

Ugo FORNARI (*)

I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITA' RIENTRANO NEL CONCETTO DI INFERMITA'?

www.giustizia.lazio.it/ 2005

Con sentenza n. 9163 del 25 gennaio 2005, depositata l'8 marzo 2005, le Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione hanno stabilito quanto segue:

“anche i disturbi della personalità, come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli articoli 88 e 89 c.p., **sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa**; per converso, **non** assumono rilievo ai fini della imputabilità le altre “anomalie caratteriali” e gli “stati emotivi e passionali”, che **non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente**; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato **sussista un nesso eziologico**, che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo”.

Nella sostanza, anche ai Disturbi di Personalità può essere riconosciuta la natura di “infermità” giuridicamente rilevante, purché essi abbiano inciso significativamente sul funzionamento dei meccanismi intellettivi e volitivi del soggetto (affermazione ricorrente nelle massime giurisprudenziali della Corte di Cassazione, sez. I).

In altre parole, si introduce un secondo livello di analisi che, pur non ignorando il modello nosografico, lo supera e lo integra nell'introdurre la nozione di (mal)funzionamento mentale.

* * *

Alcune brevi premesse sono, a questo punto, d'obbligo.

Ogni comportamento umano (conforme, difforme, deviante, delinquenziale, patologico) è espressione del nostro funzionamento in un preciso contesto esistenziale e in un determinato periodo della nostra storia individuale, dal momento che lo “stile di vita” individuale è unitario e coerente con aspetti strutturali, organizzativi e funzionali del nostro “essere nel mondo”.

Qualsiasi disturbo di personalità (ma ciò accade anche nella cosiddetta normalità) si manifesta, in concreto, attraverso comportamenti tipici che servono per fare diagnosi. I sintomi e i segni che vengono denunciati dal soggetto e annotati dall'osservatore sono i mezzi, gli strumenti, le strategie che il soggetto traduce in comportamenti e attraverso i quali manifesta il suo stile di vita, il suo funzionamento.

1. Da un punto di vista nosografico, è invalso per ora l'uso di distinguere i *tratti* dai *disturbi* di personalità

I *Tratti di Personalità* sono:

"modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali importanti".

I *Disturbi di Personalità* si costituiscono

"quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattativi, e causano quindi una *significativa compromissione del funzionamento sociale o lavorativo*, oppure una *sofferenza soggettiva*, essi si costituiscono come *Disturbi di Personalità*."

Le manifestazioni dei disturbi di personalità sono generalmente *riconoscibili durante l'adolescenza*, o ancora più precocemente, e continuano *per la maggior parte della vita adulta*, sebbene possano divenire meno evidenti nell'età media o nell'età avanzata.

La diagnosi di Disturbo di Personalità dovrebbe essere fatta soltanto quando le caratteristiche specifiche sono *tipiche del funzionamento a lungo termine dell'individuo*, e non sono limitate ad episodi ben definiti di malattia".

I Disturbi di Personalità (come il *Ritardo Mentale*) si collocano sull'Asse II (=Disturbi Mentali con caratteristiche di stato) e sono raccolti in tre gruppi:

"il *primo* include i disturbi di personalità *Antisociale, Paranoide, Schizoide e Schizotipico* (F60.0; F60.1; F21). "Gli individui con questi disturbi appaiono spesso strani o eccentrici";

il *secondo* gruppo include i Disturbi di Personalità *Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico* (F60.2; F60.31; F60.4; F60.8). "Gli individui con questi disturbi appaiono spesso drammatici, emotivi o imprevedibili";

il *terzo* gruppo include i Disturbi di Personalità *Evitante (nel D.S.M.-III-R detto di Evitamento), Dipendente, Ossessivo-Compulsivo* (F60.6; F60.7; F60.5); è stato soppresso il *Disturbo Passivo-Aggressivo* ed è stata aggiunta la categoria *del Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato* (F60.9). "Gli individui con questi disturbi spesso appaiono ansiosi e paurosi".

