

AIPG

ASSOCIAZIONE ITALIANA di PSICOLOGIA GIURIDICA

CORSO DI FORMAZIONE

in

**PSICOLOGIA GIURIDICA, PSICOPATOLOGIA E PSICODIAGNOSTICA
FORENSE**

“LA NOZIONE GIURIDICA DI *INFERMITA*’ E IL *DISTURBO BIPOLARE*”

Viotti Adriana
2008

INDICE

- Introduzione: Cenni storici

1. Approccio giuridico

- L'imputabilità

- Il vizio di mente e l'infirmità

2. Approccio clinico: La diagnosi

3. Il Disturbo Bipolare

- Inquadramento nosografico

- La valutazione clinico-forense

Introduzione:

Cenni storici

La nostra attuale legislazione, non meno della nostra cultura, affonda le radici nell'antica Roma. Già IV- V secolo a.C., quando fu compilata la prima legge scritta, in accordo con la dottrina di Ippocrate, i folli erano considerati malati e, pertanto, se commettevano reati non venivano puniti. Pazzi erano considerati sia i "furiosi", termine che comprendeva qualsiasi patologia mentale, sia i "fatui", cioè gli sciocchi, i deboli di mente; "la massima romana ,dunque, equiparava l'irresponsabilità del pazzo (demens) a quella dell'infante (infans: da 0 a 7 anni).(Fonari, 2008 p.4). Le legislazioni successive furono anche più esplicite nel l'affermare l'impunità del delitto nei casi di alienazione mentale, spesso venivano finanche indicate le specifiche malattie o stati mentali escludenti l'imputabilità e si sottolineava il fatto che, se il delitto era commesso in un *lucidum intervallum*, il malato ne era considerato responsabile, mentre in modo simile all'alienazione mentale erano considerati gli *intensi gradi delle passioni* e gli stati di intossicazione acuta, come l'ubriachezza.

Sin dagli esordi del diritto penale si andavano già delineando, dunque, quelli che sono gli attuali confini del concetto di *imputabilità*: volontà libera e discernimento, conoscenza e intenzione: "la violazione della legge e il conseguente danno potevano addebitarsi a una persona soltanto se questa ne aveva avuto la conoscenza e l'intenzione", mentre, invece, tale violazione "non formava oggetto di reato se era disgiunta dalla *malvagia volontà dell'agente*"(dolo o elemento soggettivo del delitto) (*ibidem* p. 7).

Le illuminate intuizioni degli antichi romani attraversarono però lunghi secoli bui durante i quali la malattia mentale fu intesa come diretta espressione della possessione demoniaca, i delitti come peccati, pazzia magia ed eresia erano fuse in un solo concetto. Durante tutto il Medioevo, infatti, e fino al XVII secolo, la demonologia veniva utilizzata per spiegare la follia, punita in modo crudele affinché l'opera diabolica fosse estirpata dalla persona posseduta; vigevano indiscussi i precetti del *Malleus Malleficarum*.

Ma i giuristi italiani del XVI e XVII secolo sembravano non avere dimenticato l'insegnamento del diritto romano, riguardo la conoscenza delle condizioni soggettive dell'imputabilità e la natura delle malattie mentali, alla luce del quale era esclusa qualunque imputabilità agli alienati e anche le passioni erano ritenute attenuanti. Su questa scia , in particolare con Paolo Zacchia (1584-1659) si iniziarono a studiare i rapporti tra medicina e diritto fino ad arrivare nel 1800 a Georget che iniziò la presenza dello psichiatra nel Foro.

Sempre nel corso del 1800 in Italia nascevano, nel filone della scuola positiva di diritto penale e della psichiatria positivista, le *scienze criminali* il cui contributo più pregnante fu indubbiamente la peculiare concezione lombrosiana patologistica e deterministica dell'uomo delinquente che, spostando lo studio dal fatto all'individuo che lo commetteva dava luogo a “una dottrina bioantropologica deresponsabilizzante e riduttiva “ (*ibidem* p. 55). Il biodeterminismo portato in auge da Cesare Lombroso era in stretta connessione con la allora vigente psichiatria italiana nata nell' ottobre 1873 con la fondazione della Società Freniatria Italiana a Roma. Caposaldo della nostra *freniatria* era la definizione delle *malattie mentali* come affezioni *del cervello*, per cui la diagnosi di follia si fondava su due cardini, il delirio e la perdita della ragione, la cui conseguenza ineluttabile era la perdita della *volontà* delle proprie azioni. La freniatria italiana rimase a lungo radicata all'enfasi sulla ereditarietà e sulla degenerazione, le cui principali espressioni erano follia e delinquenza, e che ebbe influenza anche sugli sviluppi successivi della disciplina.

In Francia la concezione di follia aveva assunto i connotati di *malattia dell'anima* dovuta a passioni malate ma curabili con la “terapia morale”, i malati di mente venivano liberati dalle catene e venivano descritte da Pinel, sul finire del 1700, “follie parziali”, “manie senza delirio”, “manie ragionanti” in cui si costatava “una perversione delle funzioni affettive, un impulso cieco” senza alcuna sensibile alterazione delle funzioni dell'intelletto, del giudizio e della percezione (*ibidem* p. 70). In seguito, sulla base delle osservazioni di Pinel, Esquirol sviluppò il suo concetto di *monomania* distinta in tre forme (intellettiva, affettiva e istintiva) e descritta come caratterizzata da “delirio limitato ad un solo oggetto o ad un piccolo numero di oggetti con esaltazione e predominanza di umore gaio ed espansivo” (1816-1818. cit in Fornari 2008 p. 71).

Le nuove sembianze che la malattia mentale andava assumendo, misero in crisi gli inoppugnabili criteri diagnostici abitualmente utilizzati, cioè presenza di delirio e perdita della ragione e concorsero a complicare le nozioni di azione criminale, colpeabilità/punibilità e responsabilità di chi è colpito da *lesioni della volontà*, indipendentemente dal disordine delle idee.

Gli psichiatri italiani mutuando dai francesi le nozioni di *lesioni della volontà* e di *monomania*, misero in evidenza le *lesioni della morale* e introdussero la dottrina della *follia morale*.

In tal modo fu possibile includere tutte le forme della monomania nell'unica teoria della degenerazione riconducendo la criminalità alla malattia mentale ma sempre inglobate nell'ambito neurologico e anatomo-patologico, allo scopo di dimostrare “l'indispensabile” influenza dell'organico sull'evoluzione psichica in accordo con la tradizione/formazione della *freniatria* italiana. Il progetto della nostra psichiatria ottocentesca (analogamente all'antropologia criminale) non solo in riferimento alla clinica, ma soprattutto per far entrare nei tribunali il concetto francese di

monomania, fu dunque quello di offrire un *modello di personalità folle* costruito su carattere ereditario, fondamento degenerativo e lesione organica.

Gli psichiatri italiani, cioè, “nel perseguire l’incontestabile progetto di lenire la sofferenza umana, anche quando questa si manifestava attraverso il crimine, non poterono utilizzare altro che un codice di lettura patologizzante i comportamenti criminali, unico in grado - in allora- di sottrarre al carcere ed a pene gravose fino a quella di morte autori di reati gravi, secondo loro bisogni di cure e di assistenza, piuttosto che di inquisizione e condanna” (*ibidem* p. 73).

Alcuni dei fondamenti della antropologia criminale di scuola lombrosiana, quali la pericolosità sociale del prosciolto per vizio di mente e il manicomio criminale, sebbene stemperati, trovarono un posto di rilievo nel *Codice penale italiano attualmente in vigore*, approvato il 19 ottobre 1930.

In esso ricapitolano essenzialmente, legati alla inimputabilità e al concetto di infermità mentale, gli stessi problemi e le stesse difficoltà incontrate nel corso della storia e radicati nell’arduo e a volte improbabile connubio tra discipline tra loro distanti e comunque di difficile integrazione. Collocandosi nella scomoda posizione di interfaccia tra diritto e clinica, la psichiatria forense e la psicologia giuridica hanno lo compito di applicare alle vicende giurisdizionali la psicopatologia, la semiologia e la diagnostica clinica, utilizzando un doppio registro terminologico e semantico.

I profondi cambiamenti che riguardarono il concetto di malattia mentale non più interpretata come un “stato permanente” ma come condizione che può presentarsi anche *quid novi* o *quid pluris* e, nello stesso modo può risolversi con una *restitutio ad integrum*, la consapevolezza dell’incosistenza delle teorie deterministiche alla luce della influenza sugli individui dei sistemi sociali in cui sono inseriti (causalità circolare e multifattoriale), la crisi del concetto di incurabilità , hanno reso sfumati e di difficile delimitazione i confini del contenuto clinico dell’infermità mentale e la valutazione della pericolosità sociale in caso di vizio parziale o totale di mente in ambito psichiatrico-forense.

1. APPROCCIO GIURIDICO:

- L'IMPUTABILITA'.

Dal punto vista giuridico l'imputabilità può essere definita come il presupposto della punibilità da cui quest'ultima discende, costituendo la *condicio sine qua non* per esprimere la disapprovazione soggettiva di un fatto antigiuridico.

A norma dell'art. 85 del codice penale:

“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile.

È imputabile chi ha la capacità d'intendere e volere.”

Nel sancire il significato di imputabilità si fa riferimento a concetti filosofici, intelletto e volontà, solo convenzionalmente circoscritti, intendendo per capacità di intendere l'attitudine del soggetto ad avere una corretta rappresentazione del mondo esterno, a rendersi conto del valore sociale della propria condotta e a discernere e valutarne le conseguenze; e per capacità di volere l'idoneità del soggetto ad autodeterminarsi nella selezione dei molteplici motivi che esercitano sulla sua coscienza una particolare attrattiva.

Il presupposto del nostro ordinamento è che nel soggetto adulto, ovvero che abbia compiuto il diciottesimo anno di età, “la sussistenza dell'imputabilità forma oggetto di una implicita presunzione relativa: l'adulto cioè è sempre ritenuto imputabile, a meno che non si dimostri il contrario” (Manacorda, 2003 p. 35) “*ignorantia legis non excusat*” (art. 5 codice penale).

L'imputabilità è, dunque, definita dalla co-esistenza o contemporanea sussistenza di entrambe le capacità al momento in cui il fatto-reato ha avuto luogo; se anche una sola delle due manca, l'imputabilità è difetta.

Poiché, però, “l'incapacità” non può derivare da qualsiasi causa, il nostro codice prevede un elenco di situazioni sia fisiologiche che patologiche che possono incidere in varia misura e per differenti aspetti sull'imputabilità. L'elenco comprende:

- il vizio di mente totale o parziale (artt. 88 e 89 c.p.);
- lo stato di incapacità determinato da altri, allo scopo di far commettere il reato (art. 86 c.p.);
- l'ubriachezza derivata dal caso fortuito o da forza maggiore (art. 91 c.p.);
- le alterazioni psichiche provocate dall'assunzione di sostanze stupefacenti, per caso fortuito o per forza maggiore (art. 93 c.p.);
- la cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti (art. 95 c.p.);
- il sordomutismo (art. 96 c.p.);

- la minore età rileva in maniera diversa sull'imputabilità:

a) da 0 a 14 anni la capacità di intendere e di volere è esclusa per legge, qualunque sia il reato di cui il minore si è reso responsabile (art. 97 c.p.);

b) dai 14 ai 18 anni bisogna accertare se il normale ciclo maturativo psico-sociale è arrivato ad un punto tale da consentire di affermare l'esistenza dell'imputabilità (che in questa fascia di età coincide con la nozione di maturità); altrimenti essa è esclusa (art. 98 c.p.).

Vi sono poi una breve serie di condizioni che, sebbene in grado di inficiare la capacità di intendere o di volere, il legislatore ha deciso non essere rilevanti ai fini dell'imputabilità e non comportarne, quindi, difetto. Tale posizione, derivante da considerazioni politico-criminali di natura general-preventiva, sembra essere finalizzata a disincentivare determinate condotte che se volontariamente assunte potrebbero condurre ad un difetto di imputabilità, e dunque di punibilità, e risolversi in una sorta di "vantaggio" per l'autore di reato.

La posizione del legislatore suscita in proposito perplessità e dissensi tra gli psichiatri che riterrebbero più opportune specifiche valutazioni di un tecnico della psiche caso per caso, non essendo la norma legale in grado di stabilire l'attribuibilità di un fatto alla soggettività dell'autore. In realtà, però, l'imputabilità è una nozione giuridica che solo in secondo luogo e in maniera del tutto convenzionale trova il suo corrispettivo sotto il profilo psichico, così come convenzionali e finalizzati a facilitare la comunicazione e l'integrazione di concetti giuridico-filosofici e psichiatrico-clinici, sono costrutti quali "vizio di mente", "capacità di intendere e di volere" o "immaturità".

Alle scienze del comportamento umano il diritto chiede essenzialmente di individuare i presupposti empirici, cioè i requisiti bio-psicologici in presenza dei quali sia fondato asserire che un essere umano è in grado di comprendere la responsabilità sociale delle proprie azioni e di autodeterminarsi. Mentre spetterà poi al legislatore fissare le condizioni di rilevanza giuridica dei dati forniti da tali scienze.

Che si tratti di perizia d'ufficio o di consulenza tecnica i quesiti cui si è chiamati a rispondere riguardano tre punti:

- 1) accertamento di eventuale vizio di mente (da cui discenderebbe la punibilità);
- 2) eventuale presenza e persistenza di pericolosità sociale psichiatrica (da cui deriverebbe l'applicazione di misure di sicurezza);
- 3) capacità di cosciente partecipazione al procedimento e/o al processo.

L'obiettivo primario della perizia resta comunque l'attenta analisi e valutazione volta ad individuare e accertare la possibilità di *infermità* che "opportunamente *graduata* costituisce quel vizio di mente

che esclude o grandemente scema l'imputabilità dell'autore di reato, al momento del fatto" (Fornari, 2008 p. 139).

- IL VIZIO DI MENTE E L'INFERMITA'.

A norma dall'art. 88 del codice penale - 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 d'intendere o di volere".

A norma dell'art. 89 del codice penale – 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 d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita".

Il vizio totale di mente è la più frequente forma di difetto di imputabilità, esso non è sinonimo di "incapacità di intendere o di volere", "infermità mentale" o "malattia mentale" ma si identifica dal punto di vista semantico con lo "stato di mente provocato da infermità".

Dunque, a livello peritale, il primo ostacolo che si incontra riguarda la complessità concettuale e la scarsa definibilità della nozione di *infermità* che il legislatore non qualifica in nessun modo (psichica, mentale, fisica, somatica) ma richiede, invece, si tratti di una infermità *tout court* che agisce sullo stato di mente fino a determinare l'esclusione della capacità di intendere e volere.

Non basta cioè accertare la presenza di una malattia mentale per dedurre automaticamente l'inimputabilità di un soggetto, giudizio si risolverebbe in un procedimento diagnostico, ma è necessario "includere l'aspetto cognitivo-motivazionale e valutare il nesso di causalità tra la psicopatologia diagnosticata e il fatto-reato" (Abazia, Chef, Sapia, 2002 p. 130).

Per quanto riguarda le categorie cliniche che possono essere associate a quelle giuridiche, e cioè i disturbi mentali che possono costituire infermità, la giurisprudenza si ancora a principi nosografici e classificatori, facendo riferimento a criteri clinici circoscritti e delimitati.

Si escludono dalla nozione di infermità di mente:

- i tratti e disturbi della personalità che si costituiscono in quadri di stato, in modi di essere della persona;
- i quadri psicopatologici in fase di remissione o di buona stabilizzazione;
- i quadri di scarsa, controversa e vaga rappresentatività sintomatologica.

Si prendono in considerazione per l'analisi psicopatologico-forense i quadri in cui è in atto:

- un evidente scompenso patologico psichico;
- un deterioramento consistente da disturbo mentale organico;
- una sensibile destrutturazione della personalità da processualità schizofrenica;
- un disturbo grave della personalità in cui sono documentabili episodi di "scompenso" in senso borderline o francamente psicotico. (Fornari, 2008 p. 140)

Quest'ultimo punto è esplicitamente introdotto e chiarito in una fondamentale sentenza a Sezioni Unite della Corte di Cassazione in cui si afferma:

“ai fini del riconoscimento del vizio parziale o totale di mente, tenuto conto dei criteri dettati dalla medicina e dalla psicologia, deve ritenersi che nel concetto di “infermità” possano rientrare non soltanto le malattie mentali a base organica, ma anche i meri “disturbi della personalità”, purchè il giudice ne abbia accertato a) la gravità e l'intensità, dovendo essi risultare tali da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere; b) il nesso eziologico con la specifica condotta criminosa” (Sez. Un. sent del 8/3/2005).

L'utilizzazione del criterio nosografico e la sola diagnosi, pur costituendo momenti fondamentali della perizia, non risultano dunque sufficienti a risolvere il compito peritale data l'inconsistenza dell'equivalenza tra follia e assenza di imputabilità (punto di vista medico-psichiatrico).

Il significato di infermità diviene tangibile qualora la patologia si manifesti a livello fenomenico in funzionamenti sintomatici integratisi in fatti reati e dunque sia possibile stabilire una correlazione significativa tra disturbo psicopatologico, funzionamento patologico psichico e delitto.

“In altre parole, il vizio di mente è in stretta correlazione con i disturbi patologici psichici presenti nella categoria diagnostica individuata (dimensione psicopatologica), purchè aventi connessione funzionale diretta con le modalità del fatto reato” (Fornari, 2008 p. 141).

Il modello che si adotta in questo secondo momento è psicopatologico e non più esclusivamente normativo e comporta una restrizione interpretativa indispensabile affinché non accada che, utilizzando il semplice incasellamento diagnostico qualunque comportamento abnorme avrebbe diritto a riconoscimento di vizio di mente.

Dopo la classificazione nosografica dell'eventuale disturbo e l'attribuzione ad esso del valore di infermità resta da valutare se la capacità di intendere e volere è esclusa o solo compromessa e se quindi si fa riferimento all'art. 88 o 89 del codice penale.

Il concetto di vizio parziale di mente nell'accezione del nostro codice non permane in nessun paese (salvo Scozia, Cuba e Repubblica di San Marino), più diffusa resta, invece, la dizione di *responsabilità attenuata*.

L'art. 89 propone la nozione di una infermità che dispiega sullo "stato di mente" l'effetto ridotto di scemare grandemente la capacità di intendere o volere, anziché escluderla completamente. In tal caso, poi, il soggetto risponde del reato commesso ma la pena è diminuita; si prospetta così una nuova categoria di "semimputabilità" ovvero "imputabilità con punibilità ridotta" (Manacorda, 2003 p. 67). Non pochi problemi concettuali e metodologici si sollevano intorno alla questione e non poche difficoltà incontra lo psichiatra forense nel momento in cui deve quantificare la compromissione delle funzioni psichiche e tradurla in categorie normative.

La Corte di Cassazione così si esprime in proposito:

"il vizio parziale di mente deve sempre dipendere da una causa idonea a condizionare patologicamente la capacità intellettuale e volitiva del soggetto, per cui il suo riconoscimento è indefettibilmente condizionato dall'accertamento di uno stato morboso psichico dell'agente che si ricolleggi ad un'alterazione patologica..." (Cass. sez. I 7/7/1986).

"il vizio parziale o totale di mente presuppongono e richiedono l'esistenza di un'infermità, e cioè di un vero e proprio stato patologico che incida sulla capacità di intendere e di volere: la differenza è essenzialmente quantitativa in relazione al grado o misura dell'incidenza del disturbo sulla psiche del soggetto" (Cass. sez. I 24/10/1978).

Sebbene posto in questi termini il problema sembri sufficientemente chiarito, nella pratica continua a prevalere la più assoluta arbitrarietà, e il riconoscimento di "vizio parziale di mente" avviene spesso in situazioni non riconosciute come integranti una "infermità", nel momento in cui i "tecnici" utilizzano la propria sottile abilità clinica, applicando il modello medico-psichiatrico (dalla diagnosi clinica si inferisce la presenza o assenza di vizio mentale).

In conclusione, verità clinica e verità processuale pur appartenendo a piani differenti, devono integrarsi e divenire complementari nel contesto peritale, costituendo la verità processuale la cornice in cui si inseriscono i dati clinici.

2. APPROCCIO CLINICO:

LA DIAGNOSI.

Alla luce di quanto finora esposto risulta chiaro che la clinica, intesa in qualità di modello nosografico-classificatorio, non è che l'anticamera della valutazione psicologico-forense.

Sempre più spesso infatti per rispondere ai quesiti dei magistrati in tema di vizio di mente, diviene indispensabile l'approccio funzionale che privilegia il comprendere e cioè "l'ascolto per cogliere dal di dentro", che risponde al "perché una persona l'ha fatto" e "come ha funzionato" al momento del reato. In tal modo si raccolgono, attraverso lo strumento peritale, informazioni che ricostruiscono le motivazioni, attribuiscono significato al fatto reato (ipotesi criminogenetiche e criminodinamiche) e costituiscono un momento fondamentale per il successivo passaggio valutativo (medico-legale) sull'imputabilità, sebbene non strettamente rilevanti i fini forensi.

La diagnosi clinica cui bisogna giungere in ambito peritale deve essere il risultato di un processo che integra diversi e complementari modelli diagnostici quali: la diagnosi nosografica (raccolta di segni e sintomi compresenti e applicazione del codice alfanumerico del manuale diagnostico e statistico di riferimento); la diagnosi strutturale (ricorso al modello psicoanalitico e delle relazioni oggettuali); diagnosi psicopatologica/dimensionale (costruzione di contenitori psicopatologici in cui vengono collocati insieme di segni e sintomi); diagnosi funzionale (analisi del funzionamento intra e intersoggettivo).

Fare riferimento al paradigma medico resta comunque momento fondamentale per trovare il legame tra la nozione psichiatrica di malattia mentale e la nozione giuridica di infermità, è inoltre indispensabile l'uso di un sistema diagnostico stabilito e largamente condiviso, come il DSM., sia per conferire maggior valore e attendibilità alla diagnosi di un disturbo mentale cui consegue un provvedimento legale, sia per facilitare il ricorso ad una forma di linguaggio comune e la comprensione da parte dei giudici delle caratteristiche rilevanti di un disturbo.

D'altra parte, però, lo stesso DSM ammonisce, argomentando l'uso del manuale in ambito forense, che vi sono molti rischi nell'utilizzazione scorretta delle informazioni in tale ambito a causa dell'imperfetto accordo tra le questioni di interesse fondamentale per la legge e le informazioni contenute in una diagnosi clinica. "Nella maggior parte dei casi la diagnosi clinica di un disturbo mentale del DSM IV non è sufficiente a stabilire l'esistenza ai fini legali di un *disturbo mentale*, una *disabilità mentale*, una *malattia mentale* o *difetto mentale*". Per soddisfare lo standard legale è necessario reperire un maggior numero di informazioni che riguardano la compromissione del funzionamento dell'individuo e la misura in cui questa influenza le capacità prese in

considerazione. Gli autori del manuale suggeriscono che “l’assegnazione di una particolare diagnosi – cioè – non implica uno specifico livello di compromissione o invalidità, proprio perché la compromissione, la capacità e l’incapacità variano ampiamente all’interno di ciascuna categoria diagnostica [...] Il fatto che la sintomatologia di un individuo soddisfi i criteri per una diagnosi del DSM-IV non ha nessuna implicazione per quanto riguarda il livello di controllo che egli può esercitare sui comportamenti che possono essere associati al disturbo” .

