

CONDIDERAZIONI CLINICHE E VALUTAZIONI IN AMBITO PERITALE*

di

Paolo Capri

*Psicologo, Psicoterapeuta
Presidente Istituto di Formazione CEIPA
VicePresidente Associazione Italiana Rorschach
Componente Esperto Commissione Deontologica
Ordine degli Psicologi del Lazio*

** Newsletter AIPG n°17, anno 2004*

Una delle questioni fondamentali, in ambito penale, è quella relativa alla imputabilità connessa alla capacità di intendere e di volere e cioè alla valutazione dei vari livelli di consapevolezza da parte di un individuo in rapporto alle proprie azioni e alle loro conseguenze sociali.

Ciò in relazione all'infermità mentale, allorché si ritiene che essa sia ad un livello tale da determinare la totale incapacità di intendere o di volere, o comunque che sia, la stessa, "grandemente scemata".

Ricordiamo a questo proposito i relativi articoli del codice penale:

art. 85 c.p.: "nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato se, al momento in cui l'ha commesso non era imputabile. E' imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere".

art. 88 c.p.: "non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era per infermità in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere" (vizio totale di mente).

art. 89 c.p.: "chi, nel momento in cui ha commesso il fatto era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita" (vizio parziale di mente).

Il quesito peritale, infatti, nella perizia in ambito adulti, è legato al fatto di valutare se e come un eventuale disturbo psicopatologico possa avere influito, in quel momento, su un determinato comportamento di un individuo che ha commesso un reato, tanto da escludere o da scemare grandemente la sua capacità di intendere o di volere.

Da qui l'interesse per l'imputabilità in rapporto soprattutto alle *Psicosi* e ai *Disturbi di Personalità*, disturbi questi ultimi con caratteristiche proprie che non sembrano comuni ad altre sindromi, mentre la categoria delle *Nevrosi*, solitamente, non viene fatta rientrare dalla letteratura specializzata nel concetto di infermità mentale e dunque nella categoria giuridica dell'inimputabilità.

In ambito civile, invece, nelle valutazioni sulle capacità genitoriali in coppie che si contendono i figli, l'osservazione deve necessariamente tenere conto di ogni alterazione della personalità, non solo per ciò che attiene ai disturbi mentali veri e propri con deficit dell'esame di realtà - che ovviamente sono quelli presi per primi in considerazione - ma anche forme varie di disturbi all'interno dei quali spesso vengono collocate alcune *nevrosi* e alcuni *disturbi di personalità*.

Per questi motivi, sembra utile fornire schematicamente una breve e non esaustiva descrizione delle grandi categorie diagnostiche, da quelle classiche a quelle introdotte successivamente (*Nevrosi*, *Psicosi*, *Disturbi di Personalità*), in quanto ormai l'elaborazione di un profilo di personalità e di una diagnosi clinica differenziale avviene in ogni tipo di consulenza o perizia, sia in ambito adulti che minorile.

PSICOSI

Viene definita come una *malattia mentale*, condizione patologica di sovvertimento della struttura

psichica nei rapporti tra rappresentazione ed esperienza, ricordi e vita vissuta, emozioni e concetti che le esprimono

In generale, i disturbi definiti “psicosi” si distinguono dagli altri gruppi di disturbi psicopatologici per una o più delle seguenti caratteristiche:

1. Gravità: le psicosi sono disturbi più gravi, intensi e disgregativi; tendono a colpire tutti i campi della vita della persona.
2. Grado di ritiro: vi è meno capacità di mantenere rapporti efficaci con l’oggetto; la realtà oggettiva esterna ha poco significato per il paziente o viene percepita in modo distorto.
3. Affettività: spesso le emozioni sono qualitativamente differenti da quelle considerate “normali”; altre volte sono quantitativamente così esagerate che occupano tutta quanta l’esistenza della persona.
4. Intelletto: le funzioni intellettive possono essere interessate direttamente dal processo psicotico fino al punto che linguaggio e pensiero ne sono disturbati; il giudizio spesso è incongruo; possono comparire allucinazioni e deliri.
5. Regressione: possono prodursi una deficienza generalizzata di funzionamento e un arretramento a livelli comportamentali molto primitivi; questa regressione è qualcosa di più di un temporaneo collasso nel processo di maturazione, e può includere un ritorno a modelli iniziali e perfino primitivi.
6. Assenza di autocritica: ovvero, nella persona con disturbo psicotico non c’è coscienza chiara del carattere patologico dei suoi disturbi.

Le caratteristiche centrali della psicosi sono dunque la destrutturazione della realtà esterna così come viene percepita e vissuta, e la destrutturazione della propria unità interna e identità psicologica. Questa doppia destrutturazione si traduce in una incompleta distinzione fra tre tipi di rapporti, che invece sono tenuti chiaramente separati nella persona “normale”:

il rapporto fra sé e il proprio corpo;

il rapporto fra il proprio corpo e il mondo esterno;

il rapporto fra sé e il mondo esterno.

Proprio per questi aspetti, di sostanziale alterazione dell’esame di realtà e di incapacità di percepire il proprio stato psicopatologico, il legame fra i disturbi psicotici e il reato può assumere la configurazione giuridica della incapacità di intendere e di volere.

NEVROSI

E’ generalmente considerata una condizione di sofferenza della psiche, di natura assai varia, che si manifesta con ansia, irritabilità, fobie, ossessioni, compulsioni, e anche disturbi a carico di determinati organi corporei, ma non intacca i processi intellettivi né deteriora la personalità nel suo complesso; è essenzialmente connessa a situazioni conflittuali, dovute a motivi psicologici, come, ad esempio, esperienze emotive non risolte, specialmente nella prima infanzia, o traumi non affrontati e non superati.

Nell’osservazione e nella valutazione clinica le nevrosi comprendono disturbi psichici che differiscono dalle psicosi per i seguenti tratti:

1. Conservazione della capacità di discriminazione tra realtà esterna e interna, senza alterazione del giudizio di realtà.
2. Alterazione solo quantitativa della capacità di comunicazione o conservazione della stessa.
3. Presenza di coscienza di disturbo.
4. Presenza di disturbi del comportamento di entità relativamente ridotta sul piano sociale, ma soprattutto non invalidanti per l’individuo.

La nevrosi, dunque, viene considerata un insieme di meccanismi psicologici particolari, che possono essere più o meno dominanti, per periodi più o meno lunghi, nella vita di una persona.

La sofferenza nevrotica è sempre dominata da un sintomo, l’*ansia*, intorno al quale si struttura il resto della sintomatologia.

In molti casi l’*ansia* viene vissuta come *fluttuante*, cioè come uno stato di tensione molto angosciata e apparentemente immotivata, con sensazione di insicurezza diffusa, insonnia,

apprensività. Spesso ciò si accompagna a un tono dell'umore di tipo depressivo, con chiusure e ripiegamenti più o meno intensi. Altre volte, i disturbi nevrotici si strutturano in *fobie* e in rituali e difese di tipo *ossessivo*; oppure i disturbi si presentano come di tipo *isterico*, ovvero con dipendenze affettive e scarsa autonomia.

Nella maggior parte dei casi, soprattutto in questa epoca, i vari tipi di disturbo nevrotico si presentano mescolati fra loro (misti), tanto che una distinzione per categorie, come quella accennata, appare in larga misura convenzionale e poco rispondente all'evidenza clinica. Inoltre, da tenere presente che spesso le persone diagnosticate come *psicotiche* hanno dei meccanismi psicologici anche di tipo *nevrotico*.

Il soggetto nevrotico distingue sempre con chiarezza all'interno della propria personalità i sintomi nevrotici, che egli avverte come *disturbi*. Il nevrotico ha quindi una *coscienza di disturbo* ma, spesso, non ha coscienza delle *cause* del disturbo.

In ambito forense, proprio per la buona aderenza all'esame di realtà, tale inquadramento nosografico non incide sul concetto di capacità di intendere e di volere, ovvero tali personalità, nel contesto penale, vengono considerate solitamente imputabili, dalla letteratura specializzata, in relazione ad un eventuale reato commesso.

DISTURBI DI PERSONALITÀ

I *Disturbi di Personalità* nel contesto psicologico giuridico e criminologico hanno un ruolo particolarmente rilevante, almeno per due ragioni: da un lato rappresentano una categoria diagnostica non univoca, con tratti differenziati legati in modo specifico al tipo di disturbo evidenziato – uno dei vari *Disturbi di Personalità* - ma non inquadrabile in un concetto chiaro di infermità e, di conseguenza, di imputabilità, anche per quella particolare condizione dell'Io che in psicopatologia viene definita "egosintonia". In altri termini e in estrema sintesi, a differenza delle *Psicosi* l'Io presenta una adeguata sintonia con sé stesso, non essendo presenti aspetti dissociativi o di fratture della personalità. La sostanziale differenza con le *Nevrosi* risiede invece negli aspetti di sofferenza che quest'ultimo disturbo produce, mentre nei *Disturbi di Personalità* la sintonia con sé stesso tende ad allontanare i dolori interni. Naturalmente queste considerazioni sono valide per i *Disturbi di Personalità* definiti "compensati", non certamente per quelli che possono incorrere nello "scompenso psicotico".

E' naturalmente proprio per tutti questi motivi che solitamente, in relazione ai quesiti posti da un magistrato, in ambito civile o penale, si valuta caso per caso, più che in ogni altro tipo di disturbo.

Dall'altro lato, proprio la connotazione non definita di *personalità psicopatologia* permette a molti specialisti - psichiatri o psicologi - di utilizzare questa categoria diagnostica, in ambito forense, in modo improprio, allorché non si ha chiarezza sulla diagnosi clinica ma si vuole in qualche modo definire la personalità osservata. Si contribuisce, così, a far diventare i *Disturbi di Personalità* un contenitore ampio e spesso vuoto di significato clinico, psicopatologico e forense.

Osservando brevemente come sono stati definiti dalla letteratura specializzata emerge che "***I Disturbi di Personalità*** hanno ricevuto, durante l'ultimo decennio, notevole attenzione, sia teorica che clinica, tanto da essere considerati come disordini a sé stanti, differenziati da altre sindromi più conosciute. Hanno efficacemente sostituito la categoria nota come ***personalità psicopatiche***" (Franco Ferracuti, 1992).

Bini e Bazzi (L. Bini, T. Bazzi: Trattato di Psichiatria, Vallardi, Milano, 1967) sono stati fra i primi in Italia ad affrontare l'evoluzione dell'inquadramento diagnostico delle personalità psicopatiche che, come abbiamo appena visto e vedremo nello specifico, nel tempo arriveranno a trasformarsi in parte nella categoria dei *Disturbi di Personalità*. Non solo, gli stessi autori anticipavano la rilevanza di queste personalità all'interno del contesto peritale:

"K. Schneider in uno dei suoi più recenti lavori sull'argomento afferma giustamente, seppure in forma che può apparire a prima vista paradossale: <<lo psicopatico è morto...viva lo psicopatico>>, volendo esprimere il concetto che anche se il termine è <<superato>> il <<fenomeno>> permane. Vorremmo aggiungere che si tratta di un <<fenomeno>> che indipendentemente dalla sua designazione acquista sempre maggiore importanza, non solo in campo strettamente psichiatrico, ma anche in quelli affini della <<psicologia clinica>>, della <<criminologia>>, della <<medicina legale>>...Abbiamo prescelto l'espressione <<abnormi

psichici>> per designare in senso lato quei soggetti che presentano una <<anomalia>> patologica che va distinta da una <<malattia p. d.>> secondo i criteri già esposti. In base al criterio della <<sofferenza>> distinguiamo lo <<psicopatico>> (sindromi psicopatiche) soggetto che fa soffrire a causa della sua anomalia patologica (ed in senso più lato arreca danno o disturbo agli altri) dal <<nevrotico>> (sindromi nevrotiche) che soffre delle proprie anomalie”.

Dunque, i concetti clinici *psicopatia*, *abnormi psichici* e *disturbi di personalità* coincidono, rappresentano delle tappe per descrivere comunque un tipo di personalità non psicotica e non nevrotica, ma che può in alcuni casi avere caratteristiche simili ad entrambe.

Comunque, nella più recente definizione di *Disturbo di Personalità* si fa riferimento a un “*modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell’individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell’adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione*” (DSM IV R).

Una descrizione più dettagliata e analitica di questo disturbo viene fornita da Otto Kernberg, fra i maggiori studiosi della cosiddetta “personalità marginale”; l’autore, discostandosi dagli aspetti comportamentali elencati dal DSM e affrontando invece il funzionamento psichico di queste personalità, elenca le varie definizioni di questa psicopatologia: “*stati al limite*” (Knight, 1953), struttura “*preschizofrenica*” della personalità (Rapaport, 1945, 1946), “*caratteri psicotici*” (Frosch, 1964), “*personalità caso al limite*” (Rangell, 1955; Robbins, 1956).

Inoltre, in questi disturbi l’Io presenta una struttura patologica stabile, differenziandosi sia da quella delle nevrosi, sia da quella delle psicosi. Afferma Kernberg: “*Bisogna quindi dedurre che questi pazienti occupano un’area al limite tra nevrosi e psicosi. Il termine <<organizzazione della personalità caso al limite>> piuttosto che <<stati al limite>> o altre denominazioni descrive più esattamente questi pazienti che hanno, infatti, un’organizzazione patologica specifica, stabile della personalità e non una situazione transitoria fluttuante fra nevrosi e psicosi*”.

Continua Kernberg: “*Episodi psicotici potranno svilupparsi transitoriamente in pazienti aventi un’organizzazione della personalità caso al limite se sottoposti a grave stress o sotto l’influsso di alcool e droghe...Nei colloqui clinici l’organizzazione formale dei loro processi di pensiero appare intatta. I reattivi psicologici, particolarmente quelli proiettivi non strutturati, riveleranno frequentemente la tendenza a usare un tipo di pensiero vicino al processo primario*”.

Per sintetizzare, ricordiamo che il DSM utilizza la categoria nosografica dei *Disturbi di Personalità* per definire e descrivere questo tipo di funzionamento psichico.

Il DSM IV-R li suddivide in dieci disturbi più uno, il *Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato*, che si riferisce ad un quadro personologico in cui sono presenti tratti misti di vari *Disturbi di Personalità*.

I dieci disturbi, generalmente egosintonici, ovvero, come abbiamo visto, in sintonia apparente con sé stessi e quindi privi di sintomi legati a sofferenze, sono:

DISTURBO PARANOIDE DI PERSONALITÀ

(caratterizzato da sfiducia, sospettosità e diffidenza, rigidità adattiva e di pensiero)

DISTURBO SCHIZOIDE DI PERSONALITÀ

(distacco nelle relazioni sociali, riduzione dell’espressività emotiva, chiusura della personalità)

DISTURBO SCHIZOTIPICO DI PERSONALITÀ

(distorsioni cognitive, eccentricità nel comportamento, esperienze percettive insolite, illusioni corporee, pensiero magico, sospettosità)

DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ

(inosservanza e violazione dei diritti degli altri, incapacità di apprendimento dall’esperienza, irresponsabilità, superficialità, assenza di rispetto verso i sentimenti dell’altro)

DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Gunderson (1984), Schmideberg (1959), Grinker e coll. (1968): (stabilmente instabili sia nelle relazioni interpersonali che nell’immagine di Sé, instabilità affettiva e sessuale, marcata impulsività, episodi psicotici transitori, tendenza a perdere i nessi associativi, angoscia sconfinante nel panico, distorsioni cognitive, manipolatori comportamenti autodistruttivi);

Kernberg (1967, 1975): (*organizzazione di personalità borderline*: debolezza dell'Io, ansia fluttuante, sintomi ossessivo-compulsivi, fobie, reazioni dissociative, preoccupazioni ipocondriache, sessualità perversa e polimorfa, abuso di sostanze)

DISTURBO ISTRIONICO DI PERSONALITÀ

(ricerca di attenzione, elevata emotività, mutevole e superficiale, impulsività, comportamento sessuale seduttivo ma inappropriato, drammatizzazione e teatralità, influenzabilità, suggestionabilità)

DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ

(mancanza di empatia, senso di grandiosità, necessità di ammirazione, elevate fantasie di successo illimitato)

DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITÀ

(inibizione della personalità, sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità verso i giudizi negativi, timore del rifiuto, sentimenti di inferiorità)

DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ

(comportamenti sottomessi e adesivi, bisogno di accudimento e di rassicurazioni, insicurezze, declina le responsabilità, sfiducia in sé stesso, dipendenza dall'altro)

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DI PERSONALITÀ

(perfezionismo che blocca il raggiungimento di un obiettivo, marcate esigenze di controllo, stile cognitivo dogmatico, incapacità di delegare, ostinazione, rigidità della personalità)

I Disturbi di Personalità vengono poi divisi in tre gruppi:

Gruppo A include i Disturbi di Personalità Paranoide, Schizoide e Schizotipico.

Gruppo B include i Disturbi di Personalità Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico.

Gruppo C include i Disturbi di Personalità Evitante, Dipendente e Ossessivo-Compulsivo.

I Disturbi del Gruppo A sono gli unici che, in casi particolari, possono andare incontro a scompenso psicotico; per questo motivo sono definiti disfunzionali, a differenza degli altri Disturbi dei Gruppi B e C che sono invece definiti funzionali.

I Disturbi del Gruppo A, insieme al *Disturbo Borderline di Personalità*, sono quelli che secondo la letteratura specializzata nella fase disfunzionale possono avere alterata la capacità di intendere o di volere, proprio per la natura stessa del quadro di funzionamento dell'Io che, in fase di scompenso, tende ad avvicinarsi alle fasi psicotiche transitorie.

Ciò vale, come abbiamo appena visto, anche per il *Disturbo Borderline di Personalità*, in quanto in origine questo tipo di disturbo veniva collocato fra le *psicosi* e le *nevrosi*, e veniva avvicinato a forme anomale e atipiche della *schizofrenia*; successivamente, grazie all'importante contributo di alcuni autori (Kernberg, 1967, 1975; Gunderson, 1984; Schimberg, 1959; Grinker e coll., 1968) la *sindrome borderline*, grazie a un certo rigore diagnostico, venne separata dalla *schizofrenia*, anche in seguito alla valutazione che i pazienti borderline non andavano incontro nel tempo a deterioramento della personalità, come invece avviene nelle *sindromi schizofreniche*.

Di conseguenza, anche la *sindrome borderline* ebbe una sua definizione e collocazione clinica autonoma rispetto le *psicosi* e le *nevrosi*; nella valutazione psicologico-giuridica e peritale sarà, infine, fondamentale collegare il funzionamento psichico del soggetto *borderline* con i quesiti del magistrato, analizzando sempre caso per caso.

Bibliografia

American Psychiatric Association: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM – IV)*, Masson, Milano, 1996.

Bini L., Bazzi T.: *Trattato di Psichiatria*, Vallardi Editore, Milano, 1954.

Gabbard G. O.: *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

Grinker R. R. Jr., Werble B., Drye R. C.: *The Borderline Syndrome: a Behavioral Study of Ego-Functions*, Basic Books, New York, 1968.

Gunderson J. G.: *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1984.

Hinsie L. E., Campbell R. J.: *Dizionario di Psichiatria*, Astrolabio, Roma, 1979.
Istituto della Enciclopedia Italiana: *Vocabolario della lingua italiana*, Treccani, Roma, 1986.
Jervis G.: *Manuale critico di Psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1976.
Kernberg O.: *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino, 1978.
Schmideberg M: *The borderline patient*. In Arieti S. (a cura di) *American Handbook of Psychiatry*, vol. 1, Basic Books, New York, 1959.