Il sistema I.C.D.-10 (1992) classifica diversamente i disturbi della personalità (F 60-F 69), distinguendoli in:

- disturbi di personalità specifici (F 60); altri disturbi di personalità e forme miste (F 61); modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale (F 62); disturbi delle abitudini e degli impulsi (F 63); disturbi dell'identità sessuale (F 64); disturbi della preferenza sessuale (F 65); disturbi psicologici e comportamentali associati con

lo sviluppo e l'orientamento sessuale (F 66); altri disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F 68); disturbi non specifici della personalità e del comportamento nell'adulto (F 69).

In particolare, il *Disturbo di Personalità Borderline* (F 60.31) è descritto come sottocategoria del *Disturbo di Personalità emotivamente instabile* (F 60.3) e il *Disturbo Schizotipico di Personalità* è ricompreso nella *Schizofrenia* (F21), di cui costituisce, però, categoria a se stante.

Nel D.S.M.-IV (1994) le **classiche nevrosi** (già sacrificate e disperse in vari capitoli sia nel D.S.M.-III, sia nel D.S.M.-III-R) sono state sostituite da tre categorie:

- disturbi d'ansia (disturbi da attacco di panico; fobie; disturbo ossessivo-compulsivo; disturbo post-traumatico da stress; disturbo da stress acuto; disturbo d'ansia generalizzata);
- disturbi somatoformi;
- disturbi dissociativi (disturbo di personalità multipla; disturbo di depersonalizzazione).

Nell'I.C.D.-10 (1992) "il termine nevrotico è ancora conservato per un uso occasionale e si ritrova, ad esempio, nella denominazione di un ampio gruppo di sindromi, l'F 40-48 (sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi)".

Esse sono così classificate:

sindromi fobiche (F 40); altre sindromi ansiose (F 41); sindrome ossessivo-compulsiva (F 42); reazione a gravi stress e sindromi da disadattamento (F 43); sindromi dissociative o da conversione (F 44); sindromi somatoformi (F 45); altre sindromi nevrotiche (F 48).

Non esistono in questi due sistemi classificatori i Disturbi Gravi di Personalità.

Per affrontare questa tematica occorre pertanto ricorrere ad altri sistemi di riferimento che esamineremo qui di seguito ⁽¹⁾.

* * *

2. Un approccio di tipo **dinamico funzionale**, consente di fare le seguenti distinzioni:

2a. PERSONALITA' NORMALE

Identità dell'Io (integrazione del Sé e dell'Altro significativo, coerenza interna, autostima, autonomia, gioia di vivere)

Forza dell'Io (disponibilità affettiva, capacità di controllo delle emozioni e degli impulsi, capacità di sublimazione, coerenza, creatività e perseveranza nel lavoro e nelle relazioni interpersonali)

Super-Io integrato e maturo (interiorizzazione di un sistema di valori e di riferimenti stabile individuale, responsabile, realistico, autocritico, rispettoso delle norme sociali e dei valori)

¹ Per una più ampia trattazione del capitolo relativo ai Disturbi Gravi di Personalità e al Disturbo Borderline di Personalità vedere i relativi capitoli su FORNARI U., *Trattato di Psichiatria Forense*, Utet, Torino, 2004.

Gestione appropriata dell'aggressività e della sessualità (empatia e investimenti emotivi nel rispetto della relazione oggettuale, capacità di tenerezza e di coinvolgimento emotivo; capacità di affrontare gli attacchi senza reazioni eccessive)

Costanza nell'ambivalenza della relazione con l'oggetto interiorizzato (gli oggetti sono contemporaneamente buoni e cattivi; bassa attivazione emotiva).

2b. PERSONALITA' PATOLOGICA

Diffusione della Identità (assenza di coerenza interna e di capacità di distinguere il mondo interno da quello esterno, l'Io dal Non-Io)

Io debole (dipendenza stretta da emozioni e impulsi poco o nulla controllabili, incostanza e incoerenza negli affetti e nelle relazioni interpersonali, sfiducia in Sé e negli altri)

Super-Io arcaico o dipendente (sadico, persecutorio, scisso o eccessivamente dipendente dalle proibizioni infantili)

Inappropriata e insufficiente gestione dell'aggressività e della sessualità (incapacità di coniugare tenerezza ed empatia con i propri bisogni sessuali e relazionali, reazioni eccessive di fronte agli attacchi reali o presunti al proprio sentimento di autostima, non raggiunta relazione oggettuale)

Scissione della relazione con l'oggetto (gli oggetti sono o idealizzati o persecutori; intensa attivazione emotiva).

