

AIPG

**ASSOCIAZIONE ITALIANA di
PSICOLOGIA GIURIDICA**

CORSO DI FORMAZIONE

In

**PSICOLOGIA GIURIDICA, PSICOPATOLOGIA E
PSICODINAMICA FORENSE**

**TEORIA E TECNICA DELLA PERIZIA E
DELLA CONSULENZA TECNICA IN AMBITO
CIVILE E PENALE, ADULTI E MINORILE**

**L'imputabilità, ovvero la capacità d'intendere e di
volere nei disturbi gravi di personalità**

Dr.ssa Onorina del Mauro

2008



Camminavo lungo la strada con due amici quando il sole tramontò, il cielo si tinse all'improvviso di rosso sangue mi fermai, mi appoggiai stanco morto a un recinto sul fiordo nerazzurro e sulla città c'erano sangue e lingue di fuoco i miei amici continuavano a camminare e io tremavo ancora di paura e sentivo che un grande urlo infinito pervadeva la natura".

Edvard Munch 1892

Indice

Premessa

L'imputabilità

- Cenni storici
- L'imputabilità secondo il codice vigente

La capacità di intendere di volere

Esclusione o attenuazione dell'imputabilità

La nozione d'infermità

La sentenza 9163/2005: i disturbi di personalità rientrano tra le cause di non imputabilità

Inquadramento nosografico dei disturbi di personalità

- Classificazione DSM-IV-TR
- Classificazione ICD-10

Disturbi gravi di personalità

Funzionamento di personalità borderline: un'interpretazione psicodinamica

- Evoluzione storica del concetto di borderline
- L'organizzazione borderline di personalità
- Interpretazione psicodinamica

La valutazione clinico forense dei disturbi gravi di personalità

Conclusioni

Bibliografia

Premessa

Il tema della capacità di intendere e di volere legata ai disturbi psichici rappresenta uno dei temi focali e problematici della criminologia e della psichiatria forense.

Lo studio e l'analisi dello stato psichico del soggetto al momento del compimento del fatto reato è compito del perito. Il valore legale che tali considerazioni possono avere nel corso dell'attività investigativa e processuale dipende invece dai giuristi: avvocati, giudici, magistrati e pubblici ministeri.

Ugo Fornari nel suo "Trattato di Psichiatria Forense" (2008)¹ ha analizzato approfonditamente questa tematica, per cercare di indicare le linee guida che possano permettere agli esperti di lavorare in questo contesto con maggiore chiarezza ed onestà intellettuale e deontologica.

Quanto detto, ovviamente, si concretizza nello studio della capacità di intendere e di volere del soggetto al momento del fatto reato e nella conseguente imputabilità dello stesso.

L'art. 85 c.p.: Capacità di intendere e di volere

recita:

“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile”. E' imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere”.

¹ Fornari U. "Trattato di psichiatria forense"; Utet; Milano; 2008

Approfondiremo più avanti questi due concetti.

In passato l'incapacità di intendere e di volere doveva derivare, (ex art. 88 c.p.), da un'infermità, ossia una condizione del soggetto che fosse chiaramente patologica, quindi clinicamente accertata (quadri nosografici definiti). Questa affermazione fa riferimento al concetto classico di malattia psichiatrica fondata su basi biologico-somatiche. Rientrano sicuramente in questa categorizzazione le malattie psichiatriche nosograficamente accertate: le psicosi in senso stretto, caratterizzate dalla perdita dei nessi logici e dalla compromissione dell'esame di realtà; e dunque le *Psicosi esogene* (disturbi psichici riconducibili a processo morboso che agisce a livello anatomico organico); *Psicosi endogene* (disturbi psichici, riconoscibili in termini funzionali, per i quali si ritiene esista una predisposizione o un condizionamento biologico: schizofrenia; psicosi maniaco depressive).

Oggi, diversamente, si impone una concezione più ampia di malattia psichica, centrata su basi psicologiche ed interpersonali e determinata da alterazioni qualitative. Nella attuale concezione non si richiede più un processo morboso organico dimostrato, ma l'esistenza di un disturbo psicopatologico, che rappresenta un'evoluzione del concetto di malattia mentale e che comprende anomalie psichiche riconducibili alla psicopatologia clinica.

Alla luce di questa idea diversa e più ampia di malattia psichica, un evento eccezionale, una svolta nella giurisprudenza e nella dottrina è rappresentato dalla sentenza della Corte di Cassazione, pronunciata a

Sezioni Penali Unite, n° 9163 del 25 gennaio 2005². La suddetta sentenza recita ***“I disturbi della personalità 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; invece non assumono rilievo ai fini della imputabilità le altre “anomalie caratteriali” o gli stati emotivi e passionali, che non rivestono i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente.”*** La cassazione ha precisato che ***“è comunque necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo”***

Come afferma Fornari il rapporto tra Disturbi di Personalità e incapacità di intendere e di volere solleva diverse questioni spinose. Infatti la stessa definizione di Disturbi di Personalità includerebbe l’attuazione da parte del soggetto che ne è affetto di comportamenti abnormi, e ciò implicherebbe una sorta di “diritto” al riconoscimento del vizio di mente. Per ovviare a questo problema e per far sì che possano rientrare nelle categorie del vizio totale o parziale di mente solo i Disturbi Gravi di Personalità, cioè quelli che presentano *“slittamenti psicotici”* (in altre parole quelli che Kernberg definisce *Disturbi di Personalità con funzionamento Borderline*) o quei Disturbi di Personalità la cui psicodinamica ha inciso realmente nell’attuazione del fatto reato è fondamentale stabilire un nesso tra funzionamento

² Corte di Cassazione; Sezioni Penali Unite; sentenza n° 9163 del 25 gennaio 2005

psicopatologico e delitto. Fornari scrive: “*ciò che conta non è stabilire la connessione tra categoria diagnostica e reato, bensì tra disturbo psicopatologico, funzionamento patologico psichico e delitto*”. In altri termini il “valore di malattia” deve essere riconosciuto solo a quei reati che equivalgono ad un sintomo psicopatologico di quadri clinici specifici (Mueller-Suur, 1956).

Dunque la diagnosi di Disturbo Grave di Personalità di per sé non basta per rientrare nel vizio totale o parziale di mente; deve essere valutato il funzionamento psichico del soggetto al momento del fatto reato, e deve essere verificato se tale funzionamento possa essere stato inficiato dalla slatentizzazione dei tratti disfunzionali del Disturbo di Personalità in questione.

A parere della scrivente questo passaggio rappresenta il focus dell'intera trattazione; poiché è parere della più accreditata letteratura scientifica che bisogna trattare la questione non in termini di disturbo nosograficamente accertato, quanto di “*funzionamento patologico della personalità*” o meglio di “*personalità disfunzionale*”.

L'imputabilità

Cenni storici

Il principio secondo il quale chi sia “folle”, “alienato”, “malato di mente”, “affetto da disturbo” o “sofferente psichico” debba essere considerato meno o affatto responsabile dei propri atti è un principio antico e quasi universalmente accettato.

Nel Diritto Romano, i “*furiosi*” ed i “*fatui*” che si fossero resi responsabili di reati non erano assoggettati a punizioni; la “*fatuitas*” era pressoché assimilabile al difetto di intelligenza; nel “*furor*” si ricomprendevano tutte le forme di follia³. Già allora si conosceva la possibilità di un lucido intervallo, cosicché se il delitto era commesso in tale periodo non vi era scriminante⁴. Nella legislazione giustinianea il vocabolario si arricchisce di nuove categorie nosografiche come la “*dementia*”, “*l'insania*”, “*l'amentia*”: tutte situazioni comportanti impunità per l'eventuale delitto. Anche qui, fatto salvo il caso di lucido intervallo. Pure gli intensi gradi delle passioni erano considerati atti a escludere la responsabilità. L'ubriachezza derubricava il reato da

³ Fornari U., “*Improvviso furore, coscienza e volontà dell'atto: storia di un concetto*”, in *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, Vol. CXI, Fasc. VI, p. 1325, 1987/b;

⁴ Fornari U., “*Il valore di malattia alla luce del DSM-III-R*”, in: Dell'Osso L., Lomi A. (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Giuffrè, Milano, 1989/b, p. 9;

Marchetti M., “*Cenni storici di psichiatria forense*”, in: Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Giuffrè, Milano, 1990, p. 1;

doloso a colposo. Il successivo periodo, che vede in vigore il diritto penale germanico, è l'unico che fa eccezione alla regola universale: tale diritto, infatti, avendo riguardo esclusivo all'elemento oggettivo del danno, non si cura dell'elemento soggettivo e considera responsabili anche i malati di mente. L'attenzione all'elemento soggettivo del reato non verrà mai deposta invece dalla Chiesa: il diritto penale canonico escludeva l'imputabilità per coloro a cui facessero difetto il discernimento e la volontà libera, e cioè i dementi e i furiosi, comprendendosi anche le situazioni di furore improvviso e transitorio; ma si assimilavano alle malattie mentali anche la febbre violenta, il sonno, il sonnambulismo, l'ira subitanea, il dolore intenso, in quanto suscettibili di incidere sulla consapevolezza e sulla libertà dell'azione. Stesso dicasi per l'ubriachezza. Tutto ciò non riguardò l'epoca oscura del potere dell'Inquisizione, in cui considerazioni di politica criminale prevalsero e la malattia mentale fu considerata effetto di stregoneria o di influenza diabolica. Il principio dell'irresponsabilità del folle tornerà in auge nel diritto laico successivamente all'anno Mille, ancora rifacendosi al vizio dell'intelletto o della volontà⁵, né la situazione muterà nei secoli successivi.

Il Codice Napoleonico del 1810 costituisce un riferimento per l'intera storia del diritto, considerato che informerà tutta la codificazione europea del XIX secolo, anche per le norme relative l'imputabilità. Infatti, l'art. 64, di detto codice, recitava che “*Non*

⁵ Calisse in Fornari U. “*Improvviso furore, coscienza e volontà dell'atto: storia di un concetto*”, in *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, Vol. CXI, 1987/b;

esiste né crimine né delitto allorché l'imputato trovavasi in stato di demenza al momento dell'azione, ovvero vi fu costretto da una forza alla quale non poté resistere". Si precisa nei lavori preparatori che l'azione è imputabile con il concorso simultaneo di cognizione, volontà e libertà, e che: "è demente colui che soffre una privazione di ragione; che non conosce la verità; che ignora se ciò che fa sia bene o male; e che non può affatto adempiere i doveri più ordinari della vita civile. Un uomo posto in questo stato è un corpo che ha soltanto figura e ombra di uomo; il suo reato è tutto fisico, poiché moralmente non esiste nulla" (citato da: Fornari, 1989/a).

In Italia, sia nei codici emanati sotto l'influsso napoleonico che in quelli successivi alla restaurazione (i codici pre-unitari), rimasero non solo il principio generale, ma anche le espressioni usate dal codice napoleonico o dai lavori preparatori: così troviamo esclusa la responsabilità quando l'autore è totalmente privo della ragione; troviamo il riferimento alla forza irresistibile, alla demenza, al morboso furore, all'imbecillità, alla pazzia. Con l'Unità venne esteso all'Italia il Codice penale per gli Stati di S.M. il Re di Sardegna del 1859 che, a proposito dell'imputabilità, così stabiliva all'art. 94: "*Non vi è reato se l'imputato trovavasi in istato di assoluta imbecillità, di pazzia, o di morboso furore quando commise l'azione, ovvero se vi fu tratto da una forza alla quale non poté resistere*", e all'art. 95: "*Allorché la pazzia, l'imbecillità, il furore o la forza non si riconoscessero a tal grado da rendere non imputabile affatto l'azione, i Giudici applicheranno all'imputato, secondo le circostanze dei casi,*

la pena del carcere estensibile anche ad anni dieci, o quella della custodia, estensibile anche ad anni venti". Questa norma rimase in vigore in Italia solo trent'anni, dopo i quali, e precisamente il 30 giugno 1889, fu approvato il Codice, così detto, Zanardelli (dal nome dell'allora Ministro di Grazia e Giustizia e dei Culti) in cui si stabiliva all'art. 46: *"Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliergli la coscienza o la libertà dei propri atti"*; Art. 47: *"Quando lo stato di mente indicato nell'articolo precedente era tale da scemare grandemente l'imputabilità senza escluderla, la pena stabilita per il reato commesso è diminuita"*.

L'imputabilità secondo il codice vigente

Ogni individuo, raggiunta la maturità mentale, dispone di qualità naturali che lo pongono in grado di regolare consapevolmente e liberamente le proprie azioni, secondo il principio del libero arbitrio. Il possesso di queste qualità psichiche è necessario affinché una persona possa essere ritenuta imputabile. La normalità psichica e il potere decisionale dell'individuo stanno alla base dell'imputabilità, la stessa consiste *"nell'idoneità a essere imputato di un reato"*; cioè la condizione occorrente per attribuire al soggetto agente il fatto da lui commesso e mettergli in conto le conseguenze giuridiche della sua

condotta. L'imputazione, diversamente, assume un significato processuale differente, poiché implica un giudizio di accusa con la formulazione precisa del reato che viene addebitato.

L'imputabilità distingue gli esseri umani in due categorie, imputabili e non imputabili, gli uni assoggettabili alla pena, gli altri no. Il suo contenuto è dunque duplice: giuridico-formale e psicologico-naturale, in quanto l'imputabilità, pur essendo una categoria astratta, si riferisce ad una situazione reale e si risolve con un giudizio concreto sullo stato mentale dell'imputato.

In termini naturalistici, l'imputabilità rappresenta un modo di essere proprio di ogni individuo, caratterizzato dalla "*capacità psichica*", la quale è legata a due fattori: lo sviluppo adeguato all'età e la sanità mentale, dai quali dipende il carattere libero e cosciente delle azioni umane nella sfera del diritto.

La capacità mentale rappresenta il supporto naturale della imputabilità e domina l'intera scena della vicenda penale. La si ritrova sia nel momento formativo della legge, poiché il destinatario tipico della norma penale è il soggetto capace di intendere e di volere, in grado di apprezzare il comando e di osservarlo: in questo caso l'imputabilità è intesa come "*capacità di obbligo*"; sia nel momento commissivo del reato, in quanto la violazione cosciente e volontaria del precetto proviene da un soggetto avente l'attitudine a compiere un'azione penalmente rilevante nella specie prevista dalla legge: in tal caso l'imputabilità è intesa come presupposto o capacità di pena.

La questione sulla natura giuridica dell'imputabilità è, comunque, ancora aperta. L'imputabilità, infatti, ha da un lato, evidenti rapporti con la capacità di diritto penale, che consiste nell'idoneità dell'uomo ad essere titolare di diritto penale, cioè di essere giudicato e condannato per un reato commesso, tanto che alcuni considerano la capacità di diritto penale il presupposto dell'imputabilità. Dall'altro non sono meno evidenti i rapporti tra imputabilità e capacità di agire penale, che consiste nella attitudine dell'individuo a compiere atti illeciti dai quali consegue l'effetto della pena, altrimenti detta capacità di reato in quanto il soggetto agente esercita personalmente l'attitudine a commettere la violazione della legge e ne assume direttamente le conseguenze.

La capacità di intendere e di volere

Il codice penale vigente, codice Rocco, adotta il criterio naturalistico della volontarietà dell'azione umana rispetto al reato, nel presupposto che l'uomo normale, cioè il soggetto che si adegua alle regole, possa agire liberamente. L'adozione di tale criterio consente di affermare il principio della responsabilità personale e di giustificare razionalmente la punizione del reo.

Attualmente l'istituto è regolato dagli artt. 85 e seguenti del Titolo IV (Del reo e della persona offesa dal reato), capo I (Della Imputabilità) del Codice Penale. L'art. 85 stabilisce che:

“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. E’ imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere”.

Si considera l’intendere come il discernere rettamente il significato, il valore, le conseguenze fattuali, morali e giuridiche delle proprie azioni⁶. Si tratta in sostanza del possesso delle facoltà cognitive, di comprensione ed anche di previsione. L’ignorare il significato antiggiuridico di un’azione non è equiparato al difetto della capacità d'intendere, poiché per l'art. 5 c.p.: “nessuno può invocare a propria scusa l'ignoranza della legge penale”, ed in ogni caso “non sapere” non significa incapacità di intendere⁷. Inoltre, è da specificare che la capacità d’intendere non ha nulla a che vedere con la capacità di apprezzamento morale, poiché colui il quale comprenda che un fatto è illecito ma non sappia partecipare affettivamente e moralmente (come si potrebbe verificare nel caso di personalità disaffettive o amorali) alla proibizione non per questo vedrà diminuita la propria imputabilità⁸.

⁶ Crespi A., voce “Imputabilità”, *Enciclopedia del Diritto*, vol. XX, Giuffrè, Milano, 1970, p. 763;

Fornari U., “*Psicopatologia e Psichiatria Forense*”, UTET, Torino 1989/a;

Introna F., “*I diritti del malato di mente, ovvero il malato di mente nel diritto*”, in: Mastronardi V. (a cura di), *Criminologia Psichiatria Forense e Psicologia Giudiziaria, Scritti in memoria di Franco Ferracuti*, Antonio Delfino Editore, Roma, 1996, pgg. 292-327;

Mantovani F., “*L'imputabilità sotto il profilo giuridico*”, in: Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Giuffrè, Milano, 1990, p. 17;

Ponti G., *Compendio di Criminologia*, Cortina, Milano, 1990;

Portigliatti Barbos M., Marini G., “*La capacità di intendere e di volere nel sistema penale italiano*”, Giuffrè, Milano, 1964;

⁷ Crespi A., voce “Imputabilità”, *Enciclopedia del Diritto*, vol. XX, Giuffrè, Milano, 1970, p. 763;

Ponti G., *Compendio di Criminologia*, Cortina, Milano, 1990;

⁸ Cazzaniga A., “*Programma di medicina legale*”, La Sorgente, Milano, 1955;

Il volere si definisce come il libero autodeterminismo in vista di uno scopo, come la possibilità di optare per una condotta e di resistere agli stimoli⁹. Al volere partecipano un insieme di elementi concorrenti: le facoltà volitive e le decisioni, infatti, si determinano nell'ambito di contenuti di coscienza, di rappresentazioni, di giudizi, ed anche di sentimenti. La prospettazione di un atto è il processo intellettuale implicante una valutazione dei dati posti dall'osservazione della realtà; con tale osservazione si programma l'atto volitivo, di cui costituisce il motore logico. Oltre che elementi intellettivi, intervengono nell'agire anche componenti affettive (il desiderio o rispettivamente il timore, la simpatia, l'interesse, l'ostilità, e via discorrendo) che ne sono il motore timico. Ne consegue che la capacità di volere richiede tanto l'integrità dell'intelletto quanto l'assenza di turbamenti morbosi dell'affettività (Ponti, 1990). La capacità di intendere e quella di volere vanno intese come la competenza ad usare i propri strumenti intellettivi e volitivi in modo adeguato al fine. Ne consegue che la capacità di intendere è qualcosa di più e di diverso dalla intelligenza misurata in termini psicometrici in sede di diagnosi clinica. Si deve, dunque, pensare alla *intelligenza delle situazioni di condotta*, nella quale confluiscono fattori emotivi, affettivi, istintivi, e di esperienza. Inoltre, i postulati della condotta intelligente sono tanti che la capacità di intendere non si

Mantovani F., "L'imputabilità sotto il profilo giuridico", in: Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Giuffrè, Milano, 1990, p. 17;

⁹ Crespi A., voce "Imputabilità", *Enciclopedia del Diritto*, vol. XX, Giuffrè, Milano, 1970, p. 763;

Fornari U., "Psicopatologia e Psichiatria Forense", UTET, Torino 1989/a;

Mantovani F., "L'imputabilità sotto il profilo giuridico", in: Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Giuffrè, Milano, 1990, p. 17;

Ponti G., "Compendio di Criminologia", Cortina, Milano, 1990;

può desumere solo dal quoziente di intelligenza, pur essendo questo un punto di partenza. Si devono infatti considerare: 1) la situazione emotivo-affettiva; 2) i rapporti esistenti fra il soggetto e la realtà in cui è inserito; 3) la realtà nei cui confronti il soggetto ha operato, opera, intende operare o presume che opererà; 4) le capacità ed energie operative di cui egli dispone al momento o ritiene di poter disporre in futuro, relativamente al piano ideativo della condotta che si prefigge; 5) le modificazioni che il suo operato ha indotto (o che egli crede che può o potrà indurre nella realtà o in lui stesso; 6) i fini che il soggetto si propone di perseguire; 7) le correlazioni fra tutti i numeri precedenti"¹⁰. Quindi alla capacità di intendere e di volere non contribuiscono solo la facoltà cognitiva e quella volitiva; in quanto nella realtà del soggetto che ha agito risulta impossibile isolare tali facoltà dall'insieme psichico fatto sempre anche di cariche affettive ed emotive. Di conseguenza “la dicotomia legislativa tra capacità di intendere e di volere mal si concilia con l'unità sostanziale della psiche”;¹¹ Inoltre, questa dicotomia non tiene conto di tutta un'altra serie di dimensioni che appartengono ai meccanismi dell'inconscio, traumi, rimozioni non consapevoli eppure capaci di condizionare, talvolta completamente, il nostro comportamento (V. Andreoli, 1999).

¹⁰ Introna F., “*I diritti del malato di mente, ovvero il malato di mente nel diritto*”, in: Mastronardi V. (a cura di), *Criminologia Psichiatria Forense e Psicologia Giudiziaria, Scritti in memoria di Franco Ferracuti*, Antonio Delfino Editore, Roma, 1996, pgg. 291-327.

¹¹ Mantovani F., “*L'imputabilità sotto il profilo giuridico*”, in: Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Giuffrè, Milano, 1990, p. 17;

Le capacità di intendere e di volere possono essere messe a repentaglio da una “*condizione di infermità*”. Il dettato contenuto negli artt. 88 e 89 del codice penale è, in questo senso, evidente:

Art.88: Vizio totale di mente “*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 o di volere*”.

Art. 89: Vizio parziale di mente “*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*”.

Dai citati articoli si evince una presunzione di imputabilità per i soggetti salvo che intervenga un fattore patologico ad interferire sulla capacità di intendere o di volere. Come si può notare, diversamente da quanto evidenziato per l'art, 85, il legislatore nel caso degli artt. 88 ed 89 usa la disgiuntiva; ossia divide la capacità di intendere da quella di volere, basta, cioè, che sia ridotta o abolita anche una sola delle capacità citate per valutare una possibile non imputabilità.

La normativa configura, inoltre, l'imputabilità" come una costruzione a due piani, il cui primo livello è relativo al substrato patologico (infermità), mentre il secondo livello è relativo alla eventuale conseguente incapacità di intendere o di volere. La valutazione della imputabilità prende quindi in considerazione, nello

stesso tempo, un aspetto psicologico e obiettivo (la descrizione del substrato psicopatologico), ed un aspetto normativo (la valutazione della capacità di intendere e di volere al momento del reato")¹², questo sistema è definito “*psicopatologico-normativo*”. Il fattore patologico dev'essere presente nel momento stesso in cui è stato commesso il reato; inoltre la prassi e la dottrina psichiatrico forensi sono concordi nel riportare l'esistenza dell'incapacità di intendere e di volere non solo ad un criterio cronologico ("nel momento in cui ha commesso il fatto"), ma anche ad un criterio di relazione col fatto specifico di criminogenesi e criminodinamica: non basta, cioè, la presenza di una qualsiasi, anche se grave, infermità, ma quest'ultima deve presentare caratteristiche tali da aver contribuito alla genesi ed alla dinamica di quel particolare reato. L'aver riguardo al rapporto tra le caratteristiche dell'infermità e quelle del reato commesso è logica conseguenza del sistema psicopatologico-normativo. Se, infatti, vi è necessità di un duplice accertamento, dell'infermità e della sua incidenza sulla capacità di intendere e di volere, è proprio perché occorre un'indagine criminogenetica e criminodinamica che correli la patologia alla capacità relativamente ad uno specifico comportamento. Chiarisce Fornari (1989/a): "La patologia di mente di cui il soggetto è portatore (...) si manifesta, oltre che nella sintomatologia psicopatologica (= valutazione *clinica*), anche nel suo particolare modo di intendere e di volere quel dato comportamento delittuoso (= valutazione *normativa*);

¹² Bandini T., “*Riflessioni critiche sulla nozione di infermità in psichiatria forense*” in Dell'Osso L., Lomi A. (a cura di); *Diagnosi psichiatrica e DSM III-R*; Giuffrè; Milano; 1989; pgg. 171.

ed è in questi casi che può mancare od essere gravemente carente ogni capacità di analisi, di critica, di possibilità di scelta, essendo patologicamente compromesse le funzioni autonome dell'Io, in riferimento a quello specifico fatto-reato (= valutazione *forense*)¹³.

Ed anche: "Ovviamente, qui si vuol far riferimento solo a quei casi in cui il reato può, a buona ragione, essere iscritto nella patologia di mente di cui il malato è portatore e del o dei relativi disturbi essere ritenuto sintomatico: *in difetto o in assenza di detto rapporto di causalità* (uni lineare o circolare che sia), anche il malato di mente può essere ritenuto imputabile per il reato che gli viene *addebitato o capace di dare un consenso valido*"¹⁴.

Deve essere chiaro, quindi, che la differenza fra vizio parziale e vizio totale riguarda il "grado" dell'infermità, non la sua "estensione", e cioè che il vizio parziale non è quell'infermità che riguarda un solo settore della mente o solo una o alcune delle capacità o funzioni.¹⁵

Da quanto detto sin ora si desume che secondo il codice penale vigente è imputabile chi è in possesso delle facoltà di intendere e di volere, quindi il soggetto capace di discernere il significato e il valore morale e giuridico del proprio atto; ed è, inoltre, nella condizione di autodeterminarsi, ossia di adeguare il proprio comportamento alle scelte fatte.

13 Fornari U., "Psicopatologia e Psichiatria Forense", UTET, Torino 1989/a;

14 Fornari U., "Nozione di malattia, valore di malattia, vizio di mente e problemi nel trattamento dell'autore di reato", *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, Vol. CXI, Fasc. V, pg. 1043, 1987/a.

15 Crespi A., voce "Imputabilità", *Enciclopedia del Diritto*, vol. XX, Giuffrè, Milano, 1970, p. 763;

Esclusione o attenuazione dell'imputabilità

L'articolo 85 del codice penale, come sin ora analizzato, stabilisce che “è imputabile chi ha capacità di intendere e di volere”; la capacità di intendere e di volere deve essere posseduta nel momento in cui viene commesso il reato. Di conseguenza non è imputabile l'individuo che nel momento in cui ha perpetrato un delitto non era in grado di intendere e di volere, o aveva queste capacità grandemente scemate, questo anche se viene a mancare solo una di esse.

Quali sono i casi, previsti dal nostro legislatore, in cui decade o è attenuata l'imputabilità e quindi la responsabilità del soggetto agente?

Il codice penale differenzia tra esclusione o diminuzione delle capacità di intendere e di volere; questi i casi previsti.

ESCLUSIONE

- ★ Infermità di mente → art. 88
- ★ Piena ubriachezza → art. 91
- ★ Piena intossicazione da stupefacenti accidentale → art. 93
- ★ Cronica intossicazione da alcool o da stupefacenti → art. 95
- ★ Sordomutismo → art. 96
- ★ Minore età → art. 97

DIMINUZIONE

- ★ Seminfermità mentale → art. 89
- ★ Non piena ubriachezza accidentale → art. 93
- ★ Non piena intossicazione da stupefacenti accidentale → art. 93
- ★ Cronica intossicazione da alcool o da stupefacenti da cui derivi seminfermità mentale → art. 95
- ★ Sordomutismo da cui derivi seminfermità mentale → art. 96
- ★ Minore età → art. 98

Vizio totale o parziale di mente

Art.88 c.p.”**Vizio totale di mente**” → 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 o di volere.

Art. 89 c.p. “**Vizio parziale di mente**” → 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.

Questi due articoli, che fanno espresso riferimento all'infermità di mente, saranno ripresi ed approfonditi in seguito, insieme al concetto di infermità.

Intossicazioni acute o croniche da alcool o stupefacenti

Art. 91 c.p. **“Ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore”** → Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva la capacità di intendere e di volere, a cagione di piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore. Se l'ubriachezza non era piena, ma era tuttavia tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e di volere, la pena è diminuita.

Art. 92 c.p. **“Ubriachezza volontaria o colposa ovvero preordinata.”** → L'ubriachezza non derivata da caso fortuito o da forza maggiore non esclude né diminuisce l'imputabilità. Se l'ubriachezza era preordinata al fine di commettere il reato, o di prepararsi una scusa, la pena è aumentata.

Art. 93 c.p. **“Fatto commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti”** → Le disposizioni dei due articoli precedenti si applicano anche quando il fatto è stato commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti.

Solo per l'ubriachezza derivata da caso fortuito o forza maggiore (art. 91 c.p.), se la capacità di intendere o di volere è grandemente scemata o eliminata, potranno ricorrere rispettivamente il vizio parziale o quello totale.

L'intossicazione acuta da alcool o da sostanze stupefacenti che sia invece volontaria o colposa non esclude né diminuisce l'imputabilità (artt. 92/1 e 93 c.p.). Per intossicazione acuta si intende la condizione in cui ci si trova per l'effetto immediato dell'assunzione della sostanza, condizione caratterizzata da sintomi diversi a seconda del tossico in questione, ma destinati ad esaurirsi in un lasso di tempo contenuto, con successiva piena *restitutio ad integrum*. E' questa appunto che è stata definita "finzione di imputabilità" (Bricola, in:Crespi, 1970).

Sul concetto di azioni *liberae in causa o ad libertatem relatae* poggia la ratio della disposizione che dà luogo ad un aumento di pena quando l'ubriachezza o l'intossicazione da stupefacenti siano preordinate al fine di commettere il reato o di prepararsi una scusa (artt. 92/2 e 93), "poiché la loro caratteristica sta appunto nell'essere compiute in stato di incapacità di intendere o di volere e nell'essere imputate al soggetto con riferimento ad un anteriore comportamento tenuto dallo stesso in stato di imputabilità"¹⁶.

Art. 94 c.p. **“Ubriachezza abituale”** → Quando il reato è commesso in stato di ubriachezza e questa è abituale, la pena è aumentata. Agli effetti della legge penale, è considerato ubriaco abituale chi è dedito all'uso di bevande alcoliche e in stato frequente di ubriachezza.

¹⁶ Crespi A., voce “Imputabilità”, *Enciclopedia del Diritto*, vol. XX, Giuffrè, Milano, 1970, p.763;

L'aggravamento di pena stabilito nella prima parte di questo articolo si applica anche quando il reato è commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all'uso di tali sostanze.

Art. 95 c.p. **“Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti”** → Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89.

Questo significa che a differenza della intossicazione acuta, quella cronica è assimilata ad un'infermità e perciò può, ma mai "deve", diminuire o escludere l'imputabilità.

Per cronica intossicazione si intende una situazione in cui indipendentemente dall'interruzione dell'assunzione della sostanza, ed anche a distanza di mesi o di anni dall'interruzione stessa, il soggetto continua a presentare segni somatici, neurologici e psicopatologici di intossicazione. Secondo Fornari¹⁷, per poter parlare di cronica intossicazione, è necessario l'evidenziarsi del decadimento della personalità (deterioramento della vita di relazione, disturbi che coinvolgono la sfera emotivo-affettiva, compromissione di quella intellettuale), altrimenti "non si potrà parlare di vizio di mente, ma semplicemente di cronica intossicazione con alterazioni somato-viscerali e neurologiche".

Gli artt. 93 e 95 c.p. trattano alla stessa stregua l'intossicazione da alcool e quella da stupefacenti. Le due situazioni sono però molto

¹⁷ Fornari U., "Trattato di psichiatria forense", UTET, Torino 2008;p. 488;

diverse: in particolare, mentre negli alcoolizzati lo stato mentale è spesso gravemente deteriorato, nei tossicomani non sempre e non necessariamente si sono realizzate alterazioni psichiche persistenti tali da configurare una cronica intossicazione.

Sordomutismo

Art. 96 c.p. **“Sordomutismo”** → Non è imputabile il sordomuto che, nel momento in cui ha commesso il fatto non aveva, per causa della sua infermità la capacità di intendere o di volere. Se la capacità di intendere o di volere era grandemente scemata, ma non esclusa, la pena è diminuita.

Minore età

Art. 97 c.p. **“Minore degli anni quattordici”**. → Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i quattordici anni.

Per il minore di quattordici anni la presunzione di non imputabilità è assoluta, l'infraquattordicenne è sempre “non imputabile; la norma è tassativa e non ammette prova del contrario. “Qualora il fatto commesso da un minore degli anni quattordici sia previsto dalla legge come delitto, ed egli sia pericoloso, il giudice,

tenuto specialmente conto della famiglia in cui il minore è vissuto, ordina che questi sia ricoverato nel riformatorio giudiziario o posto in libertà vigilata” (art.224 c.p.).

Art. 98 c.p. **“Minore degli anni diciotto”**. → E' imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, aveva compiuto i quattordici anni, ma non ancora i diciotto, se aveva capacità di intendere e di volere, ma la pena è diminuita.

In tal modo la punibilità del minore è sempre condizionata alla dimostrazione della sua maturità psichica.

Nei procedimenti a carico dei minori, speciali ricerche devono essere rivolte ad accertare i precedenti familiari e personali dell'imputato sotto l'aspetto fisico, psichico, morale ed ambientale, infatti, tenuto conto della gravità del fatto e delle condizioni morali della famiglia in cui il minore è vissuto il giudice può ordinare che dopo l'esecuzione della pena egli sia ricoverato in un riformatorio giudiziario o posto in libertà vigilata (artt. 224 - 225 c.p.).

Per completezza della trattazione si citano anche gli articoli 86 ed 87 del codice penale.

Art. 86 c.p. **“Incapacità procurata”** → Se taluno mette altri nello stato d'incapacità d'intendere o di volere, al fine di fargli commettere un reato, del reato commesso dalla persona resa incapace risponde chi ha cagionato lo stato d'incapacità.

La capacità mentale può essere soppressa con qualsiasi trattamento idoneo, ad esempio, con la violenza fisica (art.46), somministrando alcoolici, stupefacenti o sostanze ad azione analoga oppure agendo con la suggestione (art. 613) o l'inganno (art. 48), oppure facendo leva sullo stato di necessità (art 54) .

Art. 87 c.p. **“Incapacità preordinata”** → La disposizione della prima parte dell'art. 85 non si applica (cioè l'imputabilità non è esclusa) a chi si è messo in stato d'incapacità di intendere o di volere al fine di commettere il reato, o di prepararsi una scusa.

Per ulteriore completezza è da ricordare che anche se , come noto, l'affettività e l'emotività interferiscono sulle capacità di comprensione e su quelle di scelta, cionondimeno la dottrina e la giurisprudenza hanno ritenuto che i "semplici" fattori affettivi non siano idonei ad incidere sull'imputabilità, esplicitamente stabilendo:

Art. 90 c.p. **“Stati e emotivi passionali”** → Gli stati emotivi e passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità.

Il legislatore ha reputato che passioni ed emozioni facciano parte del patrimonio esperienziale di chiunque, che si tratti cioè di "condizioni psicologiche e non già psicopatologiche dell'essere umano"¹⁸, e che chiunque possa e debba controllarle: "L'art. 90 fu introdotto con una precisa e non trascurabile funzione pedagogica: per

¹⁸ Fornari U., Trattato di psichiatria forense”, UTET, Torino 2008; pg 275;

stimolare cioè il dominio della volontà sulle proprie emozioni e passioni".¹⁹

La nozione di infermità

Esaminando le cause di esclusione o di diminuzione dell'imputabilità sono stati visionati gli articoli 88 ed 89 del codice penale entrambi fanno riferimento al concetto di infermità. E' opportuno, quindi, soffermarsi su questo concetto che appare, come vedremo, quanto mai controverso; poiché da tempo si continua ad evidenziare una scissione tra il dettato giuridico, quanto mai statico, ed una mancata rispondenza nel pensiero scientifico.

Il concetto di infermità oggi non ha più il legame che aveva in passato con il termine follia, è diventato indeterminato; ha un valore diverso da quando si è pervenuti alla consapevolezza che il disturbo mentale non è solo malattia (nel senso della compromissione organica o mentale nosograficamente determinata), ma è un'entità complessa, più ampia, potremo dire non definibile, per la quale ci sono poche certezze circa l'eziologia e che in definitiva è la risultante di una condizione sistemica nella quale concorrono il patrimonio genico, la costituzione, le situazioni di vita, gli stress, il tipo d'ambiente, i

¹⁹ Mantovani F., "L'imputabilità sotto il profilo giuridico", in: Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Giuffrè, Milano, 1990, pg. 17;

meccanismi psicodinamici, la particolare modalità di reagire, di opporsi, di difendersi.

Secondo il Giudice di Legittimità “*..a conferma della maggiore ampiezza del termine di infermità rispetto a quello di malattia, 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*»²⁰.

Il diverso approccio della dottrina, da un lato, e della psichiatria, dall'altro, hanno portato nel tempo allo sviluppo di diversi paradigmi interpretativi; proponiamo una sintesi dei diversi approcci.

La scienza psichiatrica propone un “**paradigma medico**” contrassegnato da un'interpretazione restrittiva, secondo cui le infermità mentali sono delle vere e proprie malattie del cervello o del sistema nervoso, caratterizzate da un substrato organico o biologico. Questo modello nosografico, che fu elaborato da **Emil Kraepelin**, afferma una totale identità tra infermità di mente ed ogni altra manifestazione patologica sostanziale; quindi un disturbo psichico può essere riconducibile a malattia mentale solo in quanto nosograficamente inquadrato. Rientrano nel concetto di infermità, secondo questo paradigma, le *psicosi*; intendendo queste ultime come condizioni morbose che comportano un disordine mentale di

²⁰ Della Noce P. “*Le Sezioni Unite voltano pagina in tema di imputabilità*”, rivista di Psicologia e Giustizia, anno V, n° 2, luglio-dicembre, 2004

particolare gravità, distinte dalla perdita dei nessi logici e/o del senso di realtà, nonché della coscienza di malattia; una disgregazione più o meno avanzata di tutta la personalità, la quale risulta globalmente compromessa. Nello specifico le *psicosi esogene od organiche* indicano quelle malattie psichiche provenienti da un noto agente patogeno ed accompagnate da ben conosciute alterazioni anatomo-patologiche; tra queste ricordiamo le psicosi dell'età senile, le confusionali, le traumatiche, le puerperali, le epilettiche, etc. Le *psicosi endogene o funzionali* sono invece alterazioni mentali prive di cause organiche, quanto meno note, ma considerate comunque malattie per il loro andamento processuale e per la loro profonda differenza ed incomprendibilità dei processi mentali rispetto a quelli abituali; rientrano in questo cluster la psicosi maniaco-depressiva e la schizofrenia. In particolare la schizofrenia paranoidea è idonea ad 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 e meccanismi ossessivi o simili.

Successivamente all'inizio del 900 con il diffondersi degli studi e delle teorie freudiane iniziò ad affermarsi il paradigma "*psicologico*"; per il quale i disturbi mentali rappresentano delle disarmonie dell'apparato psichico. Diventa così rilevante la realtà inconscia, che prevale sul mondo reale. I disturbi mentali vengono ricondotti a disarmonie dell'apparato psichico in cui le fantasie

inconsce raggiungono un tale potere che la realtà psicologica diventa, per il soggetto, più significativa della realtà esterna.

Il concetto d'infermità si allarga fino a comprendere non solo le psicosi organiche e funzionali ma anche altri disturbi morbosi dell'attività psichica, come le nevrosi, le psicopatie e i disturbi dell'affettività. Oggetto dell'indagine ora non è più la persona-corpo, ma la persona-mente.²¹

Il paradigma psicologico ci pone di fronte ad una definizione nuova e diversa del disturbo mentale, forse per la prima volta si pone l'accento su concetti quali i disturbi dell'affettività, le nevrosi e le psicopatie. E' opportuno definire questi concetti.

Con il termine "*nevrosi*" si fa riferimento ad una condizione di sofferenza della psiche, di natura assai varia, che si manifesta con ansia in misura eccedente e più duratura rispetto a quella presente in ogni persona, ed è espressione di una conflittualità non risolta generata da conflitti interiori o interpersonali o con l'ambiente sociale. In questo caso, le risposte a certi stimoli (frustrazioni, conflitti psichici, etc.) si traducono essenzialmente in sofferenza personale del soggetto (autoaggressività).

Per "*psicopatie*" si intende, generalmente, una grave e permanente anomalia del carattere, che favorisce comportamenti di disturbo e di sofferenza per gli altri (eteroaggressività). Senza sensi di colpa, ansie e conflitti interiori (egosintonie), ma in piena armonia con se stesso, lo psicopatico riflette le proprie dinamiche psichiche

21 Della Noce P. "*Le Sezioni Unite voltano pagina in tema di imputabilità*", rivista di Psicologia e Giustizia, anno V, n° 2, luglio-dicembre, 2004

sull'ambiente attraverso condotte disturbanti (personalità istrioniche, esplosivi, impulsivi, disaffettivi, fanatici, sessuali, etc (F. Mantovani, 1984).

E' opportuno, in questo contesto, fare un inciso e ricordare che il concetto di psicopatia o personalità psicopatica non è di facile inquadramento.

Il termine "*personalità psicopatica*" fu coniato da da Kräpelin nel 1907, che la collocò nel grande contenitore della degenerazione. Nel 1952 L'A.P.A. (American Psychiatric Association) adottò il termine di "*disturbo sociopatico di personalità*" o "*sociopatia*". Negli anni ottanta dopo la pubblicazione del secondo *Manuale statistico e diagnostico* dell'A.P.A. (DSM II) la sociopatia coincise con l'espressione "*personalità antisociale*" (Gabbard 1992). Infine Kernberg identifica la psicopatia come una variante primitiva del disturbo narcisistico di personalità, con la medesima sottostante organizzazione *borderline* di personalità che fa affidamento su difese primitive e su relazioni d'oggetto interne altamente patologiche (O. F. Kernberg, 1975).

Oggi spesso i concetti clinici di *psicopatia* e *disturbi di personalità* coincidono, esprimono 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.

Per completare l'escursus intrapreso dal concetto di infermità si tenga presente che negli anni '70 ha esordio il "*paradigma sociologico*" secondo cui la malattia mentale è un disturbo psicologico

avente origine sociale, non più attribuibile ad una causa individuale di natura organica o psicologica, ma a relazioni inadeguate nell'ambiente in cui il soggetto vive. Esso nega la natura fisiologica dell'infermità e pone in discussione anche la sua natura psicologica ed i principi della psichiatria classica proponendo un concetto di infermità di mente come "malattia sociale".

Nella scienza psichiatrica odierna, infine, si impongono orientamenti che prediligono un "*modello integrato*" della malattia mentale, in grado di spiegare il disturbo psichico sulla base di diverse ipotesi esplicative della sua natura e della sua origine; si tratta in sostanza di una visione che tiene conto di tutte le variabili, biologiche, psicologiche, sociali, relazionali, che entrano in gioco nel determinismo della malattia, superando la visione eziologica monocausale della malattia mentale e pervenendo in tal modo ad una concezione multifattoriale integrata.

In sintesi l'infermità (da in-firmus = non fermo) in senso psichiatrico forense non individua un "disturbo mentale", ma le ripercussioni di questo sul funzionamento psichico del soggetto e quindi sul suo comportamento. **Ne deriva che un "malato" può anche non essere infermo e "viceversa".**

La sentenza 9163 del 2005: i disturbi di personalità rientrano tra le cause di non imputabilità

Da quanto detto, fin ora, riguardo l'imputabilità si è potuto rilevare che il tema è tuttora controverso; spesso dottrina e scienza psichiatrica non sono in accordo riguardo le possibili cause di attenuazione o esclusione dell'imputabilità. Proprio in quanto terreno così scivoloso la giurisprudenza si è spesso pronunciata al riguardo attraverso numerose sentenze della Corte Cassazione.

Di particolare rilevanza ai fini della presente trattazione è la sentenza emessa a Sezioni Penali Unite dalla Corte di Cassazione il 25 gennaio 2005 n° 9163. Una sentenza importante perché non si limita a precisare il principio di diritto, ma ad effettuare una vera ricognizione delle sostanziali linee del rapporto tra scienza psichiatrica e giudizio penale, nella consapevolezza di una necessaria collaborazione tra giustizia penale e scienza. L'antefatto è costituito dal ricorso presentato da un imputato, e accolto dalla Suprema Corte. All'imputato, nel secondo grado di merito, era stato negato il vizio parziale di mente (art. 89 c.p.) in quanto causato da “*disturbi di personalità*” e non da infermità.

La Corte di Cassazione si è pronunciata al riguardo dichiarando i disturbi di personalità idonei a compromettere la capacità di intendere e di volere, ma precisando che gli stessi devono essere, a tal fine, dotati di consistenza, rilevanza, intensità, gravità. Inoltre è necessario

che tra disturbo mentale e fatto reato sussista uno specifico nesso eziologico.

Si riporta la massima della Cassazione.²²

“Anche i “disturbi di 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 art. 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 dell'imputabilità le altre “anomalie caratteriali” o 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 e il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo”.

Citando le parole della Suprema 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”.*

²² Corte di Cassazione Sezioni Penali Unite, sentenza n° 9163 del 25 gennaio 2005.

Quindi ai disturbi di personalità può essere riconosciuto il carattere di “infermità”, giuridicamente rilevante, a condizione che essi abbiano inciso significativamente sul funzionamento dei meccanismi intellettivi e volitivi del soggetto.

Ma perché ciò abbia una qualche rilevanza giuridica la dottrina ancora il giudizio sull'esclusione dell'imputabilità derivante da vizio di mente a due presupposti.

In primo luogo occorre che i disturbi della personalità siano **di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e di volere**. Dunque un disturbo idoneo a provocare nel soggetto agente una situazione di assetto psichico incontrollabile ed ingestibile che lo rende incapace di esercitare il dovuto controllo dei propri atti, di indirizzarli, di percepire il disvalore sociale del fatto, in una parola di autodeterminarsi. In secondo luogo occorre, secondo la Cassazione, che **il giudice, nell'accertare il fatto trovi la sua genesi e la sua motivazione nel disturbo mentale stesso**. Risulta cioè necessario, perché si possa parlare di infermità di mente e di esclusione di capacità di intendere e volere, che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo.

Come sostiene Fornari l'aspetto innovativo della sentenza è rappresentato dal concetto di “(mal)funzionamento mentale”; si focalizza, così, l'attenzione su un secondo livello di analisi che non trascura l'inquadramento nosografico, ma lo supera e lo integra. In

questo modo la nozione di infermità acquisisce due aspetti diversi, ma complementari: quello *categoriale* (rappresentato dalla diagnosi) “*il che cosa ha*”, da quale patologia mentale è affetto; e quello *dinamico funzionale* ossia come ha *funzionato* la psiche del soggetto in relazione al fatto reato. Si pone, così, l'accento su quanta compromissione funzionale ha comportato quel disturbo in riferimento e al momento del fatto reato.

L'infermità in senso psichiatrico forense non individua più semplicisticamente un “disturbo mentale” ma ricomprende i riflessi di questo sul funzionamento psichico del soggetto e, quindi, sul suo comportamento.

L'infermità giuridicamente rilevante è dunque costituita dalla confluenza nel reato di un disturbo funzionale che consegue ad un disturbo mentale, al punto da compromettere in concreto la capacità di autodeterminazione del soggetto, incidendo in maniera rilevante e grave sulla sua autonomia funzionale, il “*quid novi*” o “*quid pluris*”, e conferendo in tal modo il significato di infermità all'atto agito o subito²³.

23 Fornari U. “*I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto di infermità*”, in Cassazione Penale, Giuffrè Editore, Milano, 01-2006, pag. 275.

Inquadramento nosografico dei Disturbi di Personalità

Nel precedente paragrafo è stata sottolineata l'importanza che la sentenza 9163/2005 riveste per la scienza forense; poiché come precedentemente detto, finalmente è stata fatta una certa chiarezza, in ambito dottrinale, sullo scivoloso terreno dei disturbi di personalità.

Prima di inoltrarsi nella classificazione degli stessi disturbi è opportuno soffermarsi sul concetto di personalità.

L'etimologia della parola personalità è composta dalle radici di due termini che derivano uno dal latino: ossia persona = maschera e l'altro dal termine europeo: carattere = impronta. La personalità costituisce l'aspetto dinamico dell'esistenza dell'uomo; la si può definire come l'assetto psichico, specifico ed unico di ogni persona. È strutturata in un insieme di disposizioni psichiche che includono il sentimento di sé dell'individuo, il suo comportamento, le sue reazioni alle circostanze esterne, il modo di perseguire gli interessi, di soddisfare i bisogni, di raggiungere i fini; l'organizzazione dinamica degli aspetti cognitivi, affettivi e volitivi dell'uomo. L'insieme delle caratteristiche di ciascun individuo quali si manifestano nelle modalità del suo vivere sociale, nelle sue interrelazioni con il contesto.

La più recente letteratura (vedi Cloninger et al. 1993-2000), ha descritto la personalità come la sintesi tra carattere e temperamento, dove per temperamento si intendono le influenze genetiche e

costituzionali esercitate sulla personalità. Il temperamento risulta poco modificabile nel tempo, è la struttura più stabile della personalità. Il termine carattere si riferisce, invece, alle influenze apprese tramite il processo di socializzazione, è la componente più dinamica della personalità poiché si modifica nel tempo e con le esperienze della vita.

Dopo questa breve premessa torniamo ad occuparci della nosografia dei disturbi di personalità.

Partendo dalla classificazione fatta da Schneider²⁴, lo stesso aveva diviso le anomalie psichiche in due classi: le varianti abnormi dell'essere psichico e le sequele di malattie, di queste ultime fanno parte le psicosi organiche e funzionali. Nell'ambito delle personalità abnormi aveva individuato, 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 patologico*. Non c'è nessun motivo per ricondurle a malattie o anche a malformazioni”.

Questa classificazione è rimasta, sostanzialmente invariata negli anni, fino alla apparizione negli anni ottanta, del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Il DSM ha avuto varie edizioni, nella più recente, DSM-IV del 1994, il termine di personalità psicopatiche è sostituito con quello di “*Disturbi di Personalità*”.

24 SCHNEIDER K., *Klinische Psychopathologie*, Thieme Verlag, Stuttgart, 1950, III ed.; Psicopatologia clinica, Fioriti, Roma, 2005, XIV ed. tedesca, IV italiana.

Da un punto di vista nosografico è prassi distinguere i *tratti di personalità* dai *disturbi*.

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

I ***Disturbi di Personalità*** si impiantano: "quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattativi, e causano quindi una *significativa compromissione del funzionamento sociale o lavorativo*, oppure una sofferenza soggettiva; questa diagnosi dovrebbe essere fatta soltanto quando le caratteristiche specifiche sono peculiari di un *funzionamento a lungo termine dell'individuo*, e non sono limitate ad episodi ben definiti di malattia".

La nozione di "Disturbo" così com'è enunciata nel DSM non chiarisce, in ambito e per le necessità forensi, tutte le possibili sfumature dei vari quadri sintomatologici in base alla loro gravità; per questo si ravvisa la necessità di riprendere concetti appartenenti alla psichiatria classica e tuttora attuali come le "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 *psicopatìa*.

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, respiscenza 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 DSM. i disturbi di personalità si collocano sull'asse II, dedicato ai disturbi mentali con caratteristiche di stato. Si definiscono sintomatologie di stato quelle caratteristiche transitorie ed episodiche del comportamento (per lo più egodistonico) provocate da eventi esterni. Stato è uguale sintomo e sintomi caratteristici possono essere ad esempio: disforia, ansia, agiti impulsivi, e distruttivi.

Classificazione del DSM-IV-TR

Nel DSM I disturbi di personalità sono racchiusi in tre cluster:
A) caratterizzato da individui che appaiono spesso insoliti o eccentrici; B) i soggetti appaiono spesso drammatici, teatrali ed

instabili; C) gli appartenenti a questo gruppo sono spesso ansiosi ed inibiti.

Cluster A

Personalità paranoide → (F60.0) le persone con questo disturbo di personalità sono generalmente fredde e distanti nelle relazioni interpersonali, oppure sono controllanti e gelose se sviluppano un attaccamento. Tendono a reagire con sospetto ai cambiamenti situazionali e a trovare motivazioni ostili e malevole sotto gli atti futili. Spesso queste motivazioni ostili rappresentano le proiezioni della loro stessa ostilità verso gli altri. Essi utilizzano l'identificazione proiettiva per giustificare i loro sentimenti originari. Tuttavia, non riescono ad accorgersi del proprio ruolo in un conflitto.

Personalità schizoide → (F60.1) i soggetti con questo disturbo di personalità sono introversi, tendenti al ritiro, solitari, emotivamente freddi e distanti. Appaiono il più delle volte assorbiti nei propri pensieri e nelle proprie sensazioni e hanno paura dell'amicizia o dell'intimità con gli altri. Sono reticenti, sognano a occhi aperti e preferiscono la speculazione astratta all'azione pratica.

Personalità schizotipica → (F21) come gli schizoidi, i soggetti con questo disturbo di personalità sono isolati socialmente e distaccati emotivamente, inoltre manifestano stranezze di pensiero, percezione e comunicazione come il pensiero magico, o la chiaroveggenza, idee di riferimento o ideazione paranoide. Queste stranezze ricordano la schizofrenia, ma non sono mai abbastanza gravi da soddisfarne i criteri.

Cluster B

Personalità borderline → (F60.31) le persone con questo disturbo di personalità (prevalentemente donne) sono caratterizzate da instabilità dell'immagine di sé, dell'umore, del comportamento e delle relazioni interpersonali. Questo disturbo di personalità si rende evidente nella prima età adulta, ma tende a divenire più lieve o a stabilizzarsi con l'età. Queste persone sono sempre alla ricerca di attenzione. Quando temono la perdita della figura curante, il loro umore cambia sensibilmente e si manifesta spesso una rabbia intensa e inappropriata. Il cambiamento d'umore è accompagnato da drastici mutamenti nella visione del mondo, di se stessi e degli altri, dal bianco al nero, dall'odio all'amore o viceversa (v. Scissione nella Tab. 1). Il loro punto di vista non è mai neutrale. Quando si sentono abbandonati si dissociano o diventano disperatamente impulsivi. Talora, il loro

giudizio sulla realtà è così inadeguato che hanno brevi episodi di pensiero psicotico, come p. es., idee paranoide e allucinazioni. Queste persone hanno relazioni interpersonali di gran lunga più drammatiche e intense rispetto a quelle dei soggetti con disturbi di personalità del cluster A. I loro processi di pensiero sono più disturbati di quelli degli individui con personalità antisociale e l'aggressività è più spesso rivolta contro se stessi. Sono più collerici, più impulsivi e più confusi riguardo la propria identità rispetto quelli con personalità istrionica. La scissione, il passaggio all'atto, l'ipocondria e la proiezione sono i meccanismi di difesa più comuni (v. Tab. 1).

Tabella 1. Meccanismi di difesa

Meccanismo	Definizione	Risultato	Disturbi di personalità implicati
Proiezione	Attribuzione dei propri sentimenti inconsci agli altri	Conduce a pregiudizi, rifiuto dell'intimità attraverso la sospettosità paranoide, l'ipervigilanza nei confronti di pericoli esterni e il collezionare ingiustizie	Tipica delle personalità paranoide e schizotipiche; usata dai soggetti con personalità borderline, antisociale o narcisistica sotto stress acuto
Scissione	Percezioni o pensiero di tipo bianco-nero o tutto-nulla, in cui le persone sono divise in salvatori idealizzati completamente buoni e portatori di male completamente cattivi	Evita il disagio dei sentimenti di ambivalenza (cioè, avere sentimenti di amore e odio per la stessa persona), di incertezza e di impotenza	Tipica della personalità borderline
Passaggio all'atto	Espressione comportamentale diretta di un desiderio o impulso inconscio che consente alla persona di evitare la consapevolezza dell'affetto doloroso o piacevole che accompagna tale impulso	Implica numerosi atti delinquenziali, spericolati, promiscui e di abuso di sostanze, che possono divenire così abituali che il soggetto non riconosce e respinge i sentimenti che avevano innescato tali atti	Molto comune nei soggetti con personalità antisociale, ciclotimica o borderline
Aggressività verso il sé	Consente ai sentimenti di rabbia verso gli altri di essere espressi verso il sé; quando è indiretta, viene chiamata aggressione passiva	Implica fallimenti e malattie che colpiscono più gli altri che il sé e comportamenti da pagliaccio fatui e provocatori	È alla base dei disturbi di personalità passivo-aggressivo e depressivo; è marcata nei soggetti con personalità borderline, che esprimono la rabbia verso gli altri con automutilazioni (vedi anche ipocondria, oltre)
Fantasia	Tendenza a usare relazioni immaginarie e sistemi di convinzioni personali per risolvere i conflitti e mitigare la solitudine.	Associata a eccentricità e a evitamento dell'intimità interpersonale	Usata dalle persone con personalità evitante o schizoide, che in contrasto ai soggetti psicotici, non credono alle fantasie e quindi non le mettono in atto

Personalità antisociale → (F60.2; precedentemente definita come psicopatica o sociopatica) le persone con questo disturbo sfruttano gli altri per ottenere vantaggi materiali o gratificazione personale. Mettono in atto i propri conflitti in maniera impulsiva e irresponsabile, a volte con ostilità e violenza grave. Sono scarsamente tolleranti alle frustrazioni. Spesso non prevedono le conseguenze negative dei propri comportamenti antisociali e poi, generalmente, non provano rimorso o sensi di colpa. Molti di essi hanno una buona capacità di razionalizzare con disinvoltura il proprio comportamento o di darne la colpa agli altri. La disonestà e l'inganno permeano le loro relazioni. Il disturbo di personalità antisociale spesso si associa all'alcolismo, alla tossicomania, all'infedeltà, alla promiscuità, al fallimento professionale, a trasferimenti frequenti e a reclusioni. Nelle società occidentali, questo disturbo di personalità è più comune negli uomini che nelle donne. Spesso il paziente ha subito una grave privazione emotiva negli anni dello sviluppo.

Personalità narcisistica → (F60.8) i soggetti con questo disturbo sono megalomani; hanno cioè un esagerato senso di superiorità. Le loro relazioni con gli altri sono caratterizzate dal bisogno di ammirazione e sono estremamente sensibili alle critiche, ai fallimenti o alle sconfitte

Personalità istrionica (isterica) → (F60.4) i soggetti con questo disturbo di personalità ricercano in modo accentuato

l'attenzione, sono manierati e teatrali. Queste persone possono associare degli atteggiamenti sessuali provocanti o un'erotizzazione delle relazioni non sessuali, a inibizioni e insoddisfazioni sessuali sorprendenti. Sotto i loro comportamenti sessualmente seduttivi e sotto la tendenza a esagerare i problemi somatici (cioè l'ipocondria) spesso si nascondono desideri più profondi di dipendenza e protezione.

Cluster C

Personalità dipendente → (F60.7) le persone con questo disturbo affidano la responsabilità degli aspetti principali delle proprie vite agli altri, e consentono che i bisogni di coloro da cui dipendono abbiano il sopravvento sui propri. Mancano di fiducia in se stessi e hanno una grande insicurezza circa la propria capacità di provvedere a sé stessi.

Personalità evitante → (F60.6) i soggetti con questo disturbo di personalità sono ipersensibili al rifiuto e hanno paura di intraprendere nuove relazioni o altre novità, perché possono fallire o restarne delusi. Questo disturbo di personalità è una variante di spettro della fobia sociale generalizzata. A causa del proprio intenso desiderio conscio di affetto e di essere accettati, le persone con un disturbo di

evitamento di personalità, a differenza di quelle con un disturbo di personalità schizoide, soffrono in modo evidente a causa del proprio isolamento e per l'incapacità di relazionarsi in modo soddisfacente con gli altri.

Personalità ossessivo-compulsiva → (F60.5) le persone con questo disturbo di personalità sono coscienziose, ordinate e affidabili, ma la loro rigidità spesso le rende incapaci di adattarsi ai cambiamenti. Possono avere difficoltà nel prendere decisioni. La maggior parte dei tratti ossessivo-compulsivi è di carattere adattativo.

La classificazione dell'I.C.D.- 10²⁵

Il sistema I.C.D.-10 del 1992 classifica diversamente i disturbi della personalità (F 60-F 69), distinguendoli in: disturbi di personalità specifici (F60); altri disturbi di personalità e forme miste (F61); modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale (F62); disturbi delle abitudini e degli impulsi (F63); disturbi dell'identità sessuale (F64); disturbi della preferenza sessuale (F65); disturbi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale (F66); altri disturbi della personalità e del

²⁵ 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;

comportamento nell'adulto (F68); disturbi non specifici della personalità e del comportamento nell'adulto (F69).

In particolare, il *Disturbo di Personalità Borderline* (F 60.31) viene delineato come sottocategoria del *Disturbo di Personalità emotivamente instabile* (F60.3) e il *Disturbo Schizotipico di Personalità* è ricompreso nella *Schizofrenia* (F21), di cui costituisce, però, categoria a se stante.

Nel DSM-IV (1994) le classiche nevrosi (che erano state divise in vari capitoli sia nel DSM-III, sia nel DSM-III-R) sono state sostituite da tre categorie:

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

Nell'ICD-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 (F40); altre sindromi ansiose (F41); sindrome ossessivo-compulsiva (F42); reazione a gravi stress e sindromi da disadattamento (F43); sindromi dissociative o da conversione (F44); sindromi somatoformi (F45); altre sindromi nevrotiche (F48)²⁶.

²⁶ Fornari U. "Trattato di Psichiatria Forense", IV edizione; Utet, Torino, 2008, pgg. 336-337.

Dopo questa breve trattazione inerente i due sistemi di classificazione nosografica più utilizzati ed in voga al momento è da sottolineare che: **non esistono in questi due sistemi classificatori i Disturbi Gravi di Personalità.**

Per poter affrontare questa disamina, che è quella che maggiormente riguarda questa trattazione, si dovrà ricorrere ad altro sistema di riferimento, in quanto nessun sistema classificatorio è in grado di dire quando un disturbo di personalità è grave. Al contrario la possibilità di poter effettuare questa attribuzione è fondamentale in psichiatria e psicodinamica forense.

Disturbi gravi di personalità

Le nozioni nosografico-descrittive non sono in grado di inquadrare la complessità plurifattoriale dei disturbi gravi di personalità; pertanto è necessario, ai fini di un corretto inquadramento, procedere con un secondo livello di analisi, quello dinamico-funzionale che ci permette di verificare il *funzionamento* o piuttosto il *(mal)funzionamento* mentale.

Qualsiasi comportamento umano è il prodotto del nostro funzionamento, in quella situazione esistenziale, in quel 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 rende in comportamenti e attraverso i quali manifesta il suo stile di vita, il suo funzionamento.

L'analisi **dinamico-funzionale** consente di effettuare le seguenti distinzioni tra personalità normale e personalità patologica

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

Tratto da: Fornari U. "Trattato di Psichiatria Forense", IV edizione; 2008, pgg. 322-323.

Concetto cardine per comprendere le distinzioni appena menzionate e quindi gli aspetti dinamico-funzionali che soggiacciono ad un determinato funzionamento patologico, è la nozione di “**Io**” inteso quale l'infrastruttura psichica che si definisce attraverso le sue funzioni, che sono:

- **Funzioni Percettivo-Memorizzative:** percezione delle situazioni per quelle che sono (interne od esterne al soggetto: percezione formale); attenzione; memoria (implicita, esplicita, prospettica, emozionale, ripetitiva, elaborativa, ecc.);
- **Funzioni Organizzative:** analisi, comprensione e conferimento di significato alle stesse (attribuzione di senso);
- **Funzioni Previsionali:** progettazione, previsione e valutazione delle possibili conseguenze delle risposte che possono essere emesse (analisi, critica e giudizio);
- **Funzioni Decisionali:** scelta tra adeguamento, evitamento o rifiuto (attivo o passivo) nei confronti della situazione stimolo (la decisione di agire o di non agire);
- **Funzioni Esecutive:** emissione della risposta scelta in vista dell'obiettivo che si vuole o si può raggiungere in quel particolare contesto relazionale (comportamento organizzato o disorganizzato; condotta intelligente o emotiva).

L'autonomia funzionale dell'Io deve essere intesa, non solo nel suo senso primitivo di istanza che interagisce con l'Es, e il Super-Io, ma anche come Io in relazione con gli oggetti (il Sé appunto). Il Sé si costituisce attraverso le nostre esperienze esistenziali e si trova in

rapporto con l'Io poiché gli offre continue informazioni che lo stesso utilizza per costruire e consolidare la sua identità. Ed ancora l'autonomia funzionale dell'Io è anche la 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 le 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 dell'Io e della sua autonomia funzionale.

E' necessario, dunque, staccarsi dalla categoria diagnostica per considerare quale e quanta compromissione funzionale ha comportato quel disturbo diagnosticato in riferimento al fatto reato.

In considerazione di quanto sin ora esposto si può affermare con Fornari che per poter definire un disturbo di personalità come **grave** è necessario ricorrere, a un modello di riferimento che consenta di porre una distinzione tra organizzazione di personalità nevrotica, psicotica e **borderline**²⁷. Quest'ultima, secondo Kernberg, include di

²⁷ Kernberg O. F., *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri, Torino, 1987; Kernberg O. F., *Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità* in: Clarkin J.F., Lenzenweger M.F. (a cura di), *I disturbi di personalità*. Cortina, Milano, 1996, 107-139

fatto tutti i disturbi gravi di personalità che si incontrano nella pratica clinica. Partendo, allora, da criteri di tipo psicodinamico, Kernberg propone le distinzioni tra tre tipi di *organizzazione di personalità* e cioè:

ORGANIZZAZIONE PSICOTICA		<p>1. <i>Diffusione dell'identità</i> 2. <i>Dominanza di scissione e di altre difese primitive</i> (identificazione proiettiva, negazione, onnipotenza, svalutazione, ecc.) 3. <i>Perdita esame di realtà</i></p>	Fusione degli oggetti in oggetti buoni e oggetti cattivi, oggetti idealizzati e oggetti persecutori	Fusione del Sé con gli stessi (incapacità di distinguere il Sé dal Non Sé)
ORGANIZZAZIONE BORDERLINE	<p>si per 1. e 2. no per 3. Manifestazioni aspecifiche di debolezza dell'Io (incapacità tollerare l'angoscia; mancanza controllo impulsi; carenza funzioni sublimatorie)</p>		Oggetti o buoni o cattivi	Separazione tra il Sé e gli oggetti parziali
ORGANIZZAZIONE BORDERLINE	<p><i>Bassa</i></p> <p><i>Alta</i></p>	<p>1 <i>Incapacità di integrare tenerezza e sessualità.</i> 2 <i>Vita sessuale caotica con molteplici tendenze infantili perverso-polimorfe</i> 3 <i>Schiacciante dominio dell'aggressività sulla sessualità</i> <i>Minore presenza di tutte le caratteristiche di cui sopra</i></p>	<p>Scissione degli oggetti</p> <p>Scissione degli oggetti</p>	Sessualità cooptata dall'aggressività = <i>parafilie</i>

ORGANIZAZIONE NEVROTICA		1. Identità del l'Io normale (Io forte) 2. Relazioni oggettuali integrate 3. Esame di realtà normale (tolleranza all'angoscia controllo degli impulsi utilizzazione di difese secondarie)	Raggiunta costanza d'oggetto Super-Io integrato Identità dell'Io ben sviluppata Operazioni difensive centrate sulla rimozione	Tipica patologia dell'inibizione sessuale edipizzazione delle relazioni oggettuali Inconscio senso di colpa verso impulsi sessuali infantili
--------------------------------	--	--	---	---

Tratto da: Fornari U. "Trattato di Psichiatria Forense", IV edizione; 2008, pg.363

Assolutamente in accordo con le teorie di Kemberg, di Fornari e altri condivido l'opinione di coloro i quali individuano la gravità del disturbo di personalità nella **organizzazione borderline di personalità**.

Per essere definito "grave" un disturbo di personalità deve essere caratterizzato, indipendentemente dal cluster in cui è inserito, da un **"funzionamento borderline di personalità"**. Accanto alle alterazioni del **funzionamento comportamentale** (impulsività e distruttività auto o eterodiretta poco o nulla organizzata) si osservano **alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale** (rabbia, timore dell'abbandono con depressione anaclitica, tendenza a stabilire legami fusionali e a mantenere relazioni simbiotiche, incapacità di affrontare gli stress, instabilità nei rapporti interpersonali), **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), *ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa* (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego). Quindi verificato un inquadramento diagnostico che soddisfi i criteri nosografici bisogna necessariamente, come già più volte affermato, passare ad un secondo livello di analisi che ha come scopo quello di esplorare il funzionamento di quella personalità: è **necessario spostare l'attenzione dal “che cosa ha” al “chi è”**.

Funzionamento di personalità borderline: un'interpretazione psicomodinamica

Per poter affrontare adeguatamente la trattazione del concetto di borderline da un punto di vista psicomodinamico è necessario intrattenersi su un prologo che riguardi i principali aspetti storici e diagnostici della sua evoluzione.

Evoluzione storica del concetto di “borderline”²⁸

Nel periodo prepsicoanalitico l'interesse dei primi alienisti era rivolto alle due psicosi maggiori (la schizofrenia, allora chiamata demenza precoce, e la psicosi maniaco depressiva). Mano a mano che si andava diffondendo la pratica ambulatoriale 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 in questo periodo 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. Successivamente Bleuler riconobbe che non tutti i pazienti affetti da demenza precoce (che lui ridefinì col termine di schizofrenia) deterioravano, alcuni mostravano in realtà dei decorsi attenuati e senza deterioramento.

Con l'entrata in scena della psicoanalisi il dibattito attorno al quadro clinico, che più tardi doveva essere definito borderline, spostò la sua attenzione e prese in considerazione la analizzabilità o meno dei pazienti, ovvero la 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

²⁸ Per questo contributo si è riconosciuti all'articolo di Paolo Migone, che si riporta quasi integralmente, *“Evoluzione storica del concetto di “borderline”*, tratto dal *Ruolo terapeutico*, 1990, 55,30-34.

(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.

Anche alla fine degli 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.

Quelle che seguono 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), "*personalità come se*" (H. Deutsch, 1942), "*schizofrenia pseudonevrotica*" (Hoch&Polatin, 1949), "*carattere psicotico*" (Frosch 1954, 1960), "*schizofrenia borderline*" (Kety et al., 1968), "*psicosi borderline*" (Aarkrog, 1973), "*pazienti indignantabili*" (Welner et al., 1973), "*disturbo subaffettivo*" (Akiskal, 1981).

Il termine *borderline*, che divenne comune circa alla metà del secolo scorso, veniva impiegato 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: Oberndorf, 1930; A. Stern, 1938; Knight, 1953; Kernberg, 1967; Grinker et al. 1968; Mahler, 1971; Gunderson & Singer, 1975; Spitzer et al., 1979.

Tra tutti questi 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). 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 li concepì come una entità nosografica abbastanza autonoma. 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. 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 giunti ai primi anni '70, in questo periodo vengono pubblicati i primi contributi di Otto F. Kernberg (1975, 1976, 1980, 1984) che trae ispirazione da varie fonti e, integrando la tradizione psicoanalitica nordamericana della Psicologia dell'Io con quella inglese legata alla teoria kleiniana ed alla scuola delle relazioni oggettuali, elaborerà un modello teorico di riferimento che è la base della attuale concezione di *“Organizzazione Borderline di Personalità”*.

Il lavoro 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 di una formazione psicoanalitica, produsse una ricerca descrittiva che tutt'ora è considerata un importante punto di riferimento, e che influì notevolmente negli sviluppi futuri delle ricerche e nella produzione poi anche del DSM. 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 loro criteri diagnostici.

Veniamo, ora, al concetto di borderline così come è stato espresso nel DSM (American Psychiatric Association, 1980). Spitzer e

la sua Task Force, nel costruire il DSM, 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(...) essi decisero di inserirla all'interno dei disturbi di personalità, cioè nell'asse II del DSM. Poi 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 queste 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 diagnosi perse la connotazione di "borderline" e nel DSM diventò la personalità "schizotipica", mentre la seconda perse la connotazione di "instabile" e divenne tout court la personalità "borderline" del DSM

Il DSM-III-R lasciò invariati questi otto criteri diagnostici, cinque dei quali devono essere presenti per fare diagnosi. Voglio qui ricordarli brevemente: 1) relazioni interpersonali intense e instabili caratterizzate da alternanti idealizzazioni e svalutazioni; 2) impulsività in almeno due aree potenzialmente pericolose a sé, quali sesso, droghe, piccoli furti, guida pericolosa, ecc.; 3) instabilità dell'umore, caratterizzata da rapidi viraggi verso la depressione, l'irritabilità, o

l'ansia, che durano ore o pochi giorni; 4) rabbia intensa e inappropriata; 5) periodici comportamenti suicidari o autolesivi; 6) marcato disturbo dell'identità in almeno due aree tra le seguenti: immagine di sé, sesso, carriera, scelta di amici, valori; 7) cronici sentimenti di vuoto e noia; 8) frenetici sforzi per evitare la solitudine o l'abbandono. Il tipico quadro clinico dei borderline che emerge dal DSM-III e dal DSM-III-R 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.

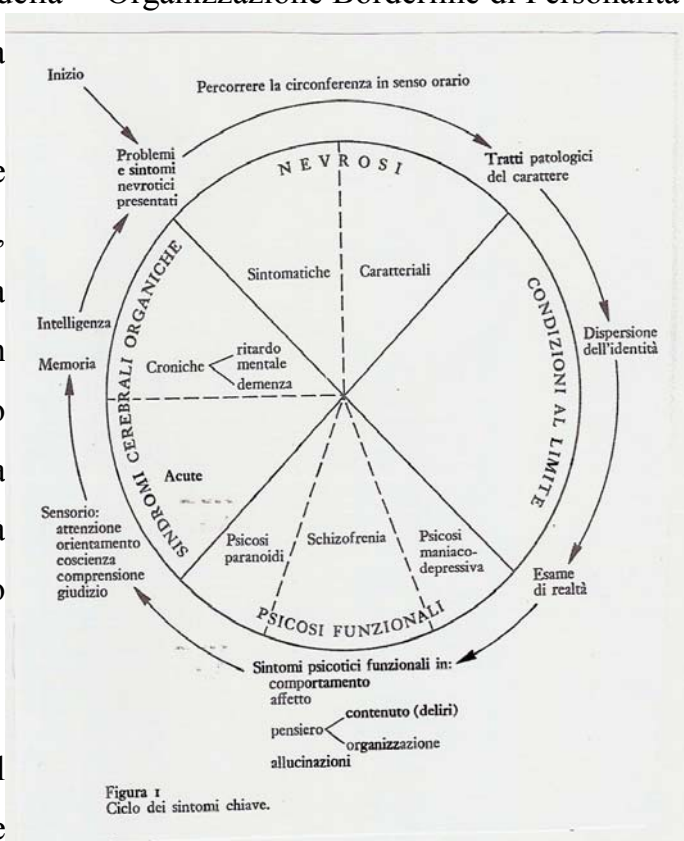
Le caratteristiche considerate più vicine alla schizofrenia (isolamento sociale, sospettosità, idee di riferimento, inappropriatezza), vengono assegnate alla diagnosi di personalità schizotipica.

L'organizzazione borderline di personalità

Si deve a Otto F. Kernberg (1975), come accennato in precedenza, la creazione di un nuovo modello psicodinamico, che integrando la tradizione psicoanalitica con la psicologia dell'Io, la teoria Kleiniana e la scuola delle relazioni oggettuali, si concretizza nel modello teorico della "Organizzazione Borderline di Personalità" (fig.1)²⁹.

Questa rappresentazione, che si colloca tra le nevrosi e le psicosi, non è però da intendersi come un preciso quadro sintomatologico, ma come una modalità di funzionamento essenzialmente intrapsichica, specifica e stabile nel tempo. L'autore

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) meccanismi di difesa



²⁹ Kernberg O. F. "Disturbi gravi di personalità", Boringhieri; Torino, 1987, pg. 42

primitivi (negazione, scissione, identificazione proiettiva, onnipotenza, svalutazione, idealizzazione primitiva). Kernberg quando elaborò la struttura dell'Organizzazione Borderline di Personalità (schema di pag. 55) la ha ulteriormente suddivisa in organizzazione “alta” o “bassa” a seconda che il funzionamento di personalità, in considerazione della capacità di utilizzare meccanismi di difesa più o meno evoluti, sia più vicino al registro psicotico o nevrotico.

Nelle *organizzazioni borderline di personalità alte* Kernberg ricomprende i disturbi di personalità: sado-masochistico; ciclotimico; dipendente; istrionico; narcisistico.

Nelle *organizzazioni borderline di personalità basse*, invece, troviamo: il disturbo paranoide; ipomaniacale; narcisistico maligno; ipocondriaco; schizoide; borderline; schizotipico; antisociale.

L'organizzazione borderline di personalità caratterizza ed identifica tutti i disturbi di personalità come gravi e permette una loro specifica trattazione clinica e forense.

Utilizzando un modello di *tipo dimensionale* di derivazione psicanalitica è possibile effettuare una distinzione tra *disturbo e organizzazione borderline di personalità*.

Esiste una differenza fondamentale tra disturbo e organizzazione di personalità; quest'ultima, infatti, ha un senso più ampio del DBP, poiché ricomprende più disturbi. **L'organizzazione riguarda un funzionamento di personalità, non costituisce una categoria diagnostica, perciò può essere presente in tutti i disturbi di personalità indipendentemente dal cluster in cui sono inseriti.**

Infine la maggiore o minore gravità del disturbo, l' alta o bassa organizzazione, dipende dalla maggiore o minore capacità di utilizzare meccanismi di difesa secondari rispetto a quelli primari.

Interpretazione psicodinamica³⁰

Il funzionamento borderline può manifestarsi sotto forma di tratti tipici del Disturbo borderline di personalità allo stato puro, ma anche come organizzazione di fondo di altri Disturbi di personalità, quali il narcisistico l'antisociale e il paranoide e anche di altri più evoluti, che possono rappresentare la maschera e il travestimento del funzionamento borderline sottostante.

I meccanismi di difesa utilizzati da questi soggetti sono di tipo primario (scissione, identificazione proiettiva, onnipotenza, idealizzazione/svalutazione, diniego).

Il *senso di identità* è scarsamente integrato (incertezze e confusioni nelle scelte sessuali, lavorative e sociali; sentimenti di vuoto, di nullità e di mancanza di significato; relazioni interpersonali intense e instabili).

³⁰ Per una trattazione più ampia del funzionamento borderline si veda: Fornari U. *“Trattato di Psichiatria Forense”* ; IV edizione, capitolo II, paragrafo III

L'esame di realtà è generalmente mantenuto (assenza di deliri e di allucinazioni, di disturbi gravi dell'umore; capacità di differenziare il Sé dal Non Sé, assenza di sintomi dissociativi).

Dal punto di vista della *psicologia delle relazioni oggettuali*³¹, i meccanismi scissionali fanno sì che nel rapporto interpersonale l'Altro sia vissuto (= mentalizzato) come il proprio Sé: cioè come “oggetto parziale”, non integrato e che la relazione con l'Altro sia di tipo “pregenitale”, “preedipico”, insensibile ad ogni autentica capacità e disponibilità empatica (in mancanza di una relazione di attaccamento sicuro non si introietta un Sé unitario e *non* si raggiunge una organizzazione della libido di tipo genitale).

Le immagini interiorizzate del Sé e degli Altri sono scisse in parti o buone o cattive, o idealizzate o persecutorie; non è possibile richiamare alla mente e integrare gli aspetti positivi e negativi del proprio Sé e degli altri. Le richieste di soddisfacimento dei bisogni istintuali sono caratterizzate da posizioni estreme e da continue oscillazioni tra forte necessità di attaccamento e di dipendenza (“invischiamento”) e intenso bisogno di repulsione (“distanziamento”) per le offerte di attenzione, affetto e interessamento. L'aggressività è fortemente correlata con distruttività, odio, dominio, tentativi di prevaricazione e di manipolazione. La possibile o probabile perdita dell'oggetto idealizzato e scisso causa depressione e angoscia (la grande paura), dalla quale il soggetto cerca di difendersi, di volta in

31 Le relazioni oggettuali, unite a caratteristiche costituzionali individuali, possono essere sperimentate come: 1. armoniche, organizzatrici, costanti, felici e costruttive, per cui l'immagine internalizzata del Sé e degli altri è *ben integrata*; oppure 2. disarmoniche, caotiche, dolorose, distruttive, imprevedibili, per cui l'immagine internalizzata del Sé e degli altri è *scarsamente integrata*.

volta, in maniera polemica, seduttiva, aggressiva, ricattatoria, sempre richiedendo aiuto e protezione. Quando e se ciò non può (più) avvenire, la perdita dell'oggetto (= abbandono) genera una devastante angoscia di frammentazione che assume le caratteristiche della così detta *depressione anaclitica*, conseguente alla drammatica rottura di un rapporto intensamente partecipato con l'oggetto non integrato e al connesso irrompere drammatico della disperante esperienza del vuoto, della colpa, dell'indegnità e dell'insignificanza, il cui corollario inevitabile è la *rabbia distruttiva*. Questo improvviso irrompere della rabbia, se non elaborata, si traduce in repentini, drammatici agiti autodistruttivi. Se la rabbia viene collocata all'esterno dell'Io, “non sono io il cattivo, ma tu”, attraverso il meccanismo della identificazione proiettiva (che consiste nel collocare in altri parti scisse del proprio sé, di solito cattive, di cui ci si vuol liberare), l'angoscia distruttiva fa sì che l'oggetto “cattivo” e “persecutore” venga (o possa venire) rabbiosamente aggredito e distrutto.

Come già sostenuto da Kernberg, la *patologia delle relazioni oggettuali internalizzate*³² è il vero “disturbo” nel Disturbo di personalità, la principale categoria clinica e dimensione psicopatologica “grave”, che comporta l'esperienza di relazioni oggettuali esclusivamente scisse una dispersione dell'identità, un'impossibilità di integrare gli affetti, di sviluppare capacità empatico-identificatorie di costruire un'immagine stabile della realtà e di se stessi e di progettare. A questo disturbo fondamentale sono

32 Kernberg O.F., “*Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*”, Bollati Boringhieri, Torino.1980 (ed. orig. 1976)

strettamente correlati: la *disforia ansiosa*, *l'irritabilità costante*, il *discontrollo degli impulsi*, *l'autodistruttività*.

Come sottolinea Maffei secondo Kernberg lo sforzo più elevato per una persona, sulla scala maturativa, consiste proprio nell'integrare gli affetti opposti nella rappresentazione oggettuale di un'unica persona. La personalità nevrotica riesce in questo anche in riferimento a se stessa: in certi momenti le cose vanno bene e ha stima di sé, in altre circostanze meno, ma conserva una percezione di sé nella quale gli aspetti di validità e di minore capacità sono integrati, in un'immagine coerente, cognitiva e affettiva di sé e degli altri.

Nell'organizzazione borderline di personalità viene mantenuta la rappresentazione cognitiva dell'oggetto. Permane una stabilità cognitiva, ma gli stati affettivi che vengono suscitati nel rapporto con l'oggetto non sono integrati, è come se affettivamente ne esistessero più di uno. Questi stati affettivi sono scollegati tra loro, non sono integrati. Allora potremmo affermare che i soggetti borderline non integrano le rappresentazioni perché non integrano gli affetti; per questo motivo conservano una cognizione stabile dell'altro, ma non riescono a equilibrare gli affetti, e stanno o nella negatività o nella positività.

L'aspetto strutturale centrale di cui parla Kernberg è la *dispersione di identità*. Le oscillazioni positivo/negativo che riguardano la rappresentazione dell'oggetto, e riguardano anche la rappresentazione di sé, impediscono di costruire un'immagine stabile, in termini di valore, della realtà e di se stessi. Kernberg spiega la

dispersione dell'identità utilizzando il *criterio strutturale*, ovvero il tipo di organizzazione difensiva. Egli sostiene che la difesa fondamentale che sorregge la dispersione dell'identità dei borderline è la scissione. Naturalmente la scissione tenendo tra loro separati gli affetti positivi e negativi impedisce l'integrazione dei diversi stati mentali. La scissione svolgerebbe, quindi, la funzione di proteggere da questa eventualità, ovvero dalla possibilità che vi sia un contatto con un possibile danneggiamento tra le diverse rappresentazioni oggettuali.³³

Non bisogna, poi, dimenticare l'importanza fondamentale delle distorsioni nel “*processo di attaccamento*”, da cui deriva il difetto di mentalizzazione o di funzione riflessiva presente nel borderline.

E' doveroso introdurre questi due concetti che sono parte integrante del modello teorico di Peter Fonagy. Per *mentalizzazione* si intende la capacità che una persona possiede di comprendere, di interpretare gli stati mentali e le azioni proprie e altrui (bidirezionalità) come dotate di significato. Questa abilità cognitiva è largamente sovrapponibile alla nozione di *capacità metacognitive*, fondamentali per la regolazione emotiva, l'inibizione e il controllo del proprio comportamento.

Tornando al borderline il difetto di mentalizzazione, che è presente in modo più o meno marcato in tutti i soggetti borderline; è legato a problemi di accudimento che si strutturano nel bambino fin dalla prima infanzia come prodotto di una relazione insicura, distorta e

³³ Maffei C., “*Il disturbo borderline di personalità*”. Bollati Boringhieri. Torino. 1993 e lettura magistrale in *Terapia di Comunità*, 5/30, 1-10. 2005.

confusiva tra il bambino e i suoi genitori (o caregiver, come sono denominati da J. Bowlby padre della teoria dell'attaccamento).

Una capacità di mentalizzazione positiva si sviluppa nel caso di una relazione sicura tra genitori (o loro sostituti) e bambino. Un processo di attaccamento normale, coerente e adeguato con coloro che se ne prendono cura consente al bambino di introiettare un'immagine integrata dell'altro (*attaccamento sicuro*). Una relazione distorta tra “curatori” e bambino (gravi carenze nell'accudimento, crudeltà, abusi, trascuratezza, contraddittorietà e imprevedibilità) genera un attaccamento patologico, insicurezza precoce, impulsività, irritabilità, labilità e un'immagine scissa dell'altro (*attaccamento insicuro e attaccamento disorganizzato*).³⁴

L'attaccamento di tipo “*disorganizzato*” e lo stile di conoscenza “ostilità” sono propri dell'organizzazione borderline in cui il senso di identità è estremamente fragile ed inconsistente; è presente un disperato bisogno degli altri per ritrovarsi e riconoscersi, fino al punto che quando l'altro si nega si trasforma in un nemico da annientare.

Secondo Kernberg gli studi effettuati sull'ambiente familiare dei soggetti con DBP suggeriscono che spesso questi pazienti subiscono una separazione precoce, ovvero una perdita della figura genitoriale, oltre ad avere gravi problemi familiari come conflitti o storie di abusi.

La compromissione fino all'impedimento della costruzione di un legame di attaccamento sicuro (l'oggetto “altro da Sé” introiettato in tutte le sue componenti costitutive e funzionali) conduce a forme

34 Fonagy P., “*Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*”. Cortina. Milano. 2002 (ed. orig., 2001); Bateman A., Fonagy P.; “*Il trattamento basato sulla mentalizzazione*”, Cortina, Milano, 2006 (ed. orig., 2004);

patologiche di attaccamento, per cui la presenza dell'altro è tollerabile solo se scissa nelle sue componenti opposte che non devono e non possono trovare una loro conciliazione e unitarietà nel Sé del borderline. Ne consegue una seria carenza di capacità empatico-identificatorie.

Allora accanto alle *alterazioni del funzionamento comportamentale* (impulsività, e distruttività quasi esclusivamente autodiretta) si osservano *alterazioni del funzionamento affettivo relazionale* (rabbia intensa, mutevole emotività, disforia ansiosa, tendenza a stabilire e nello stesso tempo a scindere legami fusionali e a mantenere/boicottare relazioni simbiotiche, depressione analitica conseguente all'abbandono, incapacità di affrontare gli stress, instabilità nei rapporti interpersonali); *disturbi dell'identità* (diffusione e assenza di una chiara identificazione con incapacità di reggere, organizzare ed elaborare la solitudine; fragilità e diffusività dell'Io; costruzione di un falso Sé; sentimenti cronici di vuoto, di noia e di insignificanza; condizione di continua irrequietezza interiore); *ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa* (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego); frequente produzione di *distorsioni cognitive*; alterazioni critiche del *sentimento di realtà* (perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno).

Segue una tabella con gli indicatori del funzionamento borderline, ricordando che non tutti devono essere contemporaneamente presenti, che molti di essi sono reversibili e che la loro incisività sul

funzionamento mentale e relazionale è quanto mai varia da soggetto a soggetto, anche se le aree compromesse sono fondamentalmente la cognitiva, l'emotiva, l'affettivo relazionale, quella dell'unitarietà dell'Io e delle relazioni oggettuali.

Indicatori del Funzionamento borderline di personalità

1. Deficit di attenzione e di concentrazione; difetto di funzione riflessiva e di mentalizzazione; stile cognitivo capriccioso e oscillante ..
2. Sospettosità e possibilità di formulare distorsioni cognitive frequenti con creazione/immersione in un'atmosfera di profonda persecutorietà.
3. Difficoltà/impossibilità di mantenere il funzionamento mentale su di un livello costante e unitario.
4. Forti disarmonie cognitivo-emotive fino all'impossibilità di pensare a ciò che si sta provando e dare il giusto nome all'emozione di quel momento, per difetto grave di capacità introspettive e riflessive e di inserimento degli aspetti cognitivi, affettivi ed emotivi in una trama esistenziale e temporale coerente (difetto di mentalizzazione e di integrazione tra le diverse funzioni psichiche che individua uno *stato dissociativo di base*); possibilità di una loro disorganizzazione critica transitoria legata a eventi stressanti (*scompenso dissociativo borderline*).
5. Impulsività per incapacità/impossibilità di autocontenimento e di successiva riflessione critica (*gli agiti, come improvvisi attacchi di angoscia autodistruttiva*).
6. Disforia rabbiosa e labilità dell'umore, con rapidi mutamenti del registro emotivo (rabbia distruttiva e non controllabile, drammatizzazione, indifferenza, disappunto) fino alla frammentazione delle manifestazioni emotive e affettive (incapacità/impossibilità di prendere le distanze dal proprio stato emotivo del momento).
7. Egocentrismo narcisistico di stampo infantile e immaturo.
8. Assenza di capacità empatico-identificatorie.
9. Intolleranza alla solitudine con esperienze angosciose di noia, di vuoto, di freddo, di insignificanza e di indegnità.
10. Bassa capacità di gestire situazioni stressanti.
11. Utilizzazione prevalente, se non esclusiva, di meccanismi difensivi

primari (negazione, scissione, identificazione proiettiva).

12. Difetto grave di un legame di attaccamento sicuro, costante e coerente, con alternanza confusiva e oscillante tra attaccamento invischiante e distanziante (*attaccamento disorganizzato*).

13. Relazioni oggettuali più o meno gravemente scisse, in maniera più o meno grave, per cui il soggetto ha fame di amore e di legami affettivi, ma respinge le attenzioni che altre persone gli offrono, per impossibilità di integrare e introiettare l'Oggetto nella sua globalità e unitarietà.

Tratto da Fornari U. "Trattato di Psichiatria Forense"; IV edizione; 2008; pag. 369.

Nella ricerca di un assetto funzionale, che abbia una certa continuità nel tempo, il borderline può anche mascherarsi dietro *tratti difensivi* che di volta in volta si possono caratterizzare come: *tratti paranoidi*, piuttosto che *tratti antisociali*, *narcisistici* o ancora *isterici*. Queste sovrastrutture difensive inglobano l'organizzazione borderline in una specie di maschera rigida e non autentica che permette un certo qual compromesso, più o meno funzionante, tra un negativo interno non rappresentabile e non dicibile (un accadimento negativo e patologico e correlate esperienze più o meno confusive e devastanti) e le esigenze della vita reale (*dissociazione debole o di base*).

Un soggetto che presenta una siffatta organizzazione di personalità e che ha una tolleranza allo stress quasi inesistente, in condizioni di stress acuto o cronico, può presentare un episodio di scompenso (*dissociazione transitoria*) borderline (*alterazione del sentimento di realtà*= perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il sé dal Non sé) o un episodio

psicotico delirante, (*alterazione dell'esame di realtà*= sintomi dissociativi e illusionali intensi, fenomeni allucinatori, ideazione delirante, grave compromissione dell'umore) due quadri = *scivolamenti psicotici* = *Minipsychosen*.³⁵

Superato lo scompenso acuto, borderline o psicotico, il soggetto di solito rientra nella dimensione e nel funzionamento borderline; può però accadere che vada incontro ad una lenta metamorfosi autistica, o ad una organizzazione delirante con sviluppo progressivo di psicosi e passaggio in quella dimensione con una maggiore o minore stabilizzazione nella stessa.

35 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 paranoideo (BRAY A., *Moral responsibility and borderline personality disorder*, Australian a. New Zealand J. Psychiatr, 37, 270-276, 2003.).

Valutazione clinico forense del disturbo grave di personalità

La domanda alla quale ogni perito deve rispondere è: quando un disturbo mentale può essere causa di una compromissione parziale o totale della capacità di intendere e di volere.

Siamo giunti alla determinazione che non è possibile fare una corretta valutazione clinico forense utilizzando esclusivamente l'inquadramento nosografico del disturbo. La sola dimensione categoriale (la diagnosi) non è sufficiente ad esprimere la complessità di un vissuto e della sua drammaticità; in questo senso diventa indispensabile utilizzare una dimensione funzionale (la criminogenesi e la criminodinamica) del disturbo mentale, poiché è questo tipo di analisi che ci aiuta a comprendere lo stato di mente di un autore di reato.

Per evitare che qualsiasi funzionamento alterato possa essere considerato patologico e quindi gli venga conferito il “valore di malattia” è chiaro che il (mal)funzionamento psichico deve essere codificato, ossia riportato ad una dimensione psicopatologica alterata che gli attribuisca una diagnosi. Nei casi in cui il funzionamento alterato non faccia parte di una categoria psichiatrica stabilita, e quindi non rientri in un disturbo psicotico o in un disturbo grave di personalità, ci si limita ad esplorare criminogenesi e criminodinamica, collocando qualsiasi valutazione al di fuori del concetto di valore di malattia, o meglio di infermità..

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 scompensamento (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 scompensamento 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.

La valutazione dello stato di mente di un periziando e del valore di malattia di un suo atto avente rilevanza giuridica, quindi, riconoscono una tappa obbligata nell'analisi della *compromissione del suo funzionamento* derivante o meno dai disturbi psicopatologici eventualmente individuati e aventi connessione diretta con le modalità del fatto.

Conclusioni

In definitiva la sentenza 9163/2005 ha fatto chiarezza nella diatriba che per lungo tempo era intercorsa tra le posizioni della dottrina e quelle della scienza psichiatrica.

Ad oggi è acclarato che i Disturbi Gravi di Personalità rientrano tra le cause atte a escludere o grandemente scemare la capacità di intendere e di volere di un soggetto agente, fermo restando che sia determinato un nesso eziologico tra infermità e reato; nesso che costituisce condizione fondamentale della non imputabilità insieme al grado di compromissione della personalità.

Dalla trattazione fin qui svolta appare chiaro, inoltre, che per poter effettuare una corretta valutazione clinico forense non possiamo limitarci ad utilizzare semplicemente dei criteri nosografici o delle classificazioni diagnostiche. Per poter interpretare adeguatamente il nostro incarico è necessario tener conto di una valutazione pluridimensionale, dove i criteri della psichiatria vengano integrati da quelli della clinica e della psicodinamica al fine di fornirci una valutazione “grandangolare” complessiva delle strutture e del funzionamento del soggetto che stiamo valutando.

Si è arrivati, al termine di questa trattazione, alla determinazione non di un disturbo di personalità, ma di una organizzazione, di un funzionamento strutturale e dinamico che soggiace e comprende l'intera esperienza e il vissuto spesso drammatico che sottolinea una

storia così complessa, come quella di un individuo affetto da un funzionamento borderline di personalità. Un individuo che spesso si confronta con la devastante angoscia di frammentazione conseguente alla drammatica rottura di un rapporto intensamente partecipato con l'oggetto non integrato. Le angosce di vuoto e di abbandono che via via prenderanno forma nell'agito, nella rabbia distruttiva che è loro tipica.

Attraverso i palinsesti teorici forniteci dalla più accreditata letteratura scientifica, vedi Stern, Kernberg, Gunderson, Fonagy, Fornari e molti altri, è stata avvalorata la tesi che vede nella valutazione clinico forense la confluenza di più saperi e più metodologie al fine di creare un palinsesto comprensivo di tutti i livelli funzionali coinvolti.

Bibliografia

Andreoli V., *“La perizia psichiatrica”*; consultabile sul sito:
www.sestaopera.it/DOCUMENTI/DOSSIER/Andreoli.pdf; 7 maggio
1999.

Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R. a cura di *“DSM-IV-T.R.,
Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision”*;
Edizione italiana, Masson, Milano, 2000.

Bateman A., Fonagy P.; *“Il trattamento basato sulla
mentalizzazione”*, Cortina, Milano, 2006 (ed. orig., 2004);

Cancrini L., *“L'oceano borderline”*, racconti di viaggio, Raffaello
Cortina Editore, Milano, 2006;

Cazzaniga A., *“Programma di medicina legale”*, La Sorgente,
Milano, 1955;

Ceretti A.- Merzagora I., *“Questioni sull'imputabilità”*, in AA.VV.,
Questioni sulla imputabilità, a cura di A. Ceretti e I. Merzagora,
Padova, 1994.

Corte di Cassazione; Sezioni Penali Unite; sentenza n° 9163 del 25
gennaio 2005: *“La capacita di intendere e di volere e i disturbi della
personalità dell'imputato”*; consultabile sul sito:

www.altalex.com/index;

Crespi A., voce *“Imputabilità”*, *Enciclopedia del Diritto*, vol. XX,
Giuffrè, Milano, 1970, p. 3;

Fabriciani M., “*La capacità di intendere e di volere alla luce delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione n. 9163/2005*”; consultabile sul sito: www.aipgitalia.org/ rivista online;

Fonagy P., “*Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*”. Cortina. Milano. 2002 (ed. orig., 2001);

Fornari U., “*Nozione di malattia, valore di malattia, vizio di mente e problemi nel trattamento dell'autore di reato*”, *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, Vol. CXI, Fasc. V, pg. 1043, 1987/a.

Fornari U., “*Improvviso furore, coscienza e volontà dell'atto: storia di un concetto*”, in *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, Vol. CXI, Fasc. VI, p. 1325, 1987/b;

Fornari U., “*Psicopatologia e Psichiatria Forense*”, UTET, Torino 1989/a;

Fornari U., “*Il valore di malattia alla luce del DSM-III-R*”, in: Dell'Osso L., Lomi A. (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Giuffrè, Milano, 1989/b, p. 9;

Fornari U. “*Malattia mentale, valore di malattia e infermità di mente*”; Relazione tenuta per conto del Consiglio Superiore della Magistratura, Roma, 11 febbraio 2004, sul tema: “*Medicina legale: malattia mentale e processo*”.

Fornari U., “*I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto d'infermità*”; in *Cassazione Penale*, XLVI- gennaio 2006, n° 01, pgg. 274- 280, Giuffrè Editore, Milano.

Fornari U., “*Trattato di psichiatria forense*”; Utet; Milano; 2008;

Iaria A.- Capri P., “*Osservazioni sui problemi dell'imputabilità delle personalità abnormi*”, estratto da “*Personalità e psicopatologia*”, a cura di Santeschi P – Magini C., volume I, ETS editrice Pisa 1990.

Introna F., “*I diritti del malato di mente, ovvero il malato di mente nel diritto*”, in: Mastronardi V. (a cura di), *Criminologia Psichiatria Forense e Psicologia Giudiziaria*, Scritti in memoria di Franco Ferracuti, Antonio Delfino Editore, Roma, 1996, pp. 292-327;

Kemali D., Maj M., Catapano F., Lobraccio S., Magliano L., -a cura di “*International Classification of Disease*” . ICD 10. Capitolo V (F). OMS , Masson, Milano; 1995.

Kernberg Otto F., “*Sindromi marginali e narcisismo patologico*”; Bollati Boringhieri; Torino; 1978;

Kernberg Otto F., “*Disturbi gravi della personalità*”, Bollati Boringhieri; Torino; 1987;

Manuale Merck, “*Diagnosi e terapia*”; Merck Sharp&Dohme Italia s.p.a. 2006; consultabile al sito www.msd-italia.it/altre/manuale/sez.15

Maffei C., “*Il disturbo borderline di personalità*”. Bollati Boringhieri. Torino. 1993 e lettura magistrale in *Terapia di Comunità*, 5/30, 1-10. 2005.

Mantovani F., “*L'imputabilità sotto il profilo giuridico*”, in: Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Giuffrè, Milano, 1990, p. 17;

Manuale Merck, “*Diagnosi e terapia*”, Merck Sharp&Dohme Italia s.p.a., 2006; consultabile al sito www.msd-italia.it/altre/manuale/sez.15;

Marchetti M., “*Cenni storici di psichiatria forense*”, in: Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Giuffrè, Milano, 1990, pg. 1;

Merzagora Betsos I., “*Imputabilità*”; consultabile al sito: www.jus.unitn.it/users/dinicola/criminologia/topics/materiale/dispensa_4.pdf;

Migone P., “*Evoluzione del concetto di borberline*”; in *il Ruolo Terapeutico*, 1990- 31-34;

Müller-Suur H., “*Zur Frage der strafrechtlichen Beurteilung von Neurosen*”; *Archiv für Psychiatrie*; 1956;

Ponti G., “*Compendio di Criminologia*”; Cortina; Milano; 1990;

Portigliatti Barbos M., Marini G., “*La capacità di intendere e di volere nel sistema penale italiano*”, Giuffrè, Milano, 1964;

Sperry L., “*I disturbi di personalità, dalla diagnosi alla terapia*”, seconda edizione, McGraw-Hill, Milano, 2004.

Tramontano L., “*La capacità di intendere e di volere del soggetto agente, percorso ermeneutico tra dato normativo, dottrina e scienza psichiatrica, alla luce della sentenza della Cassazione n. 9163/2005*”; Halley; Macerata; 2006;

Troisi E. M., *“Disturbi di personalità e non imputabilità: Il
“funzionamento” borderline”*; consultabile al
sito: www.aipgitalia.org/rivista online.

