con la vostra aggressività, io divento come voi e vi spavento con la mia aggressività"). Il caso che precede mette altresì in luce la presenza di una spirale di violenza che può verificarsi nelle istituzioni penitenziarie e cioè un comportamento aggressivo può a sua volta generare un comportamento ancora più aggressivo. È da rilevare inoltre che nel caso di R.O. come capita spesso in casi simili, il paziente non costruisce un nemico ben individualizzato e personalizzato, ma tende a considerare come nemici quasi tutte le persone che fanno parte dell'istituzione carceraria.







#### 4. *L'opportunità per aggredire i simboli di ciò che si odia*

Quando una persona dal regime di libertà passa ad una vita in istituzione penitenziaria, porta con se tutte le emozioni che prova verso specifici gruppi di persone: medici, avvocati, magistrati, carabinieri, polizia, ecc. In particolare, in ambiente carcerario possono essere esasperate alcune reazioni emotive quali, ad esempio, l'amore e l'odio. L'amore per le persone care è spesso aumentato, inflazionato. Ad esempio, la vecchia madre che, in regime di libertà, il paziente era solito trascurare o maltrattare, diventa in carcere una delle persone più ricordate, più amate e più oggetto di devozione e di attenzione. L'odio in tutte le sue sfumature può trovare spazio privilegiato soprattutto verso quei gruppi di persone che, a livello simbolico od emotivo, anche in regime di libertà, sono sempre state oggetto della stessa emozione negativa.

##### *Caso clinico*

*M.O. 46 anni non psicotico, dopo il rifiuto dello psichiatra a prescrivere il farmaco da lui richiesto, rovescia la scrivania dell'ambulatorio e cerca di aggredirlo "Tu sei pieno di soldi come tutti i medici, siete una razza schifosa, voi affamate il popolo, fate morire i malati... voi pensate solo ai soldi... non vi importa nulla degli altri... che gli altri crepino... l'importante è che voi strizzacervelli possiate avere i soldi per comprarvi delle belle macchine e lussuose ville al mare... Voi medici avete troppo potere sulle persone... voi siete i veri delinquenti che dovrete essere rinchiusi in carcere."*

Nel caso che precede, oltre i complessi precedenti anamnestici psichiatrici e criminali che hanno stimolato M.O. ad essere aggressivo, è da mettere in luce l'importanza, a livello simbolico, della figura dello psichiatra e del medico (persona ricca e disonesta che sfrutta i poveri e che ha, come esperto del comportamento umano, un potere di manipolazione psichica sulle altre persone troppo grande ed immeritato). A livello più profondo di interpretazione è da segnalare il meccanismo della proiezione: M.O. era noto nell'ambiente della malavita per il suo amore per le belle auto e per le ville lussuose al mare ed il suo grande desiderio di possedere e soprattutto mostrare agli altri la sua disponibilità di denaro.

#### 5. *La gratificazione di poter giudicare e punire gli altri invece di essere giudicato e punito dagli altri*

La percezione della Giustizia nella sottocultura carceraria, è spesso caratterizzata da particolarità specifiche nell'applicazione concreta delle leggi e nei sentimenti di ingiustizia subita. L'applicazione concreta della legge, sempre nel percepito della sottocultura carceraria, è molto più rigida e crudele di



quanto non siano leggi contenute nei codici civili e penali. Ad esempio, nella sottocultura carceraria, in genere, chi commette reati sessuali contro i bambini può essere picchiato selvaggiamente sino ad essere ucciso. Per questo motivo gli autori di abusi sessuali sui bimbi sono oggetto di particolari misure di cautela e di protezione nelle istituzioni penitenziarie. Il sentimento di ingiustizia subita nella sottocultura carceraria è molto valorizzato e può costituire la base di un'attenzione selettiva del paziente a pretendere con vivacità l'osservazione dei propri diritti, minimizzando o negando i propri doveri. Ad esempio, vi sono pazienti che minacciano quasi quotidianamente medici e paramedici di denuncia all'autorità giudiziaria "mi hai fatto l'iniezione di insulina con mezz'ora di ritardo... potevo morire, io ti denuncio...". In qualche caso il paziente rinuncia, in un primo tempo, a praticare l'iniezione di insulina e poi, in un secondo tempo, minaccia il medico di denuncia "hai dimenticato di farmi l'iniezione di insulina... potevo morire... ti denuncio". In questo clima sottoculturale di una percezione di una giustizia rigida, crudele, vendicativa e da forti sentimenti di ingiustizia subita, il paziente può facilmente crearsi dei nemici allo scopo di riversare su di loro la propria frustrazione aggressiva.