Concetto centrale per comprendere le due distinzioni di cui sopra è la nozione di **Io**: per tale si intende quella *infrastruttura psichica che si definisce attraverso le sue funzioni*:

Analisi funzionale dell'Io

Funzioni Percettivo-Memorizzative: percezione delle situazioni per quelle che sono (interne od esterne al soggetto: percezione formale); attenzione; memoria (implicita, esplicita, prospettica, emozionale, ripetitiva, elaborativa, ecc.);

Funzioni Organizzative: analisi, comprensione e conferimento di significato alle stesse (attribuzione di senso);

Funzioni Previsionali: progettazione, previsione e valutazione delle possibili conseguenze delle risposte che possono essere emesse (analisi, critica e giudizio);

Funzioni Decisionali: scelta tra adeguamento, evitamento o rifiuto (attivo o passivo) nei confronti della situazione-stimolo (la decisione di agire o di non agire);

Funzioni Esecutive: emissione della risposta scelta in vista dell'obiettivo che si vuole o si può raggiungere in quel particolare contesto relazionale (comportamento organizzato o disorganizzato; condotta intelligente o emotiva).

La nozione di infermità comprende dunque due aspetti: il contenuto clinico e l'analisi dinamico funzionale.

Occorre pertanto staccarsi (non prescindere) dalla categoria diagnostica (il codice alfa-numerico) per esaminare quale e quanta compromissione funzionale ha comportato quel disturbo comunque diagnosticato in riferimento (non solo al momento del) al fatto reato.

Diagnosi categoriale e funzionale sono due aspetti complementari, ma distinti che non debbono essere confusi l'uno con l'altro o riassorbiti l'uno nell'altro.

L'infermità (da in-firmus = non-fermo) in senso psichiatrico forense non individua un "disturbo mentale", ma i riflessi di questo sul funzionamento psichico del soggetto e quindi sul suo comportamento.

Ne consegue che un "malato" può anche non essere un "infermo" e viceversa.

L'infermità giuridicamente rilevante è costituita dalla confluenza di un disturbo funzionale che interagisce con un disturbo mentale, al punto di compromettere in concreto la capacità di autodeterminazione del soggetto incidendo in maniera rilevante e grave sulle funzioni autonome dell'Io (il "quid novi" o "quid pluris") e conferendo in tal modo "significato di infermità" all'atto agito o subito (lo stesso ragionamento psichiatrico forense vale infatti anche per la vittima di reato).

La nozione di Disturbo Grave di Personalità.

Veniamo ora ad esaminare più da vicino le caratteristiche dei *Disturbi Gravi di Personalità*. Per essere tali, essi debbono essere caratterizzati, indipendentemente dal cluster in cui sono inseriti, da un *funzionamento Borderline di Personalità*.

Andiamo a vedere quale collocazione il Disturbo Borderline di Personalità (B.P.D.) ha nei due più importanti sistemi di classificazione psichiatrica: il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (D.S.M.) e la decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (I.C.D.).

D.S.M.-IV (1994) F60.31

Il Disturbo Borderline di Personalità [301.83] è caratterizzato da "una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicati, da uno (o più) dei seguenti elementi:

1) sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono.

Nota Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5;

2) un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione;

3) alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili;

4) impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, (quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).

Nota Non includere comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5;

5) ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari o comportamento automutilante;

6) instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica, intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni);

7) sentimenti cronici di vuoto;

8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici);

9) ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori (in cui sono alterati lo stato di coscienza, l'orientamento, l'identità e le funzioni cognitive) legati allo stress.

La classificazione europea di cui all'*I.C.D.-10 (1992)* non contempla esplicitamente il D.B.P. e prevede due categorie:

F60.3 Disturbo di personalità emotivamente instabile.

“Si tratta di un disturbo di personalità caratterizzato da una marcata tendenza ad agire impulsivamente senza considerare le conseguenze, insieme con un'instabilità affettiva. La capacità di fare progetti per il futuro è minima e le esplosioni di collera intensa possono spesso condurre a violenza o “esplosioni comportamentali”. Queste sono facilmente precipitate quando le azioni impulsive sono criticate o ostacolate dagli altri. Sono specificati *due tipi* di questo disturbo di personalità ed entrambi condividono questo aspetto generale dell'impulsività e della mancanza di autocontrollo.”