Un primo criterio da adottare nel considerare il significato di infermità in riferimento alla diagnosi nosografico-categoriale del DSM è utilizzare la valutazione multiassiale da esso proposta al fine di cogliere l’eterogeneità delle situazioni cliniche.

Ma per abbinare categorie psicopatologiche e giuridiche, nell’ottica di un modello *psicopatologico-normativo*, bisogna considerare vizio di mente solo quei disturbi che comportano alterazioni patologiche di una o più funzioni psichiche; tali alterazioni si esprimono a livello fenomenologico nei reati che assumono valore di sintomi; solo in tal caso il vizio di mente ha significato di *infermità*.

Esperienza e convenzione suggeriscono di prendere in considerazione in riferimento al concetto di *infermità*, quadri in cui è presente un evidente scompensamento patologico in atto e/o un chiaro deterioramento cognitivo o affettivo relazionale.

“Chiara è la soluzione forense nei casi in cui il reato venga commesso durante un episodio delirante o confusionale acuto: in esso lo stato di coscienza del soggetto è sconvolto dalla buoffée psicotica che induce automatismi sganciati da ogni possibilità di riflessione, progettazione e organizzazione e il cui finalismo di tipo auto e/o eterodistruttivo, è al di fuori di ogni possibilità di analisi e di controllo” (Fornari, 2008 p. 155).

Più problematica è invece la valutazione della complessa e sfumata gamma di condotte che si collocano tra la franca malattia mentale e la “normalità”. A questo proposito è utile operare una chiara distinzione clinica tra psicosi e disturbi di personalità come presupposto per la nozione giuridica di *infermità*, anche alla luce della sentenza della Corte di Cassazione dell’8/3/2005 che sancisce la rilevanza dei disturbi di personalità ai fini dell’imputabilità (come precedentemente esposto).

La psicosi deve essere considerata, dal punto di vista categoriale, caratterizzata da: causalità multipla e circolare; compromissione psichica e somatica; carattere dinamico-evolutivo; compromissione seria di preesistenti abilità sociali e relazionali; quadri di stato e momenti di temporanea compromissione del funzionamento mentale del soggetto. Dal punto di vista strutturale e funzionale caratterizzata da evidenti compromissioni di esame di realtà (deliri, allucinazioni..) e dell’uso dei meccanismi di difesa primitivi e dalla riorganizzazione della propria identità su nuclei

psicotici. Dal punto di vista dimensionale si considerano in un *continuum psicopatologico* con i disturbi psicotici, i disturbi gravi della personalità come intesi nell'accezione di Kernberg e cioè caratterizzati da una organizzazione funzionale *borderline* in cui è in atto una processualità psicotica (disgregazione dell'Io), mascherata da strutture difensive nevrotiche o psicopatiche.

Il momento successivo all'accertamento dell'eventuale disturbo e all'inquadramento nosografico di esso consiste, dunque, nella valutazione funzionale propriamente detta, ossia nel valutare l'effettiva compromissione delle diverse *aree funzionali* o, secondo l'accezione di Fornari, *funzioni dell'Io*.

L'Io inteso in qualità di struttura intrapsichica è caratterizzata da funzioni che si distinguono in:

- funzioni cognitive;
- funzioni organizzative;
- funzioni revisionali;
- funzioni decisionali;
- funzioni esecutive.

Lo sviluppo integrato dell'Io e delle sue funzioni tra loro intimamente connesse, garantisce l'*autonomia funzionale dell'Io* stesso, ovvero la possibilità di emettere risposte adeguate alle sollecitazioni che provengono dall'ambiente. Il concetto di adeguamento presuppone un adattamento critico e funzionale alla realtà, pertanto l'*autonomia funzionale dell'Io* dipende essenzialmente della capacità di *comprendere*; attraverso la ragione è possibile "trasformare l'agitarsi in agire, le condotte emotive in emozioni-controllo, muoverci o astenerci con intenzione" (*ibidem*, p. 161).

A questo punto la concezione giuridica secondo cui sarebbe possibile una separazione dicotomica tra capacità d'intendere e capacità di volere non trova il suo corrispettivo nel modello psicopatologico-psicodinamico in base al quale non vi è autonomia del volere essendo questa "la funzione esecutiva e subordinata dell'intendere" (*ibidem*).

In ultima analisi la domanda intorno a cui si sviluppa l'indagine peritale riguarda la capacità di autodermirarsi, di prendere decisioni adeguate o la compromissione di essa, al capacità di volere, dunque, poiché "il volere è la traduzione in azione" (*ibidem*).

3. IL DISTURBO BIPOLARE:

- INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO.

All'interno del DSM IV il Disturbo Bipolare è contemplato nel più grande "contenitore diagnostico" dei Disturbi dell'Umore che comprende quadri morbosi in cui è prevalente e dominante, nella struttura psicopatologica, un'alterazione dell'affettività e la compromissione elettiva delle emozioni, degli affetti e dei sentimenti.

Le caratteristiche alterazioni dell'umore possono riguardare due polarità opposte costituite dallo stato depressivo e dallo stato maniacale. Nel primo caso prevale una condizione di tristezza, contenuti ideici penosi e pessimistici, affetti ed emozioni spiacevoli; il secondo caso, invece, è costituito da vissuti diametralmente opposti, prevale, cioè, un'immotivata ed eccessiva esaltazione dell'umore.

La sezione dedicata ai Disturbi dell'Umore nel DSM comprende, dunque, sia i Disturbi Depressivi Unipolari (Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Distimico, Disturbo dell'Umore Non Altrimenti Specificato), sia i Disturbi Bipolari, che si distinguono per la presenza di episodi maniacali, ipomaniacali o misti (Disturbo Bipolare I, Disturbo Bipolare II, Disturbo Ciclotimico, Disturbo Bipolare Non Altrimenti Specificato).