#### *Caso Clinico*

*R.P. 46 anni, condannato per tre omicidi commessi fuori dalle mura del carcere e un omicidio e un tentato omicidio commessi all'interno delle mura del carcere. R.P. è noto come "il giustiziere". Lo stesso R.P., fiero di questo appellativo, spiega: "In carcere ci sono degli infami (soggetti che hanno tradito i compagni denunciandoli al magistrato, soggetti che non rispettano le leggi di convivenza carceraria facendo ad esempio la spia al personale di custodia, ecc.) che debbono essere puniti ed eliminati dal mondo dei viventi perché non sono degni di vivere. Io sono il loro giustiziere che li giudica e li punisce..."*

Nel caso di R.P. è possibile mettere in luce, a prescindere dalle complesse motivazioni alla base delle dinamiche omicidarie, non solo spiegabili con la sua appartenenza ad un'organizzazione criminale, l'utilizzazione del meccanismo psicologico dell'identificazione all'aggressore, seppur gestito col meccanismo psicologico della razionalizzazione attraverso la proclamazione del disvalore di infame attribuito alla vittima. R.P. è sempre stato accorto a gestire la sua aggressività omicidaria all'interno del carcere, convogliandola solamente su vittime che rappresentavano un nemico vero e reale per la maggior parte dei detenuti. In caso contrario R.P., se si fosse abbandonato ad un'aggressività omicidaria non prevedibile e non condivisa dal gruppo, sarebbe stato, con forti probabilità, a sua volta ucciso da qualche altro giustiziere.



## 6. Il tentativo di neutralizzare l'aggressività intragruppale

All'interno di una comunità carceraria sono presenti, tra detenuti, una grande quantità di motivazioni ad un comportamento aggressivo e violento, stimulate in particolare dalle frustrazioni legate alla qualità di vita, accentuate o create da sottoculture di violenza ed esasperate da psicopatologie che ne possano facilitare i passaggi all'atto. Per evitare manifestazioni di aggressività e di violenza incontrollata e distruttive per il gruppo, quest'ultimo può ricorrere a varie ritualizzazioni intragruppali della violenza od alla creazione del capro espiatorio extragruppale. Nella ritualizzazione della violenza sono da segnalare l'accettazione sociale dell'aggressività nei confronti di chi non rispetta le regole sottoculturali del mondo carcerario (ad esempio, la punizione per determinati comportamenti: violenza su donne incinte, su bambini, su anziani malati, su confidenti dell'autorità giudiziaria, ecc.). Lo stesso comportamento violento può essere oggetto di precise ritualizzazioni. Ad esempio, in alcune istituzioni penitenziarie l'aggressività fra le donne è regolata da precisi principi: le contendenti non devono colpirsi sul viso, non possono usare oggetti contundenti o altre armi, hanno un luogo specifico nel carcere ed un tempo limitato per dirimere, attraverso un affronto fisico personale senza partecipazione di terze persone ai loro conflitti, non debbono denunciare quanto accaduto al personale di custodia. La creazione del capro espiatorio corrisponde a creare od utilizzare un nemico esterno al gruppo su cui convogliare tutta l'aggressività intragruppale in aggressività extragruppale, permettendo così una più facile gestione della quotidianità in carcere.