1. F60.30 Disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo impulsivo.

“Le caratteristiche prevalenti sono l'instabilità emotiva e la mancanza di controllo degli impulsi. Sono comuni esplosioni di violenza o comportamento minaccioso, particolarmente in relazione alle critiche altrui.”

Include: disturbo di personalità esplosivo e aggressivo.

Esclude: disturbo di personalità antisociale (F60.2).

2. F60.31 Disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline.

“Sono presenti diverse caratteristiche dell'instabilità emotiva, e in aggiunta l'immagine di sé del soggetto, le finalità che egli persegue e le preferenze soggettive (comprese quelle sessuali) sono spesso non chiare o disturbate. Sono presenti di solito costanti sentimenti di

vuoto interiore. La tendenza ad essere coinvolti in relazioni intense ed instabili può determinare ripetute crisi emotive e può essere associata a sforzi eccessivi di evitare l'abbandono e ad una serie di tentativi di suicidio o atti di autolesionismo (sebbene questi possano verificarsi anche senza: evidenti fattori precipitanti)".

Include: disturbo di personalità borderline.

Un soggetto che non mostri instabilità affettiva, intensa disforia ed esplosioni di rabbia non può essere considerato un tipico borderline (2).

Queste ed altre classificazioni di tipo descrittivo volte a cogliere la dimensione fenomenica del problema si correlano solo in parte agli indicatori di "gravità" di una Organizzazione (e quindi di un funzionamento) Borderline di Personalità.

Il funzionamento borderline è un funzionamento fondamentalmente astenico, di ritiro, "debole", confusivo, intensamente disforico, affettivamente instabile e ricco di atteggiamenti improntati a rabbia distruttiva auto- o eterodiretta; la problematica soggettiva è vissuta e agita secondo modalità scissionali; o non ha ancora trovato o tenta debolmente di mobilitare difese narcisistiche o paranoide oppure le ha mobilitate, ma queste difese in situazioni di stress non tengono. I meccanismi di difesa utilizzati da questi soggetti sono di tipo primario (scissione, identificazione proiettiva, onnipotenza, idealizzazione/svalutazione, diniego); il senso di identità è diffuso (incertezze e confusioni nelle scelte sessuali, lavorative e sociali; sentimenti di vuoto, di nullità e di mancanza di significato; relazioni interpersonali intense e instabili); l'esame di realtà è generalmente mantenuto (assenza di deliri e di allucinazioni e di disturbi gravi dell'umore; capacità di differenziare il Sé dal Non-Sé, assenza di sintomi dissociativi).

Un soggetto che presenta una tale organizzazione di personalità, in condizioni di stress acuto o cronico, può slittare verso il registro psicotico (*alterazione del senso di realtà* = perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il Sé dal Non Sé; confusività e angoscia panica; comportamenti bizzarri e incongrui) o deragliare verso un vero e proprio processo psicotico di tipo delirante acuto o maniforme iperacuto (*alterazione dell'esame di realtà, sintomi dissociativi e illusionali intensi, fenomeni allucinatori, ideazione delirante paranoide, gravi compromissione dell'umore, comportamenti bizzarri e incongrui*) (*due quadri = scivolamenti psicotici = Minipsychosen*).³

² MAGGINI C. (a cura di); *Disturbo Borderline*, Noos, I, 2, 71-121, 1995.