Classicamente Kraepelin aveva denominato l'alternarsi dei due stati psico-morbosi che delineano i due poli dell'affettività, *psicosi maniaco-depressiva*, e la forma clinicamente più mite *ciclotimia* (Giberti, Rossi. 1996 p. 388). Aspetti distintivi dei Disturbi dell'Umore, sia nella forma unipolare che in quella bipolare riguardano: - il decorso episodico, costituito da periodi più o meno lunghi di malattia, intervallati spesso da periodi di normalità, apparente benessere e adattamento sociale;

- l'andamento periodico che si presenta con ritmi e cicli regolari o imprevedibili, lunghi o molto brevi, non di rado influenzato dal susseguirsi delle stagioni.

Nei disturbi bipolari si susseguono in diverse forme i vari episodi di alterazione dell'umore, per cui si presentano sia elementi di maniacalità che di depressione.

I criteri diagnostici per un Episodio Depressivo secondo quanto proposto dal DSM IV sono:

- depressione dell'umore o perdita di piacere per quasi tutte le attività;
- significativa perdita o aumento di peso;
- insonnia o ipersonnia;
- agitazione o rallentamento psicomotorio;
- faticabilità o mancanza di energia,
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati;

- ridotta capacità di pensare/concentrarsi;
- pensieri ricorrenti di morte ideazione suicidaria.

Per diagnosticare tale episodio devono essere presenti almeno cinque dei sintomi elencati per almeno due settimane associati a grave compromissione di aree importanti del funzionamento e disagio o menomazione sociale clinicamente significativi.

L'Episodio Maniacale è invece definito da un periodo di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile per almeno una settimana, almeno tre tra i seguenti sintomi:

- autostima ipertrofica o grandiosità;
- diminuito bisogno di sonno,
- maggiore loquacità del solito;
- fuga delle idee;
- distraibilità;
- aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) oppure agitazione psicomotoria;
- eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose.

La compromissione che risulta dal disturbo deve essere, inoltre, sufficientemente grave da causare una menomazione marcata nel funzionamento tale da richiedere l'ospedalizzazione per proteggere l'individuo dalle conseguenze negative di azioni che risultano dalla scarsa capacità di giudizio o caratterizzata dalla presenza di manifestazioni psicotiche.

Nel Disturbo Bipolare tipo I gli episodi depressivi possono alternarsi, oltre che con quelli maniacali, anche con i così detti Episodi Misti caratterizzati da un periodo di tempo di almeno una settimana in cui risultano soddisfatti i criteri sia per l'Episodio Maniacale che per l'Episodio Depressivo Maggiore.

Vi è inoltre una variante attenuata dell'episodio maniacale che si presenta nel quadro sintomatologico denominato Disturbo Bipolare II. Si tratta dell'episodio Ipomaniacale definito dalle stesse caratteristiche fenomenologiche tipiche della mania, ma clinicamente più miti; non vi è infatti grave compromissione del funzionamento sociale o lavorativo, il cui cambiamento può, per alcuni, assumere la forma di marcato aumento dell'efficienza del talento o della creatività e non vi sono manifestazioni psicotiche.

La mania, dunque, sembra potersi collocare lungo un *continuum* di gravità che va da manifestazioni lievi a carattere temperamentale (ipertimia), alle fasi di intensità moderata (ipomania), che spesso fanno seguito agli episodi depressivi, ai gravi stati di agitazione. Le condizioni di ipertimia e ipomania sono perfettamente egosintonici e difficilmente separabili dall'idea di normalità e dallo stato di perfetto benessere, poiché permeate da sensazioni di "essere pieni di forze, in armonia con il

mondo, lucidi, pronti, ricchi di idee geniali capaci di rapide associazioni, in grado di rendere di più in ogni attività”. Spesso, però, questa è solo la prima fase di ciò che in seguito si trasforma, nella migliore delle ipotesi, in invadenza, cambiamenti repentini e violenti dell’umore e irritabilità, mentre, nell’ipotesi peggiore la perdita del senso critico e l’iperattività possono comportare conseguenze spiacevoli fino all’imposizione di un intervento tempestivo. Vi sono poi forme caratterizzate prevalentemente da manifestazioni psicotiche, disturbi significativi della sfera ideativo-percettiva e affettivo-istintiva fino a condizioni in cui il soggetto può diventare violento e distruttivo. La mania viene, infatti, clinicamente suddivisa in tre stadi a seconda del grado di intensità sintomatologica: 1) umore euforico, raramente irritabile, contenuti espansivi, accelerazione del pensiero e dei movimenti, nessi associativi labili, aumentata attività psicomotoria, eccessi comportamentali; 2) euforia/disforia, rabbia, ostilità, fuga delle idee, perdita dei nessi associativi, possibili deliri, agitazione, possibile aggressività; 3) disforia, paura, incoerenza, deliri bizzarri, allucinazioni, confusione mentale, afinalismo, agitazione maniaca.

La classica forma bipolare costituisce il nucleo centrale della psicosi o malattia maniaco-depressiva di Kraepeliniana memoria in cui episodi di polarità opposta si succedono più o meno rapidamente o anche di continuo in una sorta di “follia circolare”.

L’interpretazione psicodinamica di questo disturbo è legata in parte alla tradizione freudiana che evidenzia il legame esistente tra la depressione e l’esperienza della perdita. Sebbene, infatti, vi siano profonde differenze tra l’esperienza del lutto e la “malinconia” (Freud 1915), anche in questo secondo caso, come nel lutto si è a contatto con una perdita, ma che concerne, in tal caso, un oggetto *emozionale* anziché reale. Nella depressione, poi, sono caratteristiche la perdita della stima di sé, l’autoaccusa e il senso di colpa frutto di un’intensa rabbia rivolta verso l’interno a causa di un processo di identificazione del Sé del soggetto con l’oggetto perduto, e della presenza di un Super-Io sadico e severo.

Melanie Klein interpretò, invece, gli stati maniaco-depressivi come un fallimento nello stabilire dei buoni oggetti interni e nel superare la posizione depressiva comune nell’infanzia. I soggetti depressi sarebbero, pertanto, convinti di aver distrutto gli amati oggetti buoni dentro di sé e come conseguenza si sentirebbero perseguitati dai restanti oggetti cattivi e odiati.

Diametralmente opposta alla depressione ed “espressione di un *compenso antidepressivo*” (Giberti, Rossi, 1996 p. 402), la mania verrebbe utilizzata per negare la perdita e la colpa, come una *difesa* contro la depressione. Meccanismi difensivi maniacali quali onnipotenza, diniego, disprezzo, idealizzazione, emergerebbero in risposta ai sentimenti dolorosi, quando lo “struggimento” per i perduti oggetti d’amore non può più essere tollerato. D’altra parte la fase maniaca può anche

essere interpretata come un disperato tentativo di riportare in vita l'oggetto amato attraverso una *riparazione maniacale*, appunto, e l'eccessiva idealizzazione di sé stessi come il tentativo di negare il bisogno dell'oggetto che invece viene svalutato (Lingiardi, 2004 p. 257).

In ultima analisi, “dal punto di vista psicoanalitico, i diversi disturbi dell'umore possono essere collocati lungo un *continuum* psicotico-nevrotico. Possiamo, dunque, collocare i disturbi bipolari (soprattutto di tipo 1) sul versante psicotico insieme ad alcune forme di del disturbo depressivo maggiore mentre, procedendo verso l'estremo nevrotico di questo continuum, ci imbattiamo in forme più lievi del disturbo depressivo maggiore, nel disturbo ciclitimico, nella distimia e nel disturbo depressivo di personalità” (*ibidem*, p. 243).

- LA VALUTAZIONE CLINICO-FORENSE.

Il quadro sintomatologico della psicosi maniaco-depressiva è costituito da differenti manifestazioni fenomenologiche proprie rispettivamente degli episodi maniacali e di quelli depressivi, per di più intervallati da periodi di *restituito ad integrum* (ripristino del funzionamento esistente prima dell'episodio) più o meno lunghi. Tale disturbo è caratterizzato, pertanto, da estremo polimorfismo clinico e dà diversi e opposti contributi dati alla criminalità a seconda della specifica fase in cui il fatto reato viene commesso.

Ogni fase della malattia, e cioè ogni episodio psicotico acuto, è composta da un momento di entrata, un quadro di stato e un momento di uscita, con una differente importanza criminogenetica.

È indispensabile allora ai fini della valutazione psichiatrico-forense distinguere i delitti commessi in fase maniacale da quelli commessi in fase depressiva poiché, come chiarito in precedenza, affinché il reato abbia valore giuridico e assuma significato di *vizio di mente* deve essere messo in relazione con il funzionamento patologico psichico.

Caratteristiche qualificative della fase maniacale oggetto di attenzione in ambito forense sono, oltre all'esaltazione dell'umore, la perdita del controllo sulla volontà, il totale smarrimento del senso critico e la tendenza al passaggio all'atto e a reazioni immediate senza nessuna necessaria fase di riflessione.

Nel dizionario greco il termine *mania* è tradotto con "follia, furore" e nei fatti la franca mania, esplose in un eccitamento, un' "agitazione furiosa" che si configura come vera follia. È in questa accezione la mania giunge anche a tempi più recenti, quando nel XIX secolo Esquirol difese i criminali malati di mente e distinguendo dalle altre psicosi il suo concetto di monomania, costruito sulle osservazioni di Pinel di una "perversione delle funzioni affettive, impulso cieco a degli atti violenti o addirittura di furore sanguinario, senza che si possa assegnare alcuna idea dominante, né alcuna illusione dell'immaginazione come causa determinante di questa funesta tendenza" (cit. in Fornari, 2008 p. 71).

Attualmente, grazie all'avvento sulla scena della malattia mentale degli psicofarmaci, sono molto cambiate sia la durata sia l'intensità della fase maniacale che, proprio per il carattere clamoroso ed eclatante a livello sintomatologico, è ormai quasi subito oggetto di intervento e contenimento farmacologico. Il soggetto affetto da psicosi maniaco-depressiva, dunque, se compie un delitto in durante un episodio maniacale, lo fa in fase di entrata, cioè nella *fase ipomaniacale della malattia*, nel momento in cui più è inebriato dal suo umore euforico, dalla sua energia e, in particolare, dalla

ipertrofia del suo Io e dal bisogno di soddisfare il suo bisogno di autoaffermazione nel convincimento patologico di poter annullare qualunque limite reale e situazionale.

Questa modalità di funzionamento è in stretta correlazione con reati per i quali spesso i soggetti bipolari giungono all'osservazione dei clinici o dell'autorità giudiziaria come ad esempio l'esercizio abusivo di una professione, atti osceni, disturbo della quiete pubblica etc...

Sebbene, poi, l'umore elevato sia considerato il sintomo caratteristico della fase maniacale, il disturbo dell'umore predominante è in realtà l'irritabilità e la labilità affettiva, aspetti che emergono se i desideri della persona vengono ostacolati. Rapidi sono infatti i cambiamenti dell'umore in questi malati che possono esplodere reagendo in modo brutale e violento a causa dell'intolleranza per qualsiasi ostacolo o contrasto, specie se si oppongono ai loro stravaganti progetti. In questi casi il legame funzionale è evidente con reati quali esercizio arbitrario delle proprie ragioni con violenza alle persone o sulle cose; violenza, minaccia o resistenza al pubblico ufficiale; violazione di domicilio etc...

Inoltre a causa della diminuita capacità critica non è raro che questi soggetti si coinvolgano in reati che ai loro occhi sembrano essere ottimi affari e si rivelano, invece, rovinosi.

L'attenzione del clinico deve essere, inoltre, ben focalizzata sulla diagnosi differenziale in quanto tonalità ipomaniacali possono essere usate in qualità di meccanismi difensivi che dissimulano e occultano altri disturbi.

Nel maniaco, comunque, prevalgono crimini che si caratterizzano per maggiore varietà e minore gravità sempre in stretta relazione funzionale con la tendenza patologica al passaggio all'atto, "il che, a causa del suo convincimento di dominare la situazione, gli dà l'opportunità di soddisfare qualsiasi tra l'illimitato numero d'impulsi che gli si presentano alla coscienza e anche di passare rapidamente da un progetto all'altro, in virtù della accelerazione del corso del pensiero e l'imperatività motoria che lo caratterizzano" (Fornari, 2008 p. 597).

Più complesso e preoccupante risulta essere agli occhi del clinico l'episodio depressivo che nella maggior parte dei casi rappresenta l'espressione più grave e duratura della psicosi maniaco-depressiva. In tal caso, infatti, il dolore profondo, l'ansia e l'inarginabile sofferenza psichica conducono ad una modalità patologica di conferimento di significato alla realtà fino ad una sua interpretazione delirante.

Di nota fama sono le tendenze suicidarie del depresso, mentre meno note sembrano essere le tendenze omicide in cui un ruolo di rilievo è svolto dalle manifestazioni ansiose e deliranti che caratterizzano le varietà più gravi del disturbo.

Di particolare rilievo, in ambito peritale, sono i casi in cui la fase depressiva si associa a deliri di riferimento, di persecuzione e di colpa. Se è vero, infatti che il depresso è un accanito accusatore di sé stesso, è altrettanto vero che al ripiegamento narcisistico, all'ottundimento della vita affettiva e all'inesorabile caduta dell'autostima si aggiunge una non trascurabile confusione tra mondo interno ed esterno. Sarebbe questa la criminodinamica delle condotte aggressive del depresso; "Quando l'oggetto del depresso presenta questo statuto particolare di oggetto percepito all'esterno ma vissuto dentro come assolutamente proprio, precisamente allora esso diventa un bersaglio dell'aggressione. *L'aggressività d persecuzione depressiva* si rivolge propriamente contro chi rappresenta il bene supremo per il soggetto, il quale tuttavia, trascinato al peggio da questo ardore distruttivo agisce nei confronti dell'oggetto come se agisse direttamente contro sé stesso" (*ibidem* p. 593).

Tale potrebbe essere la criminogenesi degli omicidi-suicidi che il più delle volte avvengo nel contesto familiare che sembrano voler avere il valore di estremo atto d'amore il cui scopo sarebbe di risparmiare alle vittime una vita tanto crudele, ma che celano in realtà la caratteristica ambivalenza del depresso. In questi casi, spesso il fatto è preceduto da premeditazione e seguito da una sorta di anestesia psichica frutto della condizione di chiusura psicotica in cui versa il malato.

Altre manifestazioni importanti a livello criminogenetico sono quelle ansiose in preda alla quali, alla paralisi psichica, si sostituisce un incontenibile stato di agitazione furiosa accompagnata da impulsi distruttivi che sovente si traducono in azioni criminose finalizzate a lenire l'intollerabile sofferenza psichica. È questo il caso dei così detti "delitti immotivati" la cui idea sorge improvvisa e che spesso si associano a stati confusionali e successivi ricordi frammentari o amnesia totale. Diversamente che nella fase maniacale, inoltre, in quella depressiva il fatto delittuoso può essere compiuto anche nella fase di uscita, tutto dipende da quanto drammatica si presenta la realtà.

Nel paragrafo sull'inquadramento nosografico del disturbo bipolare si è già fatto riferimento al fatto che i disturbi dell'umore siano collocabili lungo un *continuum* psicotico-nevrotico che rende indispensabile, soprattutto in ambito forense, un'attenta diagnosi differenziale che conduce senza alcun dubbio a conclusioni diverse.

Per quanto riguarda gli episodi maniacali un peso rilevante avrà la presenza/assenza di elementi francamente psicotici nell'analisi del comportamento criminale al fine di graduare il vizio di mente da parziale a totale e, insieme con altri indicatori, quali ad esempio il grado di consapevolezza, compliance/rifiuto rispetto alla terapia saranno usati per accertare la presenza e persistenza, o meno, di pericolosità sociale psichiatrica sulla base dell'art 203 del codice penale.

Pertanto risulta essere fondamentale l'uso di criteri valutati funzionali per giungere a una "conclusione diagnostica precisa, perché la rilevanza clinica e psichiatrico-forense di questi quadri diverge molto, nel senso che mentre si può ammettere il vizio di mente nei reati connessi a disturbi

affettivi maggiori, è discutibile che quelli commessi nel corso di disturbi distimici, in personalità depressive e durante reazioni abnormi semplici assumano *valore di malattia* in senso medico legale e, di conseguenza, in sede dell'applicazione degli artt. 88 e 89 c.p.

Bibliografia

- Abazia L., Chef M.G., Sapia C. *La Perizia Psicologica*. Liguori Editore, Napoli, 2002.
- American Psychiatric Association (1994), *Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali*, 4° ed. (DSM IV). Tr. It. Masso, Milano 1996.
- Cassano G.B., *E Liberaci dal Male Oscuro*. Longanesi Editore, Milano 2003.
- Falabella M., *A B C della Psicopatologia*. Edizioni Magi, Roma 2002.
- Fiandaca G., Musco E., *Diritto Penale*, 3° ed. Zanichelli Editore, Bologna 2001.
- Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, 4° ed., Utet Giuridica Editore, Torino 2008.
- Gabbare G. O., *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Giberti F., Rossi R., *Manuale di Psichiatria*. Piccin Editore, Padova 1996.
- Lingiardi V., *La Personalità e i suoi Disturbi*. Il Saggiatore Editore, Milano 2004.
- Manacorda A., *La Perizia Psichiatrica nel Processo Penale*. Edizioni Internazionali, Roma 2003.
- Zilboorg G., Henry G.W., *Storia della Psichiatria*. Nuove Edizione Romane, Roma 2001.