Associazione Italiana di Psicologia Giuridica

AIPG Newsletter

n° 24 Gennaio – Marzo 2006

Consiglio Direttivo
Presidente: *Luisella de Cataldo*
Vice Presidente: *Santo Di Nuovo*
Segreteria: *Anita Lanotte*
Tesoreria: *Paolo Capri*
Consiglieri: *Germano Bellussi, Guglielmo Gulotta, Carlo Serra, Maddalena Zucconi*

Il punto su…

Psicologia della menzogna e simulatio elettorale ***1***

Editoriale di
Luisella de Cataldo

Un evento critico in ambito peritale. *Problemi clinici e deontologici* ***2***

di Germano Bellussi

Linee Guida in Psichiatria Forense

di Ugo Fornari ***4***

Recensioni ***8***

IL PUNTO SU…

PSICOLOGIA DELLA MENZOGNA E *SIMULATIO* ELETTORALE

di

Luisella de Cataldo Neuburger

Presidente AIPG
Avvocato Psicologo
Resp. Sezione di Psicologia Giuridica
Università degli Studi di Milano

continua da NL n°23

Ognuno vede quel che tu pari, pochi sentono quel che tu sei.

N. Machiavelli

"*La menzogna*" scrive Arendt "*ci è familiare fin dagli albori della storia scritta. L'abitudine a dire la verità non è mai stata annoverata fra le virtù politiche e le bugie sono sempre state considerate giustificabili negli affari politici* ". In sostanza, la menzogna viene accettata come pratica della politica elettorale e le parti interessate sono consapevoli del carattere mistificatorio della situazione. Gli osservatori politici (Tetlock) hanno da tempo smesso di sorprendersi per il modo in cui i vincitori mentono e poi dimenticano o smentiscono le loro promesse elettorali e spiegano questo fenomeno facendo riferimento alla teoria del *controllo delle impressioni* secondo la quale i politici non hanno mai l'intenzione di tener fede alle promesse fatte. Sono esperti manipolatori di simboli, pronti a fare qualsiasi affermazione che possa essere utile al conseguimento dell'appoggio elettorale. La spiegazione che si rifà ai principi dell'*adattamento cognitivo* adotta una visione meno machiavellica dell'uomo politico. I seguaci di questa teoria pensano che il candidato possa anche credere alle promesse che fa nel corso della campagna elettorale, salvo poi accorgersi di doverle sconfessare una volta eletto. In sostanza, le esigenze pratiche imposte dalle nuove responsabilità di governo imporrebbero la modifica o l'abbandono dei precedenti punti di vista che si rivelano inidonei a far fronte alla complessità delle situazioni che concretamente si presentano.

Queste due ipotesi esplicative portano a differenti predizioni: la prima implica che il leader, una volta raggiunto il controllo del governo, prenderà rapidamente le distanze dai rigidi e intransigenti atteggiamenti con i quali si è guadagnato l'appoggio popolare. Questa nuova impostazione, si manifesterà non attraverso esplicite dichiarazioni, ma con l'assunzione di atteggiamenti più possibilisti e ricchi di alternative. La seconda, implica invece un più graduale e genuino cambiamento di prospettiva politica. I nuovi venuti hanno bisogno di tempo per

capire la complessità della macchina statale e la fase di apprendimento, a quanto osservano gli studiosi americani, forse con qualche ironia (almeno lo speriamo) può durare mesi e persino anni. La storia ci ha abituato allo spettacolo di inattese metamorfosi quanto a rispondenza tra promesse elettorali e successive decisioni. Woodrow Wilson aveva impostato la sua campagna elettorale sullo slogan "vi terrò lontani dalla guerra' e la dichiarò l'anno dopo contro la Germania. Nel 1932 Franklin D. Roosevelt si era impegnato a risanare il debito pubblico e raggiunse invece il risultato opposto di un enorme deficit per finanziare i programmi federali durante la Depressione. La simulatio elettorale, passa da sempre attraverso la rappresentazione e la manipolazione e l'elemento vincente è l'immagine. Lo aveva già capito Quinto che nell'*incipit* del Commentariolum scrive: *"…. imprimiti nella mente che, quanto non è in te per natura lo devi simulare, così che tu sembri farlo naturalmente… in modo particolare ti è necessaria la lusinga, che, anche se nel resto della vita rappresenta un difetto vergognoso, è tuttavia indispensabile in una candidatura ed è veramente inevitabile per un candidato, il cui atteggiamento, il cui volto ed il cui linguaggio devono essere mutevoli e devono adattarsi a tutti coloro che incontra"*.

Aristotele pensava che l'uomo fosse per natura un animale sociale e in effetti, veniamo mossi dalle rappresentazioni, ossia dalla recitazione. Non è certo una novità affermare che i politici e gli attori hanno sempre avuto molto in comune, se non altro perché entrambi puntano alla persuasione, al potere dell'immagine che, grazie al fenomeno della televisione, ha rinforzato la supremazia del convincere non grazie alla forza e alla veridicità di un argomento, ma per lo stile con cui è presentato. Questa metamorfosi ha contribuito all'erosione graduale della realtà come fattore di valutazione e di controllo delle situazioni. Forse la regola generale è che più ci si avvicina a qualche tipo di potere, più è richiesto di recitare. Gli uomini trasformano il loro aspetto, modo di parlare, di offrirsi come rappresentazione per acquisire poteri che una condotta e un'immagine normale non potrebbero garantire. Il punto è la forza di persuasione della persona e non quello di cui ci sta persuadendo. Arthur Miller, il grande autore di famose opere teatrali (nonché marito di Marilyn Monroe), in un divertente libretto intitolato *On politics and the Art of Acting*, ricorda che Bush ha potuto fissare le telecamere e con aria di assoluta sicurezza lodare il suo programma sull'inquinamento industriale (chiamato *Clear Skies!)* proprio mentre emanava regole più permissive sulla quantità di mercurio che gli impianti energetici possono emettere nell'aria. Riesce a farlo senza imbarazzo proprio perché recita comunicando sincerità a prescindere dai fatti. I leader politici di tutto il mondo hanno capito che per governare devono imparare a recitare. Al Gore ha faticato molto prima di trovare la combinazione adatta ad esprimere la personalità con la quale riteneva utile presentarsi e che in realtà non gli corrispondeva. Il senatore americano Joseph McCarthy, quello della 'caccia alle streghe' si era assegnato il compito di liberare gli Stati Uniti dal comunismo. Nel 1950 tenne un discorso che doveva fare storia: *"Non ho abbastanza tempo per nominare uno ad uno tutti i membri del Dipartimento di Stato che sono stati individuati come appartenenti al Partito comunista e componenti di un circolo di spie. Ho qui nelle mia mani una lista di 205 individui…"*Qualche giorno dopo, gli infami 205 vennero declassati a 'soggetti a rischio'; dopo qualche giorno i 'comunisti' da 205 erano diventati 57 ma membri tesserati del Partito comunista. McCarthy non fece mai un nome ma, soddisfatto, spiegò il trucco ai suoi collaboratori *"Vedete, tutti discutono su **quanti** comunisti ci sono nel Dipartimento di Stato e vogliono sapere chi sono: Non si chiedono più **'se'** ce ne sono"*. McCarthy (commenta Piattelli Palmarini) era sufficientemente abile e sufficientemente disonesto per sapere che chiedersi quanti comunisti ci sono costringe a dare per scontato che ce ne siano. Non solo, ma aveva comunicato un numero sufficientemente preciso (205) in modo da lasciar supporre che sapesse quello che diceva. In questo modo aveva creato quello che gli psicologi cognitivi chiamano *l'effetto ancoraggio'* per il quale, quando ci viene fornito un numero tendiamo a restarci ancorati: se siamo scettici, possiamo dimezzarlo, ridurlo ma non ci viene fatto di azzerarlo perché ce lo impedisce la inconscia adesione al presupposto che *ce ne sono.*

La tecnica è sempre la stessa elaborata da Swift per il quale era fondamentale, come si è detto, che il popolo inglese venisse spaventato una volta all'anno da dichiarazioni 'terrorizzanti' sui pericoli rappresentati dal re di Francia. Il meccanismo funziona anche oggi, basta sostituire al re di Francia il pericolo del comunismo senza dimenticare il 'trucco' usato da McCarthy: attenzione a non fare nomi e a dare una dimensione del fenomeno. A fare il resto, ci penseranno le tante trappole cognitive nelle quali abbiamo una malefica propensione a cadere.

UN EVENTO CRITICO IN AMBITO PERITALE
Problemi clinici e deontologici

di
Germano Bellussi*

*Avvocato, Psicologo

Un tribunale per i minorenni ha incaricato uno psicologo di rispondere, quale CTU, al seguente quesito:

"Letti gli atti della procedura ed effettuata ogni altra indagine ritenuta necessaria ed opportuna relativa ai minori, ai genitori ed alle famiglie allargate ed ai rapporti reciprocamente esistenti descriva il CTU le condizioni dei minori stessi, indicando se la condotta tenuta dai genitori sia stata e sia di pregiudizio per l'equilibrato e corretto sviluppo psicofisico dei figli. Segnali l'eventuale presenza di tratti anomali della personalità sia dei genitori sia dei minori, precisando se eventuali disarmonie della personalità dei primi possa incidere sull'espletamento della funzione genitoriale. Qualora fosse accertata una

compromissione delle capacità genitoriali, dica il CTU se essa debba ritenersi irreversibile o se sia suscettibile di modifiche e in che tempi, individuando gli interventi di sostegno da attuare per garantire il regolare sviluppo evolutivo dei minori".

I minori hanno oggi rispettivamente 18, 15 e 13 anni, ed il quindicenne risulta essere da tempo ricoverato presso un centro di salute mentale, mentre la figlia maggiore vive con la madre ed il figlio minore con il padre.

Va aggiunto, a migliore illuminazione della fattispecie, che la perizia segue ad altri accertamenti, stilati in diverse sedi ed in epoche anche recenti, i quali in buona sostanza hanno accertato essere la madre affetta da una patologica alterazione psichica "identificabile come disturbo patologico di personalità connotato da manifestazioni maniacali e persecutorie con ripercussione sui minori" ed il figlio quindicenne da una "sindrome dissociativa connotata da episodi gravi di autolesionismo". Hanno pure accertato che i livelli di conflittualità tra fratelli sono elevati, ed elevatissime le spinte aggressive del figlio oggi istituzionalizzato nei confronti del padre ripetutamente da lui minacciato.

Su quest'ultimo punto va segnalato che sono presenti forti induzioni della madre al figlio quindicenne nel segno della ostilità verso il padre e che esse si concretizzano in esplicitate previsioni per le quali il figlio "non potrà che attuare il patricidio".

Questo premesso richiamiamo l'attenzione su di un episodio della vicenda peritale che ci pare di particolare interesse, pur nella sua eccezionalità, e sul quale vorremmo soffermarci per indicare l'esistenza di alcuni problemi i quali meritano una nostra riflessione.

Il CTU, presenti i CT di parte (dislocati dietro lo specchio unidirezionale per non interferire sulla intervista – e questo rituale consiglierebbe un'altra riflessione sulla corretta metodica peritale che però rinviamo ad una diversa occasione), ha intervistato nel corso della perizia la madre. Nel contesto della intervista si è determinata una situazione che possiamo definire di acuzie delirante ed allucinatoria.

L'intervistata (che più volte aveva denunciato il coniuge di violenza carnale sul figlio minore; denunzie tutte per le quali non si è proceduto in quanto "non risultava essere configurabile l'elemento soggettivo della denunciante affetta da disturbo patologico di personalità") ad un certo punto, ed a fronte ad un brusco richiamo alla realtà effettuato dal CTU, ha improvvisamente vista e descritta una delle presunte violenze da parte del padre sul figlio (sotto la doccia ove si trovavano insieme; penetrazione anale subita dal minore, con le dita del padre il quale raggiunge in questo modo e visibilmente il soddisfacimento), in un contesto ideativo inequivocabilmente delirante.

Quindi floridi allucinazione e delirio.

Ci chiediamo cosa sia corretto fare al presentarsi di una tale fattispecie.

Innanzi tutto una premessa.

Il perito deve evitare al possibile che si verifichino reazioni di questa natura (passaggio da una condizione delirante, o sub delirante, cronicizzata ad una condizione di acuzie); reazioni per le quali in sede peritale non vi sono strumenti adeguati di intervento. Rileviamo che, analogamente, il perito deve evitare che si determinino anche legami transferali o effetti di stress, ansia, angoscia. Se legami incongrui, situazioni di disagio, sensi di colpa si determinino ciò significa che alcuni errori (variamente giustificabili e di diversa gravità) sono stati commessi nel corso dei lavori peritali.

Fissato questo punto ci pare di poter porre una seconda premessa.

E' doveroso, al verificarsi della manifestazione di cui si è fatto cenno, uscire dal quadro peritale per entrare in uno diverso il quale abbia una natura inequivocabilmente clinica. In altre parole deve subentrare, per il CTU, la preoccupazione (diremmo anzi l'obbligo) di riportare il soggetto intervistato nella situazione precedente o, comunque, in una condizione quanto meno penosa e pericolosa possibile, utilizzando gli strumenti clinici che sono a sua disposizione in quel particolarissimo contesto.

L'intervista peritale deve intendersi quindi interrotta, più correttamente anzi mai iniziata.

Come intervenire allora clinicamente?

A nostro modo di vedere in primo luogo va colta, od esclusa, la pericolosità (per sé e per gli altri) del soggetto intervistato nella concretezza della situazione.

Qualora non si rilevi pericolosità (stanti la natura del delirio e della allucinazione e l'intensità dell'ansia automatica insorta) va eliminata l'acuzie. Questo può essere ottenuto sia evitando ogni frizione tra la realtà e l'ideazione del soggetto disturbato, sia spostando l'attenzione con introduzione di contenuti diversi e slegati da situazioni presumibilmente conflittuali. Se invece vi sia pericolosità la strategia rimane la stessa, ma si pone il problema che soltanto a fronte di una certa reductio in pristinum il soggetto può essere lasciato libero di allontanarsi dallo studio ove una qualche protezione può essere assicurata. In caso diverso vi è il rischio di ricadere nella "omissione di soccorso" come perseguita dal nostro ordinamento.

Si osservi.

Una situazione ancorché delirante ed allucinatoria, specie se cronicizzata ma fuori da acuzie, non comporta di per se stessa una "incapacità di provvedere a se stesso". Questa incapacità si determina quando invece divengano manifesti determinati contenuti ed in determinati contesti (ed in presenza di una emotività che risulti essere particolarmente disturbata).

Va in ogni caso ricordato che il contraltare della "omissione di soccorso" è il "sequestro di persona" (reato che dal nostro codice penale è ben più pesantemente perseguito) e, in via sussidiaria e degradata, la "violenza privata".

In ogni caso ci veniamo quindi a trovare in una situazione che è di particolare delicatezza.

Quanto abbiamo descritto e segnalato ci consiglia alcune sottolineature.

La prima.

Nella fattispecie (che come si è detto dal momento del verificarsi dell'evento critico non è più peritale) divengono operative le regole della deontologia clinica in sostituzione di quella peritale (linee guida e carte). Le norme deontologiche richiamabili sono dunque ed ovviamente quelle che sono poste a regola delle singole

professioni (ad esempio, per lo psichiatra "il codice di deontologia medica"; per lo psicologo "il codice deontologico degli psicologi").
La seconda.
In una situazione, che non è più peritale, devono essere ritenuti saltati i ruoli che sono appunto propri delle attività peritali ed i periti presenti (siano essi d'ufficio o di parte) dovranno operare, clinicamente, in forma collegiale e con una responsabilità che sia effettivamente collegiale. Una responsabilità collegiale che non esclude certo il prevalere della tesi fatta propria dell'esperto il quale dovesse avere un specifica competenza a fronte delle particolari manifestazioni sintomatiche evidenziatesi (a fronte di una bouffée delirante di un adolescente dovrebbe prevalere, ad esempio, l'indicazione data da uno psicologo dell'età evolutiva su quella di un criminologo).
Conclusivamente è opportuno porre l'accento, da una parte, sulla importanza che in ogni caso assume nella perizia l'esperienza clinica dell'operatore, ma dall'altra sulla necessaria attenzione al fine di evitare ogni iniziativa che possa elevare il rischio che si presentino delle manifestazioni che possano rilevarsi come clinicamente rilevanti.

LINEE GUIDA IN PSICHIATRIA FORENSE ([1])

di

*Ugo Fornari **

**Direttore Unità Operativa di Psichiatria Forense, Psicologia Giudiziaria e Criminologia Clinica, Università degli Studi di Torino*

Introduzione

Affrontare il tema estremamente complesso e delicato delle linee guida in psichiatria forense significa esporre i principi procedurali, metodologici e deontologici che il perito giudiziario dovrebbe rispettare per fornire al suo elaborato peritale valore di prova, come dottrina e giurisprudenza conformi prevedono.

A mio modo di vedere, le linee guida non devono essere altro che un sistema aperto e dinamico di riferimento, in cui collocare una modalità che ha da essere condivisa e concordata, suscettibile di cambiamenti, di revisioni e di integrazioni. Resta il fatto che nessuna metodologia, anche la più rigorosa, è garanzia di un corretto operare in ambito forense, se non integrata da principi deontologici ed etici. Altra riflessione è relativa al fatto che il compito del perito o del consulente è quello di esplorare possibili legami tra verità processuale e verità clinica e valutare uno stato di mente: *non quello di stendere progetti e programmi terapeutici*. Ne consegue che un *elaborato peritale è una costruzione tridimensionale in cui confluiscono una dimensione giuridica, una metodologica e una deontologica*. In questa composizione non si devono confondere

- *il processo con la terapia;*

- *il colloquio clinico con quello peritale;*

- *la verità processuale con quella clinica.*

Le regole procedurali (la dimensione giuridica)

L'attività che psicologi e psichiatri sono chiamati a svolgere dal giudice si colloca, com'è noto, negli ambiti penale, civile e canonico.

In quello penale ai periti, nel momento del conferimento dell'incarico, viene chiesto l'impegno formale *di "adempiere al proprio ufficio senza altro scopo che quello di far conoscere la verità e di mantenere il segreto su tutte le operazioni peritali*" (art. 226 c.p.p.).

In quello civile di "*bene e fedelmente adempiere le funzioni loro affidate al solo scopo di far conoscere ai giudici la verità"* (art. 193 c.p.c.).

Non sono previste analoghe formalità nel conferire un incarico peritale in ambito canonico (Can 1574-1581), ferma restando l'attenta selezione dei consulenti d'ufficio.

*Come emerge chiaramente dalle norme di procedura, la dichiarazione è personale e comporta la consapevolezza da parte del perito di una assunzione di responsabilità morale e giuridica***.** La violazione di questi obblighi è sanzionata rispettivamente dagli articoli 372 c.p. (falsa testimonianza), 373 c.p. (falsa perizia o interpretazione), e 326 c.p. (rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio).

Non esiste nei codici un analogo obbligo di legge per quanto riguarda i consulenti delle parti (tranne gli impedimenti di cui all'art. 222, comma 1, c.p.p. e quanto stabilito dal Canone 1581 del Codice di Diritto Canonico). Essi possono assistere al conferimento dell'incarico al perito; presentare al giudice e/o ai periti richieste, osservazioni e riserve; partecipare alle operazioni peritali; chiedere integrazioni e/o modifiche ai quesiti; proporre al perito specifiche indagini; partecipare alle udienze disposte dal giudice. Se nominati dopo l'esaurimento delle operazioni peritali, possono visionare le relazioni compilate in precedenza e, in ambito penale, richiedere al giudice di essere autorizzati a esaminare la persona, la cosa e il luogo oggetto della perizia. Fuori dei casi di perizia, possono compiere accertamenti autonomi, presentando memorie al committente (artt. 230 e 233 c.p.p.).

Le *violazioni morali* discendono direttamente dall'inosservanza dei codici deontologici che vincolano l'attività clinica di psicologi e psichiatri e ne costituiscono la cornice generale. *Esse valgono anche per i consulenti delle parti*. Il riferimento è al Codice di Deontologia Medica (c.d.m.) approvato dal Consiglio Nazionale della FnomceO (Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri) il 2-3 ottobre 1998 (e, alla data della mia relazione, non ancora modificato da quello di prossima pubblicazione) e al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (c.d.p.) approvato per referendum il 17 febbraio 1998, nelle parti che regolano il *segreto professionale*

[1] Relazione tenuta a Roma, 23 febbraio 2006, sessione plenaria, nell'ambito dell'XI Congresso della S.O.P.S.I.

(artt. 9 e segg., capo III c.d.m.; art. 11 c.d.p.) e il *consenso informato* (artt. 30 e segg. c.d.m).

Le regole metodologiche (dimensione metodologica)

La perizia è *strumento di prova*, se si traduce in un elaborato convincente, motivato, documentato, fruibile, controllabile e comprensibile. Sul *contenuto* e sulle *modalità* di raccolta dei dati, sull'*esposizione* degli stessi e sul *metodo* utilizzato il perito deve fondare la sua scientificità (anche se particolare, come vedremo oltre), dal momento che la successiva valutazione psichiatrico-forense assume connotazioni spesso sfumate e aperte al contraddittorio.

Esaminiamo allora criteri e metodi.

La criteriologia psichiatrico-forense, articolata nel percorso clinico e nella valutazione psichiatrico forense, consiste nel

1) formulare una diagnosi psichiatrica (criterio *nosografico*);
2) descrivere e analizzare i disturbi psicopatologici in atto sotto il profilo sia qualitativo sia quantitativo (criterio *psicopatologico*);
3) esaminare la conseguente compromissione delle funzioni autonome dell'Io (criterio *psicodinamico*);
4) stabilire se il comportamento avente rilevanza giuridica è o meno sintomatico di quei disturbi e di quel funzionamento patologico psichico (criterio *attributivo*);
5) specificare il tipo e grado di compromissione della capacità di intendere *o* di quella di volere del soggetto in esame, al momento del e in riferimento al fatto (criterio *forense*).

Il percorso clinico, *dunque, si articola ne:*

- l'esplorazione psicopatologica = raccolta dei segni e dei sintomi
- l'individuazione categoriale = la collocazione alfa-numerica
- l'analisi funzionale = il funzionamento dell'Io in situazione.

La valutazione psichiatrico-forense *è il risultato della confluenza de*
il percorso clinico
+
- il conferimento del "significato di infermità" all'atto agito o subito (il *quid novi* o il *quid pluris*)
- la traduzione di questa attribuzione in vizio di mente totale o parziale o in altri stati di mente aventi rilevanza giuridica (inferiorità, deficienza psichica e altre condizioni di incapacità)
- la valutazione della pericolosità sociale psichiatrica (elevata, attenuata, assente)
- l'eventuale necessità di adottare "misure terapeutiche" (arresti domiciliari, detenzione domiciliare e altro).

Il *procedimento* o *metodo* può essere articolato nei seguenti punti:

a) lettura degli atti di causa, articolata come segue:

1) conoscenza del reato addebitato al periziando o di cui è stato vittima o testimone; questa è la cornice indispensabile in cui collocare ogni successivo discorso clinico e valutativo e dalla quale non si può prescindere;

2) conoscenza degli interrogatori e delle dichiarazioni rese immediatamente dopo il fatto e nei momenti successivi;

3) acquisizione di eventuali dichiarazioni, osservazioni, segnalazioni di comportamenti, atteggiamenti, discorsi tenuti prima, durante e dopo il fatto e che siano anche solo sembrati "strani" ai verbalizzanti.

Stabilita la *verità processuale*, quale ricostruita dall'autorità giudiziaria al momento del conferimento dell'incarico peritale, si passa alla costruzione della *verità clinica* attraverso la

b) Acquisizione di documentazione clinica psichiatrica relativa a ricoveri del soggetto o certificazioni comunque utili per attestarne un'eventuale patologia di mente.

c) Esame clinico del periziando scandito in:

1) anamnesi familiare;

2) anamnesi personale, fisiologica e patologica remota e prossima, con particolare attenzione al fatto-reato addebitato al soggetto.

Non esiste un tipo standard di conduzione dei colloqui ed ogni perito si regola -di volta in volta- sui tempi, le modalità e i contenuti del colloquio psichiatrico, a seconda che si tratti *di autore detenuto o ricoverato o internato o in libertà*. Se si tratta di vittima, di testimone o di persona in fase di scompenso psicotico è fondamentale almeno *audio registrare* i colloqui, specie quando le condizioni psichiche della persona sono suscettibili di modificazioni con il trascorrere del tempo (art. 360 c.p.p., comma 1).

Delicatissimi problemi derivano dall'*ascolto* di *bambini abusati e violati*, le cui dichiarazioni devono al più presto essere audio- e video- registrate, perché la memoria e le emozioni giocano "brutti scherzi", man mano che ci si allontana dal momento dell'evento e sulla testimonianza interferiscono negativamente fattori di natura emotiva e affettivo-relazionale. Non mi addentrerò nella metodologia specifica che richiederebbe una sessione apposita.

Per parte sua, lo psicotico che commette il reato in fase di scompenso acuto presenta, nell'immediato, modalità narrative sconnesse, confuse, deliranti; atteggiamenti bizzarri e incongrui, disturbi emotivi e dell'affettività-contatto e altri comportamenti che -a distanza di tempo- possono non essere più rilevati o sostanzialmente modificarsi. Per un perito è molto importante poter visionare la videoregistrazione dei primi interrogatori, specie per tutto ciò che concerne il non verbale (lo sguardo cupo, smarrito, angosciato, assorto; l'incapacità di controllare la postura; l'eventuale incidenza della somministrazione di neurolettici e di sedativi sull'efficienza intellettiva, sul linguaggio e sull'articolazione delle parole; la presenza di atteggiamenti di ascolto o di sguardi spaventati; l'aspetto diffidente, elusivo e laconico nei confronti dell'interlocutore; il tono timico; il tipo di partecipazione affettiva; la rilevanza della presenza di altre persone sul "non verbale" e via dicendo).

Vieppiù frequenti stanno diventando i casi in cui l'autore di reato *dissimula*, nasconde, minimizza la patologia di cui è portatore, od opponendo un atteggiamento di non collaborazione e di diffidenza o mettendo in atto difese ipomaniacali che hanno la funzione di negare l'angoscia psicotica di frammentazione e di annullamento soggiacenti: entrambi allo scopo di contenere e neutralizzare in qualche modo il turbamento derivante dalla relazione

con l'altro percepito in una dimensione minacciosa e persecutoria. Le difese messe in atto possono, in questi casi, essere erroneamente lette come espressione di un Disturbo di Personalità, sottovalutando la sottostante componente psicotica.

Sul versante diametralmente opposto si collocano i casi di *simulazione di malattia mentale*, per affrontare i quali occorre adottare una metodologia particolare.

Problemi specifici possono sorgere quando venga disposta una cosiddetta "perizia storica"; quando, cioè, si tratti di stabilire le *condizioni di mente di un defunto* (casi tipici riguardano la circonvenzione di persona incapace e l'annullamento di atti, contratti, donazioni e testamenti). Allora il *lavoro* dovrà essere svolto *sugli atti* e la valutazione dovrà essere esperita su tre assi portanti:

1. i dati clinici;
2. i dati documentali;
3. i dati testimoniali.

I primi due sono affidabili, perché e purché obiettivi. Relativamente al dato testimoniale si ricordi che valutazioni e rivisitazioni di comportamenti e di atteggiamenti fatte da non esperti o da non competenti in materia e comunque sempre da testimoni citati dalle parti, specie se raccolte a distanza di tempo, devono essere considerate con estrema prudenza e oculatezza.

Particolare attenzione si deve porre quando si esamini una *persona anziana vittima di reato*, che sia portatrice o no di patologia senile. E' infatti molto importante non fare propri alcune stereotipi della percezione della vecchiaia, quali la sua assimilazione automatica alla incapacità e alla circonvenibilità.

d) Esame obiettivo, a sua volta distinto in:

1) esame internistico;
2) esame neurologico;
3) esame psichiatrico diretto.

Proprio a questo livello (di obiettivazione psichiatrica cioè) *più acutamente si fanno sentire i problemi relativi alla rilevazione, decodificazione, codificazione, valutazione dei segni, dei messaggi e dei sintomi presentati o lamentati dal periziando*.

Qui entrano in gioco non solo problemi tecnici, ma anche *aspetti deontologici* di cui diremo oltre.

e) esami di laboratorio e indagini strumentali;

f) esami di sussidio diagnostico;

- è importante che gli *eventuali accertamenti psicodiagnostici non vengano svolti alla presenza di più consulenti*, in quanto la partecipazione di terzi può inibire la collaborazione e la spontaneità del periziando; i relativi protocolli o eventuali videoregistrazioni verranno consegnate ai consulenti delle parti che potranno fare tutte le considerazioni che riterranno opportune e necessarie, chiedendo eventuali integrazioni, ma non presenziando direttamente nella somministrazione di un test psicodiagnostico;

- per mia esperienza *è fondamentale che lo psicologo venga nominato in collegio con lo psichiatra, anziché come ausiliare.* Infatti, essendo anch'egli un clinico, prima che uno psicometrista, deve avere la possibilità di partecipare a tutti gli incontri peritali, stabilire una relazione significativa con il periziando e conoscere tutti i dati clinici relativi allo stesso, per poter decidere i tempi di somministrazione dei test, la loro successione e la loro contestualizzazione. A mio modo di vedere, questo e non altro è il procedimento metodologico corretto e ritengo del tutto pretestuose e ampiamente superabili le obiezioni relative al fatto che la nomina di un collegio di periti equivale all'autorizzazione al singolo perito di avvalersi di uno o più ausiliari;

g) inquadramento clinico;

Si apre, a questo punto, un problema delicatissimo.

Troppe volte il perito si agita nel groviglio delle classificazioni che gli propongono i suoi predecessori e i suoi contemporanei e ritrova la pace e la serenità sfogliando, ad esempio, il rassicurante dizionario americano (il D.S.M. nell'ultima o penultima versione) che tutto cataloga e numera, anche ciò che non è possibile (i Disturbi NAS). Molti periti psichiatri, che pur hanno capacità e interesse ad ascoltare la sofferenza umana, si sentono legittimati dal tipo stesso dei quesiti loro posti a rifugiarsi in un rassicurante riduttivismo classificatorio, talvolta limitandosi a giustapporre disturbo a disturbo. Il codice alfanumerico diventa così l'obiettivo primario da raggiungere, come se il modello medico psichiatrico esaurisse il compito valutativo e non ne costituisse invece altro che la doverosa premessa.

Mi spiego meglio: la valutazione dello stato di mente del periziando e del significato di infermità dell'atto devono andare oltre la dimensione nosografica *per affrontare quella funzionale*, dal momento che l'applicazione di schemi convenzionali di lettura del comportamento delinquenziale agito o subito non è adeguata per mettere in evidenza il *funzionamento mentale di autori e vittime di reato*: funzionamento che deve comunque essere tenuto presente nella valutazione complessiva dell'imputabilità.

Pertanto, *premesso un inquadramento clinico* che soddisfi criteri diagnostici condivisi e resi confrontabili attraverso i manuali statistici D.S.M.-IV o I.C.D.-10 (per ora gli ultimi due in auge) è *indispensabile* passare al secondo livello, che ha come obiettivo quello di *esplorare il funzionamento di quella persona* e di contestualizzarne la compromissione.

Preliminare a questo fondamentale tipo di approccio è che il perito giudiziario eviti *accuratamente la formulazione di ipotesi interpretative del reato addebitato al periziando, se non in presenza di una sua esplicita ammissione di colpevolezza o di un preciso e chiaro accertamento della sua responsabilità.*

Alla luce della *verità processuale* quale fornita dall'Autorità Giudiziaria al momento dell'affidamento dell'incarico peritale e in possesso di una *verità clinica* costruita dal perito giudiziario, si andrà ad esaminare il funzionamento mentale del periziando al momento e in riferimento al fatto giuridicamente rilevante, prendendo in considerazione analitica le seguenti

aree *funzionali*: *percettivo-memorizzative*, *organizzative, previsionali, decisionali ed esecutive*.

L'attenzione del perito giudiziario deve dunque tenere conto dell'*inquadramento diagnostico* (l'iscrizione del periziando in una categoria alfa numerica), del tipo di *funzionamento mentale* di quella persona (organizzazione cognitiva, assetto affettivo-relazionale, gestione delle emozioni, rapporto e contatto con la realtà e con gli Altri), del suo retroterra *socio-culturale*, delle caratteristiche della relazione e del contesto in cui è avvenuto il fatto, dell'eventuale assunzione di *determinati farmaci* e via dicendo.

h) discussione psichiatrico-forense del caso. Questo paragrafo è dedicato alla individuazione e alla valutazione dell'infermità di mente. In altre parole, a esaminare se il *funzionamento mentale patologico* del soggetto in riferimento al fatto-reato per cui si procede sia da ritenere sintomatico dello stesso (reato *di*), oppure se nulla abbia a che fare direttamente con lo stesso (reato *in*), spostando l'analisi e la valutazione sul piano della individuazione dei disturbi psicopatologici e della loro incidenza funzionale sul comportamento agito (autore di reato) o subito (vittima di reato). In altre parole il vizio di mente è in stretta correlazione con i disturbi patologici psichici presenti nella categoria diagnostica individuata, purché questi siano *funzionalmente* correlati con le modalità del fatto reato. In difetto o in assenza di questo rapporto psicopatologico e funzionale, anche il malato di mente può essere ritenuto imputabile per il reato che gli viene addebitato, nel senso che pur essendo egli affetto da disturbi psichici, non è infermo di mente (*mentalmente disturbato, m penalmente responsabile*).

i) valutazione dell'infermità riscontrata, nel senso se questa abbia o meno costituito vizio (totale o parziale) di mente. Adottare una concezione restrittiva piuttosto che estensiva del vizio di mente significa fare una scelta non solo tra riduzione e ampliamento del contenitore "infermità di mente", ma anche tra garantismo e discrezionalità nell'applicare i principi della psichiatria forense, abdicando al "potere" che sempre il perito ha creduto di avere nel dare contenuti spesso arbitrari alla nozione di "infermità".

l) risposte ai quesiti.

Le regole deontologiche (la dimensione deontologica).

Il perito giudiziario avvicina realtà umane in momenti e contesti drammatici, quali il malato di mente in fase di scompenso psicotico acuto che compie un reato e nei cui confronti devono essere adottati provvedimenti terapeutici e/o di controllo tempestivi, il soggetto che ha subito la violenza o la minaccia altrui, il bambino che soffre per una situazione familiare problematica, l'anziano che altri vogliono far interdire o le cui decisioni e azioni chiedono di invalidare, e via dicendo. Avvicina però anche soggetti per i quali la carriera delinquenziale ha rappresentato e rappresenta una "scelta" operata in assenza di patologia mentale, simulatori, persone che non collaborano o vittime che si dichiarano tali per ottenere un risarcimento economico e via dicendo.

In tutti questi casi la qualità del lavoro peritale discende non solo dalla soluzione di problemi tecnici, ma anche dalla qualità della relazione umana instaurata con il periziando, che, come tutte le relazioni umane, è ricca di risvolti positivi e negativi.

I *risvolti positivi* nella relazione con il periziando sono legati alla capacità che il perito ha di salvaguardare innanzi tutto il *setting esterno* in cui egli colloca il suo operare.

E' fondamentale fungere da contenitore forte che tutela il periziando – specie in caso di malati di mente, vittime, anziani e minori- da intrusioni indebite o da aggressioni verbali di eventuali consulenti scorretti e partigiani. Non è possibile condurre colloqui peritali in ambienti disturbati quali l'infermeria, il parlatorio, la cella di un carcere. Occorre incontrare il periziando in una stanza silenziosa, appartata, tranquilla e, salvo casi estremi, senza l'assistenza del personale di custodia.

Altri *aspetti positivi* riguardano il *setting interno* e devono essere tenuti sempre presenti, dal momento che il perito non è persona che agisce fuori della relazione, bensì un esperto che interagisce nella relazione, in cui aspetti qualificanti sono: il *dovere di informare* (da parte del perito), il *diritto di consentire* (da parte del periziando) e il *rispetto per la persona umana* e strumenti indispensabili sono *l'ascolto, il silenzio e la compartecipazione.*

Occorre favorire, nei limiti del possibile, la comunicazione e l'incontro e considerare l'Altro una persona che ha una sua storia ricca di un indubbio significato esistenziale e non un oggetto da osservare con distacco e freddezza e ascoltare con atteggiamento sufficiente o prevenuto. Sotto questo profilo, il lavoro peritale deve essere un'occasione di incontro esistenziale che *riconosce e restituisce sia all'autore sia alla vittima dignità di persone*: non occasione per superficiali e infelici interviste che finiscono solo per procurare danno su danno, sia agli indagati, sia alle vittime, sia alla magistratura, sia all'opinione pubblica, sia alla dignità e alla professionalità dei periti giudiziari.

Per quanto riguarda *i risvolti negativi*, molti sono gli aspetti che possono insidiare la qualità della relazione con il periziando. Di particolare importanza sono, a nostro avviso, quelli relativi al *setting interno*, intendendo per tale l'assetto mentale e affettivo-relazionale con cui il perito si accosta al periziando.

Oltre a quelli già ricordati, ci limiteremo a citare:

- la possibilità di iper-valutare caratteristiche personali del periziando e di ipovalutare fattori situazionali relativi al contesto;

- la variabilità dei vissuti individuali, diversi a seconda che ci si trovi davanti a un autore, a una vittima, un bambino, una donna, un anziano, un adulto capace, un malato di mente, e a seconda delle proprie esperienze esistenziali;

- il ruolo giocato dai conflitti di genere: questi nel campo dei reati ses-

suali possono produrre una lontananza/impossibilità di comprensione della vittima donna se il perito è uomo; ma anche una iperidentificazione acritica con la vittima, o un rifiuto controtransferale dell'autore, se il perito è donna;

- le aspirazioni fittizie, che possono indurre a far giustizia, cercare il vero o il falso, premiare o punire, soddisfare i propri bisogni narcisistici, usare il periziando per gratificare il proprio sé grandioso, esibire il proprio potere e difenderlo a ogni costo, cercare le colpe, le responsabilità e le giustificazioni.

Ma il discorso non si esaurisce a questo punto, nel senso che occuparsi del periziando come clinici, oltre che come periti, vuol dire svolgere anche funzioni di *mediazione terapeutica*, nel senso di fornire indicazioni che altri tradurranno in intervento psicologico e/o farmacologico.

Rispetto alla vittima sembra particolarmente urgente sviluppare il ruolo di mediazione tra le agenzie di aiuto sociale e l'autorità giudiziaria, traducendo i rispettivi discorsi, che di solito si collocano su piani tra di loro non articolati (*mediazione giudiziaria*).

Ricorrere al modello delle scienze umane significa, infine, assumere funzioni di *mediazione culturale* e *sociale*, nel sollecitare una diversa attenzione per i protagonisti del reato, nel dare maggiore sviluppo alle riflessioni degli psicologi e degli psichiatri forensi, nel promuovere un'informazione il più possibile corretta ai e attraverso i mezzi di comunicazione di massa.

Al proposito, vengono da ricordare almeno quattro regole fondamentali:

- l'accurato *divieto di accesso ai non addetti ai lavori* a informazioni e interpretazioni che l'esperto possiede perché frutto di una sua diretta conoscenza del caso;

- la *supervisione di ogni intervista* che venga rilasciata come commento del proprio lavoro peritale, se e quando reso pubblico;

- l'attento *controllo di ogni dichiarazione* che miri a fornire spiegazioