

AIPG

Associazione Italiana di Psicologia Giuridica

Anno accademico 2007

*Disturbi di personalità e non imputabilità:
il "funzionamento" Borderline*

Dr. Enrico Maria Troisi

Sommario

Introduzione	3
Nozioni di responsabilità penale ed imputabilità: rapporti e differenze concettuali	4
Le cause di esclusione e di attenuazione dell'imputabilità	6
La nozione di infermità	7
Le infermità mentali che escludono la capacità di intendere e di volere secondo la dottrina e la giurisprudenza	10
Riduzione dei margini di incertezza del giudizio di imputabilità	16
Rilevanza dei disturbi della personalità ai fini della imputabilità	18
Inquadramento nosografico dei Disturbi della Personalità ...	18
La nozione di Disturbo Grave di Personalità	23
Nozione di infermità sul piano dinamico-funzionale	23
Disturbo "Borderline"	26
Evoluzione storica del concetto di "Borderline"	29
Il Funzionamento Borderline e la nozione di Disturbo Grave di Personalità	38
La valutazione psichiatrico-forense del disturbo grave di personalità	41
Conclusioni	47

Introduzione

La sentenza n. 9163 del 25 gennaio 2005, emessa dalle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione e depositata l'8 marzo 2005, ha 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”.

Con tale sentenza, la Cassazione ha dunque posto fine al lungo dibattito che ha visto contrapposti il Legislatore, la giurisprudenza e la psichiatria sui concetti di capacità di intendere e di volere, di imputabilità, di colpevolezza, di infermità mentale. La sentenza, che sembra genericamente ampliare l'area della non imputabilità al gruppo dei disturbi della personalità, precisa però che tali infermità devono essere di gravità tale da condizionare profondamente il funzionamento del soggetto; ma nei sistemi classificatori attuali non esistono criteri atti ad individuare precisi indicatori di gravità per i disturbi della Personalità; sul piano della valutazione psichiatrica o

psicologica-forense, utilizzando il criterio dinamico-funzionale, senza però prescindere da quello nosografico, pare possibile stabilire con una sufficiente approssimazione se, quale e quanta compromissione funzionale ha comportato quel disturbo in riferimento al fatto-reato. Alla luce di queste premesse, nell'ambito del gruppo dei Disturbi della Personalità, il modello di struttura idonea in speciali circostanze a compromettere la capacità di discernimento ed autodeterminazione del soggetto agente, costituendosi in "Vizio di Mente", è la struttura Borderline, intesa non come quadro nosografico, ma come tipo fondamentale di funzionamento psicopatologico.

Nozioni di responsabilità penale ed imputabilità: rapporti e differenze concettuali

La responsabilità penale è l'obbligo di sottoporsi alle pene stabilite dal codice in rapporto al compimento di un reato. Secondo tale concetto, che attiene la capacità di discernimento e di libera autodeterminazione, l'autore di un reato non può essere punito se incapace di "rispondere" dei suoi atti. La legge penale individua poi i casi in cui la responsabilità è esclusa o per circostanze attinenti all'autore del reato (la sua persona ed in particolare le sue condizioni psichiche), ovvero a circostanze concernenti l'azione (ad es.: stato di necessità, legittima difesa).

Partiamo da un dato normativo, l'art. 42 c.p., il quale recita: "Nessuno può essere punito per un'azione preveduta dalla legge come reato se non l'ha commesso con coscienza e con volontà".

Secondo questa norma, la responsabilità penale dell'autore di un reato s'identifica con il possesso della generica capacità di coscienza e volontà.

L'imputabilità è definita come la capacità di intendere e di volere al momento del fatto (art. 85 c.p.).

La capacità di *intendere* è l'attitudine del soggetto a rendersi conto del valore delle proprie azioni, ad orientarsi nel mondo secondo una percezione non distorta della realtà, a rendersi conto del significato del proprio comportamento e di valutarne conseguenze e ripercussioni: *intendere equivale a rappresentarsi correttamente tanto il mondo esterno quanto le proprie azioni*; la capacità di *volere* è l'attitudine del soggetto a controllare gli impulsi ad agire e determinarsi secondo il motivo che appare più ragionevole o preferibile; altresì è l'attitudine a gestire una efficiente regolamentazione della propria libera autodeterminazione, vale a dire non soccombere agli impulsi ma esercitare poteri di controllo idonei a consentirgli scelte consapevoli fra motivi antagonisti (adattarsi al motivo più ragionevole e desistere).

Appare chiaro quindi che il principio, il paradigma su cui si regge tutta la nostra impalcatura culturale, giuridica e morale, è il principio di responsabilità, che ha come premessa la libertà dell'autore del fatto delittuoso. Se non ci fosse tale libertà non avrebbero senso la sanzione, la riprovazione sociale, l'idea di colpa, il concetto di devianza, quello di giustizia e di diritto. Il fulcro del nostro contratto

sociale è quello secondo cui l'individuo è libero, quindi è responsabile e deve rispondere dei propri atti; se si presume esistente, nell'uomo, il libero arbitrio, ne deve conseguire la responsabilità morale del reo e ovviamente quella giuridica.

Le cause di esclusione e di attenuazione dell'imputabilità

Per il minore d'anni 14, la presunzione è assoluta e pertanto non esiste possibilità (per definizione) di prova contraria. L'infraquattordicenne è sempre non imputabile. La presunzione che opera rispetto al soggetto maggiorenne è relativa, il che vuol dire che è ammessa la prova contraria. Si presume che il soggetto maggiorenne sia imputabile ma esistono fattori che possono escludere o attenuare l'imputabilità. Tali cause, di cui (secondo il meccanismo negativo descritto) il giudice deve accertare l'assenza perché il soggetto sia imputabile sono:

1. i casi d'intossicazione acuta da alcol o da stupefacenti dovuti a caso fortuito o forza maggiore artt. 91 e 93 c.p.;
2. i casi in cui l'autore è stato reso da altri incapace di intendere o di volere;
3. i casi in cui il soggetto presentava al momento del commesso delitto, un quadro d'infermità tale da escludere, art. 88 c.p. o da scemare grandemente art. 89 c.p. la sua capacità di intendere o di volere;

4. il caso del minore che ha compiuto i 14 anni ma non ancora i 18, che per immaturità non aveva al momento del fatto, la capacità di intendere o di volere art. 98 c.p.

Se si esclude quest'ultimo caso, per il quale si tratta di verificare lo sviluppo psico-sociale, in tutte le ipotesi citate, si tratta di casi d'incapacità di intendere o volere riconducibili ad un'infermità mentale a sua volta produttiva di vizio totale o parziale.

La nozione di infermità

Il concetto di infermità di mente, ha fatalmente perduto il legame che aveva in passato con la follia; per infermità s'intende piuttosto un'entità complessa, risultante da una condizione nella quale concorrono il patrimonio genico, la costituzione, le vicende di vita, gli stress, il tipo d'ambiente, la plasticità dell'encefalo, i meccanismi psicodinamici, la modalità di reagire, di opporsi, di difendersi. Non esiste d'altro canto una chiara definizione che specifichi i confini del concetto di "disturbo mentale". Ciascuno dei disturbi è concepito come "una sindrome o modalità comportamentale o psicologica clinicamente significativa, che si manifesti in un individuo e che tipicamente associata o con un malessere attuale (sintomo dolore), o con menomazione (alterazione di una o più aree del funzionamento), o con un rischio significativamente aumentato di andare incontro a morte, o dolore, a invalidità, o a un'importante perdita di libertà" (D.S.M. IV-TR¹). Il disturbo può definirsi più semplicemente "la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o

¹ American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, D.S.M. IV. Masson, Milano, 1995. e successive edizioni

biologica nella persona" (D.S.M. IV-TR). L'infermità (da in-firmus = non-fermo), in senso psichiatrico forense, non individua in senso stretto 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 "grave" (il "quid pluris") sulle funzioni dell'Io (vd più avanti) e conferendo in tal modo "significato di infermità" all'atto.

Diversi e variegati sono i contesti motivazionali apprezzati dalla Suprema Corte in cui, per stabilire la non imputabilità non si ricorre ad un preciso inquadramento nosografico della patologia bensì si descrive l'infermità in termini di condizione capace di inficiare l'attitudine al discernimento ed all'autodeterminazione del soggetto; si invocano ad esempio:

1. "*le c.d. personalità psicopatiche..., per la loro gravità, (in grado di cagionare) un vero e proprio stato patologico, uno squilibrio mentale incidente sulla capacità di intendere e di volere*" (Cass., Sez. I, n. 33130/2004, in una fattispecie in cui è stata esclusa la rilevanza di un disturbo della personalità di tipo borderline, "analiticamente e puntualmente motivato"; id., Sez. VI, n. 7845/1997, ancora in tema di un disturbo della personalità borderline);

2. il "*carattere di cogente imperatività*" (Cass., Sez. I, n. 27708/2004, in riferimento a "disturbo delirante cronico");

3.l' infermità *"che incida in modo rilevante sui processi intellettivi e volitivi", rendendo il soggetto incapace "di rendersi conto del valore delle proprie azioni e di determinarsi in modo coerente con le rappresentazioni apprese"* (Cass., Sez. I, n. 24255/2004, a proposito di "particolari tratti della personalità" e di un prospettato, ma escluso, "disturbo borderline di personalità");

4.la manifestazione del disturbo *"con elevato grado di intensità e con forme più complesse tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi"* (Cass., Sez. I, n. 19532/2003, a proposito di "nevrosi e psicopatie"; id. Sez. I, n. 3536/1997, ancora a proposito di "nevrosi e psicopatie" e sussistenza o meno di una "degenerazione della sfera intellettuale e cognitiva dell'agente");

5.la sussistenza di *"una persistente coscienza ed organizzazione del pensiero", o di "un'avvenuta rottura del rapporto con la realtà"* (Cass., Sez. I, n. 15419/2002, a proposito di "disturbi della personalità di tipo borderline" con "componenti narcisistiche", ritenute, nella specie, non "sufficienti a configurare una situazione di impossibilità di scegliere");

6.lo *"squilibrio mentale a causa della intensità delle deviazioni caratteriali"* (Cass., Sez. I, n. 13029/1989, indotto da "una gravità della psicopatia tale da determinare un vero e proprio stato patologico");

7.la *"rivoluzione psicologica interna per cui l'individuo è diventato estraneo a se stesso", ad "una effettiva compromissione della coscienza, attestata da uno stato confusionale acuto"* (Cass., Sez. I, n. 4492/1987).

Etc...

L'indirizzo giurisprudenziale che, più specificamente ed esplicitamente, fa riferimento al "valore malattia" appare prospettare non già una sovrapposizione nosografica dei due termini ("malattia" ed "infermità"), ma piuttosto una coincidenza di risultati valutativi quanto ai finali esiti della sussistenza o meno di una compromissione della capacità intellettiva e volitiva: il tema risulta in particolare più diffusamente affrontato nella citata sentenza n. 4103/1986, della I sezione penale, la quale - puntualizzata la differenza tra "malattia" ed "infermità" - rileva che con tale ultimo concetto "si intende esprimere il 'grado di diversità' fra le direttive abituali di una personalità ed i modi di reazione suoi propri, da un lato, ed il suo comportamento abnorme dall'altro, in modo da poter chiarire come, partendo dall'essere 'infermo' dell'individuo, siano state in concreto limitate o addirittura annullate le possibilità di un minimo adattamento individuale alla convivenza sociale

Le infermità mentali che escludono la capacità di intendere e di volere secondo la dottrina e la giurisprudenza

Per indirizzo dottrinale si riconosce che la capacità di intendere e di volere può essere esclusa non necessariamente da un disturbo di carattere permanente², bensì anche da un'infermità transitoria purchè in grado di far venir meno i presupposti dell'imputabilità. Infatti, secondo il disposto degli artt. 85, 88 e 89, ai fini del giudizio

² FIANDACA G. – MUSCO E., op. cit., 303

di imputabilità, l'alterazione mentale deve sussistere al momento del fatto³.

Quali sono i disturbi mentali che possono costituire quell'infermità che si traduce in vizio di mente?

a) psicosi esogene od organiche

La dottrina e la giurisprudenza sono concordi nel ritenere che siano idonee a escludere la capacità di intendere e di volere innanzi tutto le malattie psichiatriche in senso stretto, quali le psicosi, caratterizzate dalla perdita dei nessi logici e/o del senso della realtà, nonché della coscienza della malattia, e, in particolare, quelle esogene od organiche, nelle quali i disturbi psichici sono riconducibili ad un processo morboso che agisce dimostrabilmente a livello anatomico-organico-cerebrale: psicosi traumatiche da lesioni cerebrali; psicosi infettive che provocano una paralisi progressiva; demenze presenili e senili, quali il morbo di Alzheimer o la malattia di Pick; arteriosclerosi cerebrale e atrofia cerebrale; oligofrenie derivanti, per esempio, da malformazioni congenite. Questa classificazione della dottrina coincide con la definizione di malattie mentali in senso stretto operata dalla giurisprudenza, che parla di "insufficienze cerebrali originarie e di quelle derivanti da conseguenze stabilizzate di danni cerebrali di varia natura", ossia, disturbi psichici su base organica che producono alterazioni dell'organismo clinicamente accertabili mediante esami quali l' EEG

³ "E la relativa indagine deve essere compiuta di volta in volta, poiché la malattia precedentemente diagnosticata può essere al momento guarita, o attenuata o localizzata in una determinata sfera di attività" (Cass., sez. III, 13 febbraio 1998, in Rep. Foro it., 1998, voce Imputabilità, n. 15).

(elettroencefalogramma), RX (radiografia del cranio), TAC e RMN (risonanza magnetica).

b) psicosi endogene o funzionali

Nell'ambito delle malattie in senso stretto idonee a escludere l'imputabilità penale rientrano, inoltre, le psicosi endogene o funzionali, disturbi psichici in relazione ai quali non è stato ancora dimostrato dalla sperimentazione psichiatrica che siano certamente dovuti ad alterazioni strutturali od organiche, ma che si ritengono comunque legati a una predisposizione o a un condizionamento biologico. Anche queste ultime rientrano nelle malattie in senso stretto o nei c.d. stati patologici che, secondo la giurisprudenza prevalente, seppure non provvisti di sicura base organica, sono idonee, per la loro intensità, a escludere totalmente o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere. Tra le psicosi endogene, ricordiamo la psicosi maniaco-depressiva o ciclotimia, detta anche "disturbo bipolare", e la schizofrenia. In particolare, la schizofrenia paranoidea, è idonea ed escludere l'imputabilità quando sia caratterizzata da profonda alterazione del rapporto con la realtà emergente da una sintomatologia costituita da allucinazioni uditive e visive, delirio di persecuzione, meccanismi ossessivi e simili.

c) epilessia

Tra i disturbi organici che non rientrano propriamente nelle psicosi ma sono comunque idonei a escludere la capacità di intendere e di volere, assume rilievo l'epilessia. "Per quanto riguarda le azioni commesse durante l'accesso epilettico, la non punibilità dell'agente è assolutamente pacifica".

d) abnormità psichiche

Le personalità abnormi “appartengono, dal punto di vista psichiatrico, a quella vasta zona che occupa lo spazio intermedio tra normalità ed anormalità, potendo secondo la varietà e l’intensità dell’anomalia psichica, accostarsi all’una o all’altra delle linee di confine”. In questa definizione si fanno rientrare, in genere, tutti quei disturbi del carattere, della personalità, del comportamento e del sentimento che, pur provocando delle reazioni abnormi o dei disturbi nell’elaborazione della realtà che influiscono sui processi di determinazione o di inibizione di un soggetto, non sono tali da alterare, in senso esclusivo o riduttivo, la capacità di intendere e di volere, in quanto, a differenza delle psicosi, “non comportano, di per sé, una perdita del senso della realtà e le loro manifestazioni si muovono ancora nell’ambito di una certa comprensibilità o non totale assurdità della reazione psichica⁴”

Così, secondo la giurisprudenza dominante, fino alla sentenza nr. 9163, non determinavano un infermità di mente rilevante ai fini dell’esclusione dell’imputabilità, le nevrosi (o neurosi) e le psicopatie (raggruppate secondo il D.S.M. nel “contenitore” dei “Disturbi della Personalità”), in quanto, per i motivi suddetti, non integravano il concetto di infermità richiesto dagli artt. 88 e 89, o, comunque, pur integrando il concetto di infermità, non erano sufficienti “per integrare un vizio parziale o totale di mente, i quali sono legati a una

⁴ “E la relativa indagine deve essere compiuta di volta in volta, poiché la malattia precedentemente diagnosticata può essere al momento guarita, o attenuata o localizzata in una determinata sfera di attività” (Cass., sez. III, 13 febbraio 1998, in Rep. Foro it., 1998, voce Imputabilità, n. 15).

condizione di incapacità dovuta a infermità, e non all'infermità di per sé stessa considerata⁵.

La Cassazione però, in una sentenza del 4 marzo 1997, precisava che tali anomalie "possono elevarsi a causa che incide sull'imputabilità solo quando su di esse si innesti o si sovrapponga uno stato patologico" , ossia, quando "queste si manifestino con elevato grado di intensità e con forme più complesse tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi⁶"

Tra le *abnormità psichiche* rientrano, secondo un orientamento consolidato:

1) le *degenerazioni dell'istinto sessuale, compresa la pedofilia*, salvo che siano il sintomo di uno stato patologico vero e proprio⁷, ossia, di una manifestazione morbosa rivelatrice della mancanza, totale o parziale, della facoltà intellettuale o volitiva;

2) la *sindrome ansioso depressiva*, in quanto, innestandosi in una iperemotiva personalità di base "determinata da un'esasperazione del rapporto del soggetto con l'ambiente, non è associabile ad alcuna entità nosologica⁸"

⁵ ROMANO M. - GRASSO G,33; "Per psicosi si intende un disturbo generalmente grave, con perdita di contatto con la realtà, sintomi inconsueti in soggetti normali (es. deliri, allucinazioni), scarsa coscienza di malattia; per nevrosi si intende un disturbo in genere meno grave, con conservazione del contatto con la realtà, sintomi che in proporzione ridotta possono trovarsi in chiunque (es. ansia, ossessioni), buona coscienza di malattia". (CASSANO G. B. [a cura di], op. cit., 9).

⁶ Cass., sez. I, 4 marzo 1997, in Rep. Foro it., 1998, voce Imputabilità, n. 10.

⁷ Trib. Firenze, 19 luglio 1998, in Rep. Foro it., 2000, voce Imputabilità, n. 15., 53 Assise A. Trento, 29 novembre 1994, in Rep. Foro it., 1996, voce Imputabilità, n. 6; Assise Perugia, 27 febbraio 1995, cit. 11

⁸ Cass., sez. I, 10 dicembre 1991, in Mass. Cass. Pen., 1993,V, 10.

3) la *schizoidia*, che è “una psicopatia che si manifesta con tendenze maniacali all’isolamento, all’apatia ed all’indifferenza verso la realtà esterna”. Lo schizoide ha piena capacità d’intendere e di volere, rientrando le strutture della sua personalità nella variabilità medio-normale⁹

4) la *marginalità e la devianza sociale maggiore*, le quali “non incidono sulla capacità di intendere e di volere, ove non si evidenzino nel quadro clinico significativi elementi patologici che, esulando dalle mere disarmonie comportamentali e da un alterato rapporto con la realtà, denotino turbe di carattere psichiatrico¹⁰”

e) *deficit intellettuale*

La mera allegazione di deficit di intelligenza del soggetto non è idonea a integrare una causa di non imputabilità. Infatti, la c.d. insufficienza mentale attiene alla sfera costituzionale della personalità individuale e ne caratterizza il grado di efficienza. Essa può assumere rilevanza solo in quanto assuma forme patologiche determinate. In particolare, l’oligofrenia e la frenastenia possono assumere rilevanza ai fini dell’esclusione dell’imputabilità solo allorché integrino uno stato patologico derivante, per esempio, da malformazioni congenite. In caso contrario, di regola, sono considerate come una “semplice fragilità mentale dovuta ad allentamento dei freni inibitori” .

f) *folia morale*

⁹ CARACCIOLI I,570; Cass., 3 marzo 1978, in Cass. Pen., 1980, 713.

¹⁰ Cass., sez. I, 23 settembre 1992, in Rep. Foro it., 1993, voce Imputabilità, n. 6.

La follia morale, o immoralità costituzionale, consiste nella completa mancanza di senso etico-morale e della capacità di distinguere il bene dal male. Il delinquente amorale, secondo la Relazione ministeriale, altri non sarebbe che il delinquente per tendenza, figura che viene caratterizzata dall'assenza totale di senso etico-sociale. Il delinquente per tendenza è pertanto caratterizzato dalla "amoralità e dalla speciale malvagità e pericolosità; ma, al tempo stesso, deve essere imputabile¹¹". Anche la giurisprudenza non esita a riconoscere pienamente imputabili i soggetti affetti da "follia morale per così dire allo stato puro¹²" in quanto ritiene che tale disturbo coinvolga solo la sfera morale e non le capacità intellettive e volitive del soggetto. Quando, viceversa, essa sia ricollegabile ad uno stato morboso (psicosi, demenza organica, deficit intellettivo, etc.), che interessi anche la sfera intellettiva e volitiva, l'imputabilità può essere ridotta o esclusa, ma, in questo caso, come correttamente si fa notare, "non è alla cosiddetta follia morale come tale che si finisce coll' accordare la dovuta rilevanza, ma alla infermità, causa effettiva del vizio di mente¹³".

Riduzione dei margini di incertezza del giudizio di imputabilità

Per la valutazione dell'imputabilità, il paradigma medico ad orientamento clinico-psicopatologico è divenuto quello preferenziale, anche nella giurisprudenza attuale, secondo cui, per riconoscere il vizio totale o parziale di mente, si ritiene condizione necessaria e

¹¹ Relazione ministeriale, cit., 394 ss

¹² MANTOVANI F, 713

¹³ Cass., 7 luglio 1986, in Riv. pen., 1987, 783. 65 Cass., 26 giugno 1968, in Cass. Pen. Mass. Ann. 1969, 1215. 12

sufficiente l'esistenza di uno stato o processo morboso, clinicamente accertabile, indipendentemente dall'accertamento di un suo substrato organico o da una sua classificazione nosografica. L'orientamento clinico-patologico, dunque, si differenzia dagli altri due indirizzi riconducibili al paradigma medico (biologico-organicistico e psichiatrico-nosografico) per aver favorito una maggiore apertura verso le abnormità psichiche. Alla prospettiva psicopatologica è riconducibile l'orientamento giurisprudenziale che vede nel criterio del valore di malattia il parametro di riferimento per riconoscere efficacia scusante ai disturbi psichici abnormi¹⁴, non inquadrabili, cioè, in una delle malattie mentali catalogate dalla nosografia psichiatrica e ai limiti della salute mentale. Una volta caduto infatti, ad opera della psichiatria, lo spartiacque della psicosi (sia essa esogena o endogena) come malattia psichica delimitante le patologie mentali escludenti l'imputabilità rispetto al disturbo psichico irrilevante penalmente, si è posto il problema di fissare un nuovo limite alle cause di inimputabilità¹⁵, per cui la giurisprudenza ha infine recepito che in materia di imputabilità, le deviazioni del carattere e del sentimento potevano elevarsi a causa che incidesse sull'imputabilità, solo quando su di esse si fosse innestato o si sovrapposto uno stato patologico che alterasse anche la capacità di intendere e di volere¹⁶. Quindi, *già prima della 9163, nella categoria dei malati di mente potevano rientrare anche dei soggetti affetti da nevrosi e psicopatie, ma non in via autonoma e specifica, nel caso che queste si manifestassero con elevato grado di intensità e con*

¹⁴ V. retro, sub cap. I, par. 4, lett. d).

¹⁵ BERTOLINO M., L'imputabilità, 429

¹⁶ Cass., sez. VI, 17 aprile 1997, in Rep. Foro it., 1998, voce Imputabilità, n. 14; v. anche Cass., 22 aprile 1997, cit. e Assise Perugia, 27 febbraio 1995, cit.

forme più complesse tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi¹⁷”

Rilevanza dei disturbi della personalità ai fini della imputabilità

In base al nuovo orientamento della Corte: *“non interessa tanto che la condizione del soggetto sia esattamente catalogabile nel novero delle malattie elencate nei trattati di medicina, quanto che il disturbo abbia in concreto l’attitudine a compromettere gravemente la capacità sia di percepire il disvalore del fatto commesso, sia di recepire il significato del trattamento punitivo”*.

La sentenza 9163 sottolinea che anche i disturbi della personalità possono in via autonoma e specifica entrare nel determinismo di un vizio di mente, totale o parziale, a condizione che siano particolarmente gravi. Ma quali caratteristiche deve avere un disturbo della personalità per essere considerato “grave” e, soprattutto, in che modo ed in quali circostanze può costituirsi in vizio di mente?

Inquadramento nosografico dei Disturbi della Personalità

Schneider¹⁸ nell’ambito delle personalità abnormi aveva isolato, come personalità psicopatiche, “quelle che per la loro abnormità soffrono o fanno soffrire la società: ambedue i tipi si sovrappongono”. Aveva precisato che “le personalità abnormi (e con esse quelle psicopatiche) non sono, nel nostro significato, nulla di

¹⁷ Cass., sez. I, 4 marzo 1997, in *Indice pen.*, 1998, 362.

¹⁸ SCHNEIDER K., *Klinische Psychopathologie*, Thieme Verlag, Stuttgart, 1950, III ed.

patologico. Non c'è nessun motivo per ricondurle a malattie o anche a malformazioni". Tale classificazione è rimasta sostanzialmente invariata fino all'avvento del D.S.M. nelle sue varie edizioni, in cui compare la nozione di "Disturbo della Personalità" la cui diagnosi dovrebbe essere fatta soltanto quando le caratteristiche si ricavano dall'analisi del funzionamento a lungo termine dell'individuo, e non sono limitate ad episodi ben definiti di malattia. Sul piano psichiatrico forense, la nozione di disturbo di personalità inclusa nel D.S.M. appare però insufficiente in riferimento agli indicatori di gravità; perciò, nella definizione di queste entità morbose è più opportuno richiamare concetti appartenenti alla psichiatria classica come ad esempio la nozione di Varianti abnormi dell'essere psichico:

A. *abnorme* è quell'individuo che abitualmente tiene condotte che si discostano dalle risposte comportamentali consuetamente emesse dai più (personalità psicopatiche e reazioni abnormi) o si difende con una sintomatologia che i più non utilizzano per affrontare i problemi dell'esistenza (personalità nevrotiche). Quindi è sulla presenza di determinati comportamenti abnormi o di determinati sistemi difensivi che si pone la diagnosi. In base alla condotta (amoralità, ipertimia, labilità, impulsività, immaturità, disforia, ecc.) o al sintomo prevalente (fobie, ossessioni, depressioni, equivalenti psicosomatici, conversioni, ecc.) nella nosografia classica è stata posta la diagnosi rispettivamente di nevrosi o di psicopatia.

B. *Le nevrosi o psiconevrosi* sono sindromi a patogenesi conflittuale, senza cause somatiche evidenti, costituite da sintomi, alcuni comuni a tutte (paura, angoscia, astenia, senso di insufficienza, depressione dell'umore, disturbi del sonno e delle

funzioni sessuali), altri peculiari di determinate varietà (fobie, ossessioni, equivalenti psicosomatici). Si accompagnano ad un quadro soggettivo di sofferenza (egodistonia), ad una consapevolezza di malattia conservata, ad un modo di vivere «a proprie spese», secondo criteri più o meno antieconomici (comportamento autoplastico). Sono assenti disturbi psicotici e il contatto con la realtà e gli altri è iperdeterminato da problemi di insufficienza e inadeguatezza e da sentimenti di colpa infondati (complesso di colpa e di inferiorità).

C. Le personalità psicopatiche raggruppano tutti quegli individui il cui «stile di vita» è caratterizzato in maniera abituale e pervasiva da modalità abnormi di risposta agli stimoli ambientali. Si tratta di risposte egosintoniche, prive di sensi di colpa, respicenza o rimorso, emesse a spese degli altri (condotte alloplastiche), in assenza assoluta di disturbi psicotici che intacchino le funzioni psichiche (tipo deliri o allucinazioni) e il rapporto e il contatto con la realtà e gli altri. La personalità appare ben conservata e non presenta segni di destrutturazione o di deterioramento. Sono assenti disturbi patologici maggiori a carico delle percezioni, del pensiero, dell'affettività, delle emozioni e del contatto con la realtà; sono presenti disforia; iperemotività e impulsività; suscettibilità; labilità emotiva o freddezza; abulia; isolamento e incapacità di integrarsi in un gruppo; instabilità comportamentale; fughe, tentativi di suicidio, condotte appetitive; promiscuità sessuale, egosintonia; alloplasticità.

Nell'ottica del *D.S.M.*, i Disturbi di Personalità si collocano sull'Asse II (Disturbi Mentali con caratteristiche di stato) e sono raccolti in tre gruppi:

1. "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";

2. 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";

3. il terzo gruppo include i Disturbi di Personalità Evitante (nel D.S.M.-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*¹⁹

(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

¹⁹ Kemali D., Maj M., Catapano F., Lobracc S., Magliano L., (1995), -a cura di-: International Classification of Disease . ICD 10. Capitolo V (F). OMS , Masson, Milano

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., sia nel D.S.M.-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).

La nozione di Disturbo Grave di Personalità

In ordine agli indicatori di gravità di un Disturbo della Personalità, i sistemi classificatori, nonostante il grande sforzo metodologico e sistematico, non forniscono che risposte generiche; pertanto l'approccio nosografico-descrittivo deve essere necessariamente integrato da un altro tipo di approccio, quello dinamico-funzionale, in maniera tale che il contenuto clinico e l'analisi dinamico-funzionale possano ben descrivere il quadro di infermità intesa quale riflesso di un disturbo sul funzionamento e quindi, in definitiva, sul comportamento.

Nozione di infermità sul piano dinamico-funzionale

Ogni comportamento umano è espressione del nostro funzionamento in un preciso contesto esistenziale e in un determinato periodo della nostra storia individuale. Qualsiasi disturbo di personalità si manifesta, in concreto, attraverso comportamenti tipici che servono per fare diagnosi. I sintomi e i segni sarebbero le strategie che il soggetto traduce in comportamenti e attraverso i quali manifesta il suo "modo di stare al mondo", il suo funzionamento. Schematicamente, l'analisi di tipo dinamico-funzionale consente di operare le seguenti distinzioni:

PERSONALITA' NORMALE	PERSONALITA' PATOLOGICA
<i>Identità dell'Io</i> (integrazione del Sé e dell'Altro significativo, coerenza interna,	<i>Diffusione della Identità</i> (assenza di coerenza interna e di capacità di

autostima, autonomia, gioia di vivere)	distinguere il mondo interno da quello esterno, l'Io dal Non-IO)
<i>Forza dell'IO</i> (disponibilità affettiva, capacità di controllo delle emozioni e degli impulsi, capacità di sublimazione, coerenza, creatività e perseveranza nel lavoro e nelle relazioni interpersonali)	<i>IO debole</i> (dipendenza stretta da emozioni e impulsi poco controllabili, incostanza e incoerenza negli affetti e nelle relazioni interpersonali, sfiducia in Sé e negli altri)
<i>Super-IO integrato e maturo</i> (interiorizzazione di un sistema di valori e di riferimenti stabile individuale, responsabile, realistico, autocritico, rispettoso delle norme sociali e dei valori)	<i>Super-IO arcaico o dipendente</i> (sadico, persecutorio, scisso o eccessivamente dipendente dalle proibizioni infantili)
<i>Gestione appropriata dell'aggressività e della sessualità</i> (empatia e investimenti emotivi nel rispetto della relazione oggettuale, capacità di tenerezza e di coinvolgimento emotivo; capacità di affrontare gli attacchi senza reazioni eccessive)	Gestione inappropriata dell'aggressività e della sessualità (incapacità a 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)
<i>Costanza nell'ambivalenza della relazione con l'oggetto interiorizzato</i> (gli oggetti sono contemporaneamente buoni e cattivi; bassa attivazione emotiva).	<i>Scissione della relazione con l'oggetto</i> (gli oggetti sono o idealizzati o persecutori; intensa attivazione emotiva).

Per comprendere gli aspetti dinamico-funzionali che soggiacciono ad un tipo particolare di funzionamento psicopatologico, evidentemente risulta centrale la nozione di "IO" inteso quale infrastruttura psichica definita dalla sue funzioni:

1. *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.);

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

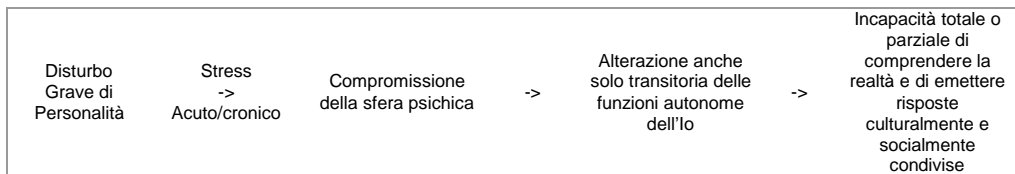
3. *Funzioni Previsionali*: progettazione, previsione e valutazione delle possibili conseguenze delle risposte che possono essere emesse (analisi, critica e giudizio);

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

5. *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).

L'autonomia funzionale dell'Io consiste nella possibilità attiva che l'Io ha di emettere attraverso il Sé risposte adeguate e adattate (di rispondere, cioè, in maniera adeguata e funzionale alle sollecitazioni molteplici e variate che provengono dall'ambiente). Essa è garantita dall'integrità di tutte le funzioni sopraelencate (identità dell'Io) e tra loro intimamente connesse (il "buon" funzionamento). Secondo questa prospettiva, la capacità di intendere e di volere si traduce nella capacità, sempre condizionata, che l'individuo ha di comprendere (cioè conoscere con partecipazione emotiva) la realtà che lo circonda e di emettere risposte socialmente e culturalmente condivise. Quando tali risposte non sono tali, possono (non debbono!) essere frutto di una compromissione della sfera psichica (affettiva, emotiva, volitiva, cognitiva) "idonea" ad ingenerare un disturbo, anche solo transitorio, delle funzioni autonome dell'Io.

L'infermit  diventa giuridicamente rilevante quando incide in maniera rilevante e grave sulle funzioni autonome dell'io (il "quid novi" o "quid pluris") e conferisce in tal modo "significato di malattia" all'atto.



"Disturbo" Borderline

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

Il Disturbo Borderline di Personalit  [301.83]   caratterizzato da "una modalit  pervasiva di instabilit  delle relazioni interpersonali, dell'immagine di s  e dell'umore e una marcata impulsivit , comparse nella prima et  adulta e presenti in vari contesti, come indicati, da uno (o pi ) 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'identit : immagine di s  e percezione di s  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*.

Evoluzione storica²⁰ del concetto di "Borderline"

Nel periodo prepsicoanalitico, circa un secolo fa, l'interesse dei primi alienisti era rivolto principalmente alle due psicosi maggiori (la schizofrenia, allora chiamata demenza precoce, e la psicosi maniaco-depressiva). Mano a mano però che si andava diffondendo la pratica ambulatoriale, che vedeva ad esempio gli ipnotisti guadagnare una certa popolarità, i clinici incominciarono ad osservare delle forme di comportamento anormale che si potevano situare "a metà strada" tra la normalità e la follia: è proprio a questo periodo quello che si può datare la nascita del concetto di borderline. Tra i primi autori che si avvicinarono ad esso si possono ricordare Hughes (1884) e poi Rosse (1890), il quale parlò esplicitamente di borderline insanity per definire coloro che oscillavano alternativamente tra la ragione e la follia. In seguito i neuropsichiatri incominciarono a notare sempre di più delle forme morbose che si differenziavano dalle psicosi classiche o che sembravano delle forme attenuate di esse. Anche se Kraepelin e Bleuler non usarono mai il termine borderline, il primo parlò di "temperamenti" (depressivo, maniacale, irritabile, e ciclotimico), e il secondo riconobbe che non tutti i pazienti affetti da demenza precoce (che lui ridefinì col termine di schizofrenia) deterioravano così come credeva Kraepelin, ma che mostravano in realtà dei decorsi attenuati e senza deterioramento. Molti di questi pazienti

²⁰ P. Magone, trascrizione integrale da *Il Ruolo Terapeutico*, 1990, 55: 30-34

probabilmente erano quelli che dovevano poi essere chiamati borderline, e si faceva strada il concetto che esistevano delle forme morbose che erano appunto al bordo delle psicosi.

Con l'entrata in scena della psicoanalisi, il dibattito attorno al quadro clinico che più tardi doveva essere definito borderline si spostò, e incominciò a riferirsi prevalentemente alla analizzabilità o meno dei pazienti, ovvero alla loro capacità di sviluppare un transfert. Come è noto, Freud (1915) originariamente distinse le "nevrosi di transfert" dalle "nevrosi narcisistiche", laddove le prime (isteria e nevrosi ossessiva) erano trattabili col metodo psicoanalitico, mentre le seconde (paranoia e schizofrenia) erano refrattarie, poiché i pazienti secondo lui erano incapaci di sviluppare un transfert sull'analista. Ma presto vari psicoanalisti si resero conto che vi erano molte forme collocabili in un'area intermedia tra le nevrosi e le psicosi, sia nel senso che vi erano delle forme apparentemente nevrotiche ma difficili da trattare, sia nel senso che vi erano dei casi vicini alla psicosi (se non addirittura manifestamente psicotici) che attiravano sempre di più l'interesse di certi analisti nello sperimentare il metodo psicoanalitico, allargando così i confini della psicoanalisi come terapia. Ad esempio già nei primi anni del secolo Maeder (1910) e Bjerre (1912) riportarono coraggiosi tentativi di trattare paranoici e schizofrenici col metodo psicoanalitico; la parola borderline non veniva quasi mai usata, e nei rari casi in cui si usava (vedi ad esempio Moore, 1921) essa si riferiva a forme al bordo delle psicosi, a volte della psicosi maniaco-depressiva. Anche nei tardi anni '30, quando il termine borderline divenne finalmente familiare (ma solo nella cultura della psichiatria

nordamericana, che com'è noto era fortemente influenzata dalla psicoanalisi), esso si riferiva a pazienti scarsamente analizzabili in quanto situati tra le nevrosi e le psicosi. Generalmente in questo periodo la psicosi maggiore al cui bordo si riteneva potesse collocarsi il disturbo borderline era la schizofrenia, più che la psicosi maniaco-depressiva, come era alluso molto esplicitamente dai termini di volta in volta usati.

Queste ad esempio sono alcune delle definizioni che si riferiscono più o meno direttamente all'area borderline, elencate cronologicamente secondo l'anno in cui ogni singolo autore le ha coniate: "nevrosi borderline" (Clark, 1919), "paratassie in certi stati mentali borderline" (Moore, 1921), "carattere impulsivo" (W. Reich, 1925), "schizofrenia incipiente" (Glover, 1932), "schizofrenia atipica" o "schizoafettiva" (Kasanin, 1933), "schizofrenia ambulatoriale" (Zilboorg, 1941), "personalità come se" (H. Deutsch, 1942), "psicosi latente" (Federn, 1947), "schizofrenia pseudonevrotica" (Hoch & Polatin, 1949), "schizofrenia latente" (Bychowsky, 1953), "carattere psicotico" (Frosch, 1954, 1960), "schizofrenia attenuata" (Ekstein, 1955), "isteroidi" (Easser & Lesser, 1965), "psicosi atipica" (Mitsuda, 1965), "schizofrenia borderline" (Kety et al., 1968), "disforia isteroide" (D. Klein & Davis, 1969; D. Klein, 1977), "psicosi borderline" (Aarkrog, 1973), "pazienti indignantabili" (Welner et al., 1973), "disturbo subaffettivo" (Akiskal, 1981), e così via. L'uso del termine borderline, che divenne comune verso circa la metà del secolo, veniva usato in genere per connotare due significati diversi: 1) disturbi non manifestamente psicotici e a prima vista analizzabili, ma in seguito trovati refrattari alla psicoanalisi; 2) disturbi in un

qualche modo collegati con la schizofrenia. La semplice definizione di "borderline", senza altra specificazione, fu usata da vari autori, tra i quali si possono ricordare i seguenti: Oberndorf, 1930; A. Stern, 1938; Schmideberg, 1947; Knight, 1953; Kernberg, 1967; Grinker et al. 1968; Mahler, 1971; Gunderson & Singer, 1975; Spitzer et al., 1979; e così via.

Tra questa ultima schiera di ricercatori vanno segnalati tre pionieri che diedero importanti contributi nel diffondere il termine borderline e nel definirne le caratteristiche: essi furono, nell'ordine cronologico dei loro principali studi, A. Stern (1938), Knight (1953), e Grinker et al. (1968). Adolph Stern (1938), con notevole intuizione clinica, descrisse i borderline come persone ipersensibili, "narcisistiche" (nel senso di idealizzare e svalutare alternativamente il terapeuta), con spiccato senso di inferiorità, propense ad usare meccanismi proiettivi (a volte fin quasi a raggiungere spunti deliranti), ecc. Circa 15 anni dopo Robert Knight (1953) invece sottolineò come questi pazienti nascondessero, dietro un apparente funzionamento tipicamente nevrotico, una "regressione" e una severa debolezza dell'io; anche se era incline a vederli come all'ombra della schizofrenia, Knight però li concepì come una entità nosografica abbastanza autonoma, inaugurando così una tendenza in questo settore che dura fino ai nostri giorni. Infine, negli anni '60 Roy Grinker Sr. et al. (1968) in una importante ricerca fecero un ulteriore passo nel sistematizzare la diagnosi di disturbo borderline come entità autonoma. I loro criteri diagnostici, basati prevalentemente su comportamenti osservabili, erano i seguenti: ipersensibilità alle critiche, paura e inadeguatezza nei confronti dei rapporti intimi, disturbi dell'identità, bassa

autostima, tendenza alla depressione, difese primitive (negazione e proiezione), sospettosità, presenza di rabbia come emozione prevalente, ecc. L'analisi fattoriale dei loro dati suggerì 4 sottotipi: 1) al bordo della psicosi, con lacune nell'esame di realtà e comportamento inappropriato; 2) borderline veri e propri o "nucleari", con identità diffusa, acting out aggressivi, ecc.; 3) personalità "come se", prive di affettività, apparentemente adattate ma poco genuine o spontanee; 4) al bordo della nevrosi, con depressioni anaclitiche e tratti narcisistici. Siamo così arrivati alla fine degli anni '60 e ai primi anni '70. In questo periodo incominciano ad uscire i primi contributi di Kernberg (1967), un autore molto influente che dovrà poi diventare un punto di riferimento non solo per la psicoanalisi ma anche per vasti settori della psichiatria accademica. Anche se essi sono essenzialmente di tipo psicoanalitico, si distinguono per la loro chiarezza e sintesi di filoni diversi di pensiero. Otto Kernberg (1975, 1976, 1980, 1984) infatti si ispira a varie fonti, integrando la tradizione psicoanalitica nordamericana della Psicologia dell'Io con quella inglese legata alla teoria kleiniana e alla scuola delle relazioni oggettuali. La concezione di Kernberg prevede una "organizzazione borderline di personalità" (fig 1.²¹), che si colloca tra le nevrosi e le psicosi, che non è però da intendersi come un preciso quadro sintomatologico, ma come una modalità di funzionamento essenzialmente intrapsichica, specifica e stabile nel tempo. Egli prevede tre "criteri diagnostici", di tipo non descrittivo ma psicodinamico, che sono i seguenti: 1) presenza di diffusione di identità, 2) esame di realtà conservato, e 3)

²¹ Trattato Italiano di Psichiatria (a cura di G.B. Cassano et al.), 3 voll., II edizione, Masson, 2000

meccanismi di difesa primitivi (negazione, scissione, identificazione proiettiva, onnipotenza, svalutazione, idealizzazione primitiva, ecc.). Inoltre considera anche altri criteri meno specifici, non essenziali per fare diagnosi, quali bassa tollerabilità dell'ansia, basso controllo dell'impulsività, limitate capacità sublimatorie, ecc. I tre principali criteri diagnostici (identità, esame di realtà, difese) servono anche per definire le strutture nevrotiche e psicotiche: rispettivamente, nelle nevrosi vi sarebbero identità integrata, presenza di esame di realtà, e difese mature (rimozione, formazione reattiva, isolamento, razionalizzazione, intellettualizzazione, ecc.), mentre nelle psicosi identità diffusa, assenza di esame di realtà, e difese primitive; è prevista anche una "intervista strutturale" per fare diagnosi (Kernberg, 1981; 1984, cap. 2), basata su un colloquio in cui si osserva l'interazione del paziente con l'intervistatore nel transfert. Il modello di Kernberg presenta senza dubbio dei vantaggi, quali quello di essere abbastanza preciso se paragonato ad altri approcci psicoanalitici, e di avere una certa utilità nel rapporto psicoterapeutico permettendo di osservare l'evoluzione della struttura psichica nel tempo. Presenta però anche degli svantaggi, quali quello di richiedere un notevole livello di inferenza, rendendolo molto meno attendibile dei sistemi puramente descrittivi, e soprattutto non va dimenticato che la struttura borderline di personalità di Kernberg è comune non solo al disturbo di personalità borderline del D.S.M., ma naturalmente anche a tutti gli altri disturbi di personalità e ad ancora altri disturbi del D.S.M., occupando appunto la vasta area nosografica tra le nevrosi e le psicosi.

Il lavoro invece iniziato da Grinker e dal suo gruppo, teso a delimitare i bordi del disturbo borderline in senso più strettamente fenomenologico-descrittivo, fu continuato idealmente da John Gunderson, il quale, pur dotato anche di una formazione psicoanalitica, produsse una ricerca descrittiva che tutt'ora viene considerata un importante punto di riferimento e che influì notevolmente negli sviluppi futuri delle ricerche e nella produzione poi anche del D.S.M.. Gunderson & Singer (1975) perfezionarono il lavoro di Grinker et al. (1968) nel senso che usarono lo stesso approccio descrittivo, e in più formularono una "Intervista Diagnostica per i Borderline" (Diagnostic Interview for Borderlines: DIB) volta a mettere in luce i suoi criteri diagnostici. Questi sono sei: 1) basso rendimento lavorativo; 2) impulsività (abuso di sostanze, promiscuità, ecc.); 3) gesti suicidari di tipo manipolatorio; 4) brevi o lievi episodi psicotici; 5) buon livello di socializzazione, anche se costituito da un superficiale adattamento che nasconde un disturbo dell'identità e identificazioni rapide e fluttuanti con gli altri; 6) disturbo nei rapporti intimi, manifestato da due tipi di comportamenti: a) tendenza alla depressione in presenza della persona amata, e tendenza alla rabbia, ai gesti suicidari o a reazioni psicotiche se la persona amata minaccia la separazione o se si rimane soli, e b) prevalenza in generale della rabbia piuttosto che del calore emotivo. Si può dare un punteggio da 0 a 2 nelle cinque principali categorie di sintomi (i criteri 2 e 3 sono uniti in una sola categoria ai fini del punteggio), e si deve raggiungere un punteggio uguale o superiore a 7 per fare diagnosi; inoltre bisogna escludere un abuso grave e cronico di sostanze, e una diagnosi di personalità antisociale.

Il sistema di Gunderson, se paragonato a quello di Kernberg, ha dei vantaggi, poiché richiede meno inferenze, essendo quindi utilizzabile anche da operatori privi di training psicoanalitico, ed è anche molto più attendibile. Il fatto di essere più ristretto però lo rende meno adatto a diagnosticare tutta quella gamma di pazienti che tradizionalmente venivano considerati come borderline: se infatti si calcola che circa 1/10 della

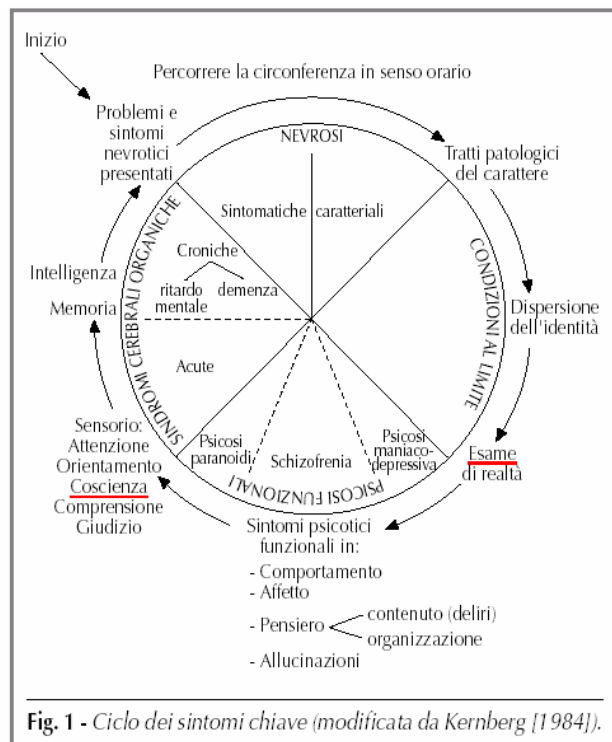


Fig. 1 - Ciclo dei sintomi chiave (modificata da Kernberg [1984]).

popolazione rientrerebbe nella diagnosi strutturale di Kernberg, solo 1/3 di questi sarebbero diagnosticati borderline secondo i criteri di Gunderson (M. Stone, 1985). Veniamo al concetto di borderline così come è stato espresso nel D.S.M. (American Psychiatric Association, 1980), cioè a quella che forse è la più importante tappa nella storia della nosografia psichiatrica dei disturbi borderline così come dei disturbi mentali in generale. Spitzer e la sua Task Force per costruire il D.S.M. fecero un notevole sforzo per offrire ai clinici una diagnosi di borderline che fosse nel contempo precisa, attendibile, valida, e utilizzabile da operatori di tutte le tendenze. Per procedere in questa direzione essi compiono una serie di operazioni. Innanzitutto, come

è noto, essi decisero di inserirla all'interno dei disturbi di personalità, cioè nell'asse II del D.S.M.. Poi, per cercare di non rompere con una certa tradizione storica che concepiva i disturbi borderline come vicini alla schizofrenia se non addirittura come forme attenuate di essa, essi (Spitzer et al., 1979) iniziarono col raccogliere un insieme di criteri diagnostici che comprendessero sia le caratteristiche cosiddette "schizotipiche" (cioè vicine alla schizofrenia), che i borderline in senso stretto (derivandoli dai criteri di Kernberg e di Gunderson). Ne risultarono un insieme di criteri diagnostici che si riferivano a queste due diverse concezioni del termine borderline: da questi Spitzer isolò due diverse diagnosi, costituite da otto criteri diagnostici ciascuna, e chiamò la prima "borderline schizotipica" (vicina alla schizofrenia), e la seconda "borderline instabile" (i tipici pazienti arrabbiati, impulsivi e depressi descritti da Kernberg e Gunderson). La prima perse la connotazione di "borderline" e nel D.S.M. diventò la personalità "schizotipica", mentre la seconda perse la connotazione di "instabile" e divenne tout court la personalità "borderline" del D.S.M.. Come si è detto, i suoi criteri diagnostici furono derivati sostanzialmente dai criteri di Kernberg e di Gunderson, e precisamente in questo modo: 1) rapporti interpersonali instabili e intensi (Gunderson), 2) impulsività (sia Kernberg che Gunderson), 3) instabilità dell'umore (Gunderson), 4) rabbia intensa e inappropriata (Gunderson), 5) comportamenti fisicamente autolesivi (Gunderson), 6) disturbo di identità (Kernberg), 7) cronici sentimenti di vuoto e di noia (descritti da Kernberg in molti dei suoi scritti sui borderline, anche se non esplicitamente nei suoi criteri diagnostici), 8) difficoltà a tollerare la solitudine (Gunderson). Quindi il tipico quadro clinico dei borderline

che emerge è quello di un paziente arrabbiato, depresso e impulsivo, il quale, per la sua instabilità dell'umore, può essere considerato non più tanto imparentato con la schizofrenia, quanto forse maggiormente con la psicosi maniaco-depressiva. Le caratteristiche più tipicamente considerate vicine alla schizofrenia (isolamento sociale, sospettosità, idee di riferimento, inappropriatezza, ecc.) vengono infatti assegnate alla diagnosi di personalità schizotipica. Per ulteriori dettagli sull'evoluzione del concetto di borderline, si vedano anche le preziose monografie di Mack (1975), Perry & Klerman (1978), M. Stone (1980, 1986a), Millon (1981), e, in italiano, Lingiardi & Madeddu (1990), Maffei (1993), Paris (1993, 1996), Cotugno & Benedetto (1995), ecc.

II Funzionamento Borderline e la nozione di Disturbo Grave di Personalità²²

Dal momento che la categoria diagnostica "comprime e pietrifica" stati d'animo, sofferenze, esperienze vissute, significati psico(pato)logici occorre andare oltre una diagnosi di struttura o di organizzazione.

La Struttura 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 della struttura 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.

Il funzionamento borderline è un funzionamento fondamentalmente "debole", confusivo, intensamente disforico, affettivamente instabile e ricco di atteggiamenti improntati a rabbia distruttiva; la problematica soggettiva è vissuta e agita secondo modalità scissionali; un tipico Borderline tenta debolmente di mobilitare difese narcisistiche o paranoide che 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 struttura di personalità, in condizioni di stress acuto o cronico, può slittare verso l'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

²² 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

incongrui) o deragliare verso l'alterazione dell'esame di realtà con sintomi dissociativi e illusionali, allucinazioni, ideazione delirante paranoide, severa compromissione dell'umore, comportamenti bizzarri e incongrui (Minipsychosen²³); quindi si va dal registro psicotico (alterazione del senso di realtà) fino alla psicosi franca che può manifestarsi sia in forma delirante acuta che maniacale iperacuta. Per sintetizzare, un disturbo grave di personalità si configura quando si manifestano:

1. 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),

2. 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),

²³ 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., Moral responsibility and borderline personality disorder, Australian a. New Zealand J. Psychiatr, 37, 270-276, 2003.).

3. ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego),

4. alterazioni transitorie del sentimento di realtà con 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 (slittamento verso il registro psicotico) ovvero...

5. alterazioni transitorie dell'esame di realtà con ideazione paranoide, grave compromissione del tono dell'umore, comportamenti bizzarri e incongrui (franca psicosi delirante o maniacale). Questo quadro coincide largamente con il Funzionamento Borderline in fase di scompenso.

La valutazione psichiatrico-forense del disturbo grave di personalità.

Nella prassi, oggi tendono ancora a contrapporsi due diversi orientamenti in tema di valutazione psichiatrica forense: uno auspica un sempre più stretto vincolo ed un maggior rigore nosografico e l'altro, che ritiene che il giudizio sull'imputabilità prescindano in gran parte dalla nosografia. La nosografia è lo studio puramente descrittivo delle malattie ed il criterio nosografico differenzia rigorosamente i vari disturbi in funzione della formulazione delle diverse diagnosi. Dalla diagnosi derivano poi rigorose conseguenze in ordine alla responsabilità, all'imputabilità, alla pericolosità. Ma il solo criterio nosografico, che dovrebbe conferire certezza, in realtà non risolve il problema della traduzione della diagnosi in valutazione

psichiatrica o psicologico-forense e rende elevato il rischio di un ampliamento delle eccezioni di ininputabilità. Il riferimento nosografico allora è inutile, o utile solo per omogeneità di linguaggio.

Comunque, la domanda ultima che sempre ci si pone è: *“ma quella persona (autore o vittima) era in grado di prendere una decisione adeguata o la sua capacità era compromessa e in quale misura?”. E’ dunque sulla capacità/incapacità di prendere decisioni (l’autodeterminazione, il volere) che si concentra ogni attenzione e discussione clinica e forense.*

La Struttura Borderline di Personalità, intesa non come quadro nosografico, ma come tipo particolare di funzionamento psicopatologico, può integrarsi in reati-sintomo in quanto transitoriamente può dar luogo a slittamenti psicotici. Questo tipo di organizzazione può trovarsi anche nel Disturbo Narcisistico e in quelli Paranoide, Istrionico, Antisociale, Schizoide e Schizotipico. Il Funzionamento Borderline (per certi aspetti, anche il Disturbo Borderline) si integra nella nozione di disturbo grave della personalità ed ha caratteristiche transnosografiche. Rabbia eccessiva e inappropriata (rivolta contro se stessi e/o contro altri) isolamento, scontroosità, (alterazioni del funzionamento comportamentale, alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale) e instabilità dell’umore costituiscono due tratti propri del Funzionamento Borderline, e per certi aspetti del Disturbo Borderline, di per sè 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 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).

Il "valore di malattia" accordabile ad un atto non si correla dunque semplicisticamente a un disturbo sia pur Grave di Personalità o a un Disturbo Psicotico, bensì al sottostante funzionamento psicopatologico in fase di scompenso (il quid novi e il quid pluris). Infatti, in ambito di valutazione forense, è necessario che l'atto rappresenti l'espressione di un' alterazione funzionale patologica in fase di slittamento verso il registro psicotico ovvero in fase di franco

scompenso psicotico, 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” in ordine ai relativi agiti che possono riguardare aspetti diversi del comportamento (condotte sessuali, appetitive, lavorative, relazionali, e altro).

Inoltre, 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 compromesso l'esame di realtà, tanto più compromessa sarà l'autonomia funzionale dell'Io, incoordinato e non pianificato il passaggio all'atto, sia in premessa, sia nel suo sviluppo, sia nelle azioni immediatamente successive e viceversa.

In sintesi:

a) la presenza nell'autore di reato di tratti o disturbi nevrotici o psicopatici (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;

b) 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;

c) 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. Nel complesso, il “valore di malattia” o il “significato di infermità” del reato, è quindi legato verosimilmente alla presenza/assenza dei seguenti indicatori:

1. presenza di fattori stressanti che precedono lo scompensamento;
2. frattura rispetto allo stile di vita abituale;
3. evidente sproporzione della reazione (il “quid novi” e il “quid pluris”);
4. compromissione dello stato di coscienza e presenza di amnesia;
5. disturbi della percezione;
6. idee deliranti non organizzate;
7. gravi turbe dell'affettività e del tono timico;
8. comportamento disorganizzato.

La ricerca di indicatori di gravità di un disturbo di personalità si articola attraverso l'individuazione, in quel comportamento di:

1. disturbi/sintomi di angoscia; nevrosi polisintomatica; tendenze schizo-paranoidi e narcisistiche; fluttuazioni del tono timico; comportamenti contraddittori e scissionali; mancanza di empatia;

2. loro persistenza nel tempo;

3. analisi dinamico-strutturale: (transitoriamente) a. diffusione dell'identità; b. ricorso all'uso di meccanismi di difesa primitivi; c. alterazioni nell'esame di realtà o del sentimento di realtà; d. relazioni oggettuali non integrate;

4. tipo e grado di compromissione del funzionamento intra- e interpersonale (incidenza negativa su abilità e inserimento sociali; sessualità; condotte di dipendenza; insight); notizia di eventuali scompensi psicotici temporanei (perdita dell'esame di realtà; disturbi dello stato di coscienza; angoscia e disturbi dell'umore; sintomi positivi disorganizzati e polimorfi);

5. indagine psicodiagnostica attraverso il test di Rorschach (e altri che ogni clinico ama applicare in aggiunta, non al posto del Rorschach).

Una diagnosi di disturbo grave di personalità richiede, dunque, una integrazione tra l'approccio dinamico-strutturale e quello descrittivo-categoriale.

Pertanto, premesso un inquadramento diagnostico che soddisfi i criteri D.S.M. (o I.C.D.-10) del Disturbo di personalità, è indispensabile passare al secondo livello, che ha come obiettivo quello di esplorare il funzionamento intra- ed inter-personale di

quell'individuo (dal "che cosa ha" al "chi è") inquadrandone la gravità (struttura borderline -> alterazione delle funzioni autonome dell'Io), e se quel particolare funzionamento sia confluito transitoriamente in un quadro di scompenso capace di integrarsi in una condotta-sintomo (valore di malattia).

Conclusioni

La ricerca di indicatori di gravità in un Disturbo della Personalità è un processo complesso e delicato , pertanto, nel caso specifico, la procedura d'analisi deve tener conto principalmente degli aspetti dinamico-funzionali del comportamento intesi quali espressione e sviluppo psicopatologico di una sottostante organizzazione.

La struttura di personalità, che trans-nosograficamente è compatibile con un grave disturbo della personalità è appunto la Struttura Borderline, da intendersi non come insieme di dimensioni psicopatologiche cristallizzate e "censibili" nosograficamente, bensì quale tipo particolare di funzionamento psicopatologico.

In definitiva, un disturbo di personalità può essere considerato "grave" quando si manifesta in comportamenti largamente improntati alle caratteristiche di un funzionamento borderline, in cui si rilevino alterazioni transitorie delle funzioni autonome dell'Io con riguardo ai sentimenti di identità/realtà e all'esame stesso di realtà secondo lo schema:

D. di personalità (non borderline)	D. Grave di Personalità	D. Psicotico
---	--------------------------------	---------------------

<p>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.</p>	<p>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).</p>	<p>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.</p>
---	---	---

In presenza di un funzionamento borderline, se la genesi (progettazione) e la dinamica (esecuzione) del comportamento criminale indicano che nello svolgimento nel resoconto 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.