### *Caso clinico*

*In una colonia penale due gruppi di detenuti appartenenti a differenti organizzazioni criminali si affrontano spesso a livello fisico per il contrabbando della droga all'interno delle mura carcerarie. In uno di questi scontri fisici un agente di custodia è accusato da tutti i detenuti di aver provocato un grave trauma cranico ad uno dei contendenti. Il detenuto, che si proclama vittima della violenza dell'agente, lamenta allo psichiatra dei gravi sintomi fisici e psichici che non corrispondono a realtà. Circa un mese dopo questi fatti, uno dei due capigruppo delle fazioni che si erano fisicamente scontrate confida allo psichiatra: "Senza quell'incidente noi del nostro gruppo saremmo stati massacrati... le persone dell'altro gruppo erano molto forti e decisi... fortunatamente dopo l'incidente abbiamo smesso la guerra e ci siamo riappacificati... tutti riuniti contro il comportamento violento dell'agente di custodia... in realtà l'agente di custodia non aveva fatto nulla al nostro compagno... il nostro compagno si era ferito alla testa incidentalmente cadendo per conto suo... il nostro compagno fortunatamente è sempre stato bene... ha simulato di star male davanti allo psichiatra per mettere nei guai l'agente di custodia...".*



Nella sottocultura carceraria il capro espiatorio esterno, a prescindere dalla realtà dei fatti, più frequentemente utilizzato dai detenuti, è rappresentato dal personale addetto alla custodia ed alla sicurezza. Il caso che precede mette in luce l'utilità di un nemico esterno per neutralizzare un'aggressività intragruppale che, nel caso specifico, poteva essere condotta con gravità e con cronicità con interessamento dell'integrità fisica di molte persone. È contemplato nei valori della sottocultura carceraria, di poter aggirare, in qualità di detenuto, le regole dell'istituzione e, quando possibile, sfruttare il personale di custodia per ottenere vantaggi personali, soprattutto se in modo non lecito e nell'ambito della concezione della menzogna come modalità intelligente di sopravvivenza.

## Conclusioni

Le dinamiche alla base della creazione del nemico in istituzione penitenziaria che precedono non sono esaustive della complessa realtà clinica, variano per la gravità della loro psicopatologia, possono interagire e integrarsi fra di loro, non sono esclusive del mondo carcerario e possono presentare psicopatologie di accompagnamento. Pur con i limiti suddetti, possono esser isolate alcune osservazioni di interesse nella pratica clinica del colloquio psichiatrico in istituzione penitenziaria per quanto concerne la "creazione del nemico" da parte del paziente.

### **1) Consapevolezza dello psichiatra delle proprie reazioni emotive allorquando il paziente ricorre alla creazione del nemico.**

Se lo psichiatra non si rende conto delle proprie reazioni emotive può commettere errori professionali alterando il processo di diagnosi e terapia. Ad esempio, se è lo stesso psichiatra ad essere considerato nemico, non deve reagire all'aggressività del paziente con una propria aggressività. In questo modo lo psichiatra convaliderebbe la percezione del paziente e altererebbe in modo irreparabile una buona relazione terapeutica. Se la creazione del nemico da parte del paziente concerne altre persone, lo psichiatra deve essere ugualmente attento, oltre a non trascurare il percepito del paziente, ad approfondire criticamente i conflitti ed i problemi psicopatologici del paziente. Ad esempio, se il paziente verbalizza che la colpa del proprio divorzio è tutta legata all'invadenza della suocera od alla disonestà dell'avvocato, lo psichiatra, pur considerando questi fatti, non deve rinunciare ad approfondire la realtà dei rapporti emotivi tra il paziente e la moglie che lo ha abbandonato.

### **2) Utilizzazione da parte dello psichiatra ai fini di diagnosi e di terapia della creazione del nemico.**

Lo psichiatra di fronte alla creazione del nemico deve essere in grado, nell'immediatezza e nel proseguo di tempo, di utilizzare a fini diagnostici

e terapeutici questa particolare percezione e verbalizzazione del paziente. Nell'immediatezza della creazione del nemico, soprattutto se si accompagna a stati di agitazione, ansia, tendenza al passaggio all'atto, possibilità di crisi pantoclastiche e aggressive sulle persone, lo psichiatra deve mettere in atto ed utilizzare le più adeguate tecniche per tranquillizzare e calmare il paziente sia a livello farmacologico che psicoterapico. In particolare deve essere in grado di prevenire possibili atti di violenza sulle persone con adeguate tecniche (ad esempio il "talk down"). Nel proseguo della relazione terapeutica lo psichiatra può, attraverso un esame più approfondito della creazione del nemico, migliorare la diagnosi sul paziente. Ad esempio, lo psichiatra può mettere in luce tutti i simboli e le persone che li rappresentano, che stimolano l'aggressività del paziente. Può anche effettuare specifici interventi terapeutici. Ad esempio, attraverso la dimostrazione che lui, psichiatra, tollera l'aggressività, può aiutare il paziente a prendere coscienza delle caratteristiche della propria aggressività, a favorire la sua empatia sulle vittime ed a gestire l'aggressività nel modo più funzionale al reale.

Ulteriori studi potranno approfondire le varie dinamiche (anche attraverso la diagnosi categoriale, dimensionale, criminogenetica e criminodinamica) alla base della creazione del nemico in istituzione penitenziaria; mettere in luce le varie reazioni emotive degli operatori della salute mentale (psichiatra, criminologo, psicologo, socioterapeuta, ecc.); isolare le tecniche di intervento terapeutico psichiatrico e trattamentale criminologico più valide a livello di gestione delle fasi acute e croniche; isolare e specificare psicopatologie di accompagnamento. Si tratta di ulteriori studi che, come l'attuale, hanno lo scopo di migliorare la formazione professionale dell'operatore della salute mentale per una maggiore beneficialità dell'intervento terapeutico sul paziente ristretto in stato di privazione di libertà in istituzione penitenziaria.

## Bibliografia

- BERLINER B. (1947): "On some psychodynamics of masochism.", *Psychoanalytic Quarterly*, 16, 459-471.
- CLERICI M., BERTOLOTTI RICOTTI P., D'URSO N., MARASCO M., CANDOTTI S., SCARONE S. (2006): "Un servizio di consulenza psichiatrica in ambito penitenziario. Quali bisogni, quali risposte?", *NOOS* 12, 35-58.
- CORMIER B.M. (1975): *The watcher and the watched*. Tundra Books, New York.
- FERRANINI L., PELOSO P.F., CECHINI M., DEMARTINI M. (2006): "Intervento psichiatrico in carcere: l'esperienza e i progetti del DSM di Genova.", *NOOS* 12, 58-68.
- FRAZER J.G. (1992): *Il ramo d'oro. Studio sulla magia e religione*. Newton Compton, Roma.
- FREUD A. (1936): *The ego and the mechanism of defense*. International Universities Press, New York.



- FREUD S. (1894): "The neuro-psychoses of defence.", *Standard Edition*, 3, 45-61.
- GIRARD R. (1987): *Il capro espiatorio*. Adelphi, Milano.
- YOCHÉLSON S., SAMENOW E.S. (1979): *The Criminal Personality*. Aronson, New York.
- KERNBERG O. (1975): *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Aronson, New York.
- KNIGHT R. (1942): "Intimidation of others as a defense against anxiety". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 6, 4-14.
- MELOSSI D., PAVARINI M. (1981): *The prison and the factory. Critical criminology series*. The Macmillan Press, London.
- MENCACCI C, LOI M. (2006): "L'esperienza di psichiatria penitenziaria a San Vittore (Milano)", *NOOS* 12, 69-76.
- NIVOLI G.C., LORETTU L., MILIA P., NIVOLI A., NIVOLI F.L. (2006): "Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici", *NOOS*, 12, 97-110.
- SENON J.L. (2006): *La salute mentale in carcere*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- SPRUIELL V. (1989): "On blaming: An entry to the question of values", *Psychoanalytic study of the child*, 44, 241-263.