³ Si tenga presente che una cosa è la *dissociazione isterica*, altra cosa è la *dissociazione psicotica*. I Disturbi Dissociativi dell'Isteria (BOGETTO F., MAINA G., *Elementi di psichiatria*, Minerva Medica, Torino, 2000, p. 63 e segg.) sono caratterizzati da una alterazione parziale e transitoria dello stato di coscienza, dell'orientamento, dell'identità e/o delle funzioni cognitive. Una parte dei processi mentali opera in modo del tutto inalterato, mentre un'altra parte presenta un funzionamento morboso. I due aspetti della vita psichica (quello sano e quello morboso) sono separati (= scissi) e coesistono in modo apparentemente autonomo. La dissociazione schizofrenica, invece, comporta una disgregazione, sia pur solo temporanea, di tutto il funzionamento mentale del soggetto, con perdita dei legami tra i vari aspetti della sua psiche, con disturbi della memoria, derealizzazione, depersonalizzazione, fenomeni allucinatori e deliranti e altre caratteristiche proprie dell'episodio psicotico acuto. Nel Borderline l'episodio dissociativo è di tipo psicotico acuto paranoide (BRAY A.,

Per riassumere:

DISTURBO DI PERSONALITÀ

L'immagine del proprio Sé è stabile; è mantenuta l'unitarietà dell'Io; sono assenti: comportamenti autodistruttivi, impulsività, preoccupazioni di abbandono, oscillazioni dell'umore in senso disforico-depressivo, sentimenti cronici di vuoto, rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia; così pure sono assenti quel tipico atteggiamento bisognoso e quella tipica mancanza di stencità proprie del funzionamento *borderline* di personalità; mancano sentimenti di colpa, di respicenza e di rimorso; il soggetto è persona incapace di stabilire una autentica relazione con l'Altro da Sé; il comportamento è organizzato.

DISTURBO GRAVE DI PERSONALITÀ

Esso è caratterizzato dal funzionamento Borderline di Personalità con *alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale* (esplosioni di rabbia, intensa disforia, grave instabilità affettiva e relazionale con tendenza ad avere legami fusionali e a mantenere relazioni simbiotiche, timore dell'abbandono con depressione anaclitica, incapacità di affrontare gli stress), *disturbi dell'identità* (diffusione e assenza di una chiara identificazione con incapacità di reggere, organizzare ed elaborare la solitudine e di stare con se stessi), *ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa* (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego), *alterazioni transitorie del sentimento di realtà* (perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il Sé dal Non Sé; sentimenti di angoscia panica; comportamenti bizzarri e incongrui) o *dell'esame di realtà*, (ideazione paranoide, gravi compromissione del tono dell'umore, comportamenti bizzarri e incongrui).

DISTURBO PSICOTICO

E' caratterizzato dalla *compromissione dell'esame di realtà* (deliri e allucinazioni, disturbi gravi dell'umore, disturbi cognitivi), *ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa* (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego), *autismo* con alterazioni gravi dell'affettività contatto, impulsività incontrollata, comportamento disorganizzato e/o bizzarro e da *altri disturbi psicotici o acuti o cronici*.

L'inquadramento diagnostico del disturbo grave di personalità

Una diagnosi di disturbo grave di personalità richiede una integrazione tra l'approccio dinamico funzionale e quello descrittivo categoriale.

Pertanto, *premesso un inquadramento diagnostico* che soddisfi i criteri D.S.M.-IV o I.C.D.-10 (per ora gli ultimi due in auge) è *indispensabile* passare al secondo livello, che ha

come obiettivo quello di *esplorare il funzionamento di quella personalità* (dal “che cosa ha” al “chi è”).

Per riassumere:

Finora ci siamo occupati del problema clinico relativo alla nozione di *Disturbo Grave di Personalità*. Condivido l’opinione di coloro che identificano questa nozione con quella di *Organizzazione Borderline di Personalità* e, per alcuni aspetti, con la categoria diagnostica del *Disturbo Borderline di Personalità*. *Questo tipo di organizzazione può trovarsi anche nel Disturbo Narcisistico e in quelli Paranoide, Istrionico, Antisociale, Schizoide e Schizotipico.*

Dal momento che ogni ipotesi di intervento psicoterapeutico deve calarsi sul tipo di funzionamento e non sulla categoria diagnostica “che comprime e pietrifica” stati d’animo, sofferenze, esperienze vissute, significati psico(pato) logici. occorre andare oltre una diagnosi di struttura o di organizzazione.

L’Organizzazione Borderline di Personalità, intesa *non* come quadro nosografico, ma come tipo particolare di funzionamento psicopatologico, in determinati contesti di vita, può tradursi in scompensi comportamentali comprensivi anche di reati-sintomo, nei limiti e nell’accezione ristretta che si deve riservare a questa nozione medico-legale.

Senza questo passaggio dalla nosografia alla dinamica, dal modello descrittivo a quello comprensivo, dalla rilevazione di sintomi e comportamenti all’analisi del funzionamento e dell’organizzazione non è possibile cogliere la rilevanza clinica e psichiatrico-forense di questo discorso che non dà per scontata l’esistenza di un parallelismo obbligato tra diagnosi e valore di malattia, sia in un *setting* clinico-terapeutico, sia a livello di valutazione peritale⁽²⁾. Al di là di ogni tipo di categorizzazione, è indispensabile, infatti, porre una chiara e netta distinzione tra

dimensione categoriale e dimensione funzionale della malattia mentale.

In psichiatria forense la diagnosi rappresenta una tappa imprescindibile, ma non terminale del ragionamento medico legale. Essa rappresenta il momento statico della perizia, la costruzione di una casella alfanumerica indispensabile in cui però il soggetto viene pietrificato e cristallizzato in una dimensione non dialettica, privato com’è della complessa drammaticità esistenziale che caratterizza ogni percorso di vita. Quest’ultima operazione si rivela invece come imprescindibile se si vuole pervenire a una corretta valutazione psichiatrico forense che certamente non ha il potere e il mandato di accertare la verità storica o quella processuale, ma ha il compito di esplorare questa attraverso un corretto approccio

² Si veda, tra l’altro, l’ottimo contributo di Zavatti e Barbieri (Zavatti P., Barbieri C., *La c.d. “personalità antisociale” in psicopatologia forense: un discorso sul metodo?*, Rass. It. Crim., XI/2, 2000, 291-313) che sottolineano tutti questi aspetti e ancora una volta l’opportunità di potenziare, in ambito psichiatrico-forense, la dimensione clinica.

clinico. Nell'elaborato peritale, questo si tradurrà nelle formule convenzionali dell'infermità, del vizio di mente, dell'inferiorità e della deficienza psichiche, della pericolosità sociale, dell'incapacità di agire e altro.

Come è già stato ampiamente esposto in precedenti lavori ⁽³⁾ *non* è la dimensione categoriale (la diagnosi) bensì quella funzionale (la criminodinamica) quella che aiuta a ricostruire e comprendere lo stato di mente di un autore (o di una vittima) di reato.

Dal momento che però questo modello di lettura consentirebbe di concludere che qualsiasi funzionamento primario, in tanto in quanto patologico, può conferire "valore di malattia" all'atto ed escludere o scemare grandemente l'imputabilità dell'autore di reato, è chiaro che esso deve essere riportato a una dimensione psicopatologica alterata e attribuita ad un disturbo mentale codificato (= insieme di sintomi e di segni psicopatologicamente codificati), in funzione del quale il reato agito o subito assume valore di malattia, o meglio, significato di infermità.

Nei casi in cui il funzionamento primario non faccia parte di una categoria psichiatrica convenzionalmente stabilita, e quindi non rientri in una categoria alfanumerica (Disturbo Psicotico o Disturbo Grave di Personalità), il discorso si limita a esplorare criminogenesi e criminodinamica al di fuori di quel "valore di malattia" attribuibile all'atto agito o subito.

Ad esempio: rabbia eccessiva e inappropriata (rivolta contro se stessa e/o contro altri) isolamento, scontroosità, (*alterazioni del funzionamento comportamentale, alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale*) e instabilità dell'umore costituiscono due tratti propri del **Disturbo Borderline di Personalità, di per se non sufficienti per determinarne la gravità quando** sono assenti tutti gli altri tratti qualificanti, quali

disturbi dell'identità (diffusione e assenza di una chiara identificazione con incapacità di reggere, organizzare ed elaborare la solitudine e di stare con se stessi), *alterazioni tipiche del sentimento di realtà* (perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il Sé dal Non Sé; vissuti di angoscia panica; comportamenti bizzarri e incongrui), *ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa* (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego).

Ma ancor più la rilevanza psichiatrico forense del Disturbo Grave di Personalità è nulla quando, al momento del e in riferimento al fatto reato, sono assenti quelle manifestazioni di "diffusione dell'identità" (= sensazione difettosa del Sé interiorizzato) fino alla "perdita di identità" che spesso esitano in esperienze psicotiche (=slittamenti psicotici o esperienze

³ Coda S., *Stati emotivi o passionali: un contributo clinico*, Rivista italiana di medicina legale, XXII/1, 169-191, 2000; Coda S., *Dinamica di un omicidio: il contributo della psicologia*, Rivista Italiana di Medicina Legale, XXIII/2, 369-385, 2001; Fornari U., Coda S., *Imputabilità e pericolosità sociale: nuove prospettive nella valutazione forense*, Relazione tenuta al Convegno di Studi "Verso un Codice Penale modello per l'Europa", Foggia, 10-11 novembre 2000; Cedam, Padova, 2002, p. 51-61.

psicotiche) e in correlati agiti psicotici in cui sono gravemente alterati o *il sentimento di realtà* (perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il Sé dal Non Sé, irruzione di uno stato di ansietà pervasiva e di angoscia panica, messa in azione di meccanismi difensivi primari, comportamento ampiamente disorganizzato) o *l'esame di realtà* (comparsa di sintomi positivi, quali deliri e allucinazioni, alterazioni dello stato di coscienza, disturbi gravi dell'umore e condotte disorganizzate, bizzarre, incongrue).

La valutazione psichiatrico-forense del disturbo grave di personalità.

La distinzione tra questi quadri è molto importante in ambito forense, dal momento che –e ci ripetiamo– il “valore di malattia” a un atto agito o subito non si correla semplicisticamente e un Disturbo sia pur grave di Personalità o a un Disturbo Psicotico, bensì al *sottostante funzionamento psicopatologico in fase di scompensazione* (il *quid novi* e il *quid pluris*).

Infatti, *in ambito di valutazione forense*, è necessario che l'atto violento e distruttivo (di ciò si tratta quasi sempre) rappresenti quel “*quid novi*” o quel “*quid pluris*” (non come agito, evidentemente, ma come espressione di alterazione funzionale patologica) di cui si è già parlato e che integra la nozione di scompensazione funzionale psicotico (=gli scivolamenti psicotici), dal momento che il semplice Disturbo di Personalità (*grave o meno che sia*), come tale, individua una storia di vita e un percorso clinico in cui occorre cogliere di volta in volta il “valore di malattia” dei relativi agiti che possono riguardare aspetti diversi del comportamento (condotte sessuali, appetitive, lavorative, relazionali, e altro).

Il funzionamento patologico psichico da cui discende la gravità del reato deve in questi casi essere messo a confronto con il *comportamento tenuto prima, durante e dopo il reato*. Tanto più grave è la compromissione patologica psichica, meno strutturate le difese, più diffusa l'identità e compromessa l'esame di realtà, tanto più compromessa sarà l'autonomia funzionale dell'Io, incoordinato e non pianificato il passaggio all'atto, sia nelle premesse, sia nel suo estrinsecarsi, sia nella condotta immediatamente successiva: e viceversa.

In sintesi:

- la presenza nell'autore di reato di tratti o disturbi nevrotici o psicopatici (tutti ricompresi nel capitolo dei Disturbi di Personalità) che si sono tradotti in passaggi all'atto pietrificati e congelati, in manifestazioni finalizzate, egosintoniche e strutturate secondo una lucida, ancorché perversa progettualità criminale, è incompatibile con un vizio di mente;

- tanto più grave è invece la compromissione patologica psichica, meno strutturate le difese, più diffusa l'identità e compromesso l'esame di realtà (gli scivolamenti psicotici), tanto più incoordinato e non pianificato sarà il passaggio all'atto, sia nelle premesse, sia nel suo estrinsecarsi, sia nella condotta immediatamente successiva;
- il funzionamento patologico psichico da cui discende la gravità sintomatologia del reato deve in questi casi essere messo a confronto con il comportamento tenuto dal soggetto prima, durante e dopo il reato; a questo scopo i parametri utilizzabili nella distinzione tra delitto organizzato o disorganizzato, psicopatico o psicotico sono quelli già ricordati.

Il "valore di malattia" o il "significato di infermità" del reato è legato alla presenza/assenza dei seguenti indicatori:

- ★ Presenza di fattori stressanti che precedono lo scompenso;
 - ★ frattura rispetto allo stile di vita abituale;
- ★ evidente sproporzione della reazione (il "quid novi" e il "quid pluris");
 - ★ compromissione dello stato di coscienza e presenza di dismnesia;
 - ★ disturbi della percezione;
 - ★ idee deliranti non organizzate;
 - ★ gravi turbe dell'affettività e del tono timico;
 - ★ comportamento disorganizzato.

Il problema clinico e la conseguente valutazione psichiatrico forense di un Disturbo Grave di Personalità (per quanto complesso esso sia), è quello di documentare, alla luce della storia clinica, delle risultanze delle indagini psicodiagnostiche, delle modalità che hanno preceduto, accompagnato e seguito il delitto, se il Disturbo si è (o meno) manifestato in maniera qualitativamente o quantitativamente sufficiente per conferire "valore di malattia" al reato commesso. In altre parole, anche in presenza di un disturbo di personalità grave e serio, se la genesi (progettazione) e la dinamica (esecuzione) del comportamento criminale indicano che -nello svolgimento complessivo e nel resoconto retrospettivo dello stesso- l'autore ha conservato e conserva, sostanzialmente indenni le aree funzionali del suo Io preposte alla comprensione del significato del suo atto e delle conseguenze dello stesso (funzioni percettivo-memorizzative, organizzative, previsionali, decisionali ed esecutive) non si può concludere nel senso dell'esistenza di un vizio di mente.

Il quesito peritale

Un **quesito peritale** che comprenda anche questo aspetto (l'approccio funzionale, cioè, oltre quella categoriale) potrebbe essere il seguente:

“accertino i periti (omissis)

- quali sono le attuali condizioni di mente di (nome e cognome);
- dicano se esse siano o meno compatibili con il protrarsi del regime di custodia cautelare in atto (se si tratta di indagato o imputato detenuto) e con la sua capacità di partecipare coscientemente al processo;
- in caso di risposta negativa, se sia necessario disporre il ricovero provvisorio presso idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero gli arresti domiciliari (anche eventualmente presso case di cura, ovvero comunità specializzate), ovvero l'internamento provvisorio in Ospedale psichiatrico giudiziario;
- accertino se (nome e cognome) sia da considerare persona socialmente pericolosa sotto il profilo psichiatrico;
- valutino se versasse o meno, in riferimento al reato per cui si procede, in stato di infermità di mente tale da escludere o scemare grandemente la sua capacità di intendere o di volere;
- ricostruiscano criminogenesi e criminodinamica del reato addebitato al soggetto e esaminino il funzionamento mentale dello stesso, in riferimento sia al contesto in cui esso è avvenuto, sia alla possibilità o meno di comprendere il significato dell'atto da lui commesso e di agire in conformità a tale valutazione”.

* * *

I punti “forti” della sentenza commentata sono dunque qui di seguito così sintetizzabili:

- anche ai disturbi della personalità può essere attribuita una attitudine, scientificamente condivisa, a proporsi come causa idonea ad escludere o grandemente scemare in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente;
- il nesso eziologico fra infermità e reato viene assunto a requisito della non imputabilità;
- i disturbi o anomalie della personalità possono acquisire rilevanza solo ove siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e di volere, compromettendola del tutto o grandemente scemandola; devono quindi essere gravi ed essere idonei a determinare una situazione di assetto psichico incontrollabile e ingestibile tanto da integrare gli estremi di una vera e propria

psicosi (riferimento ai vari progetti, in particolare a quelli Grosso e Nordio con richiami a diverse sentenze);

- non possono avere rilievo anomalie caratteriali, disarmonie della personalità, deviazioni del carattere e del sentimento che non si rivestano delle connotazioni testé indicate; né di norma possono assumere rilievo alcuno gli stati emotivi e passionali, salvo che essi si inseriscano in un più ampio quadro di infermità avente le connotazioni sopra indicate;

- qualunque disturbo mentale è elemento condizionante della condotta, ma deve essere grave per rilevare sulla imputabilità.

In conclusione:

“ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, rientrano nel concetto di infermità anche i gravi disturbi della personalità, a condizione che il giudice ne accerti la gravità e l’intensità, tali da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere o di volere e il nesso eziologico con la specifica azione criminosa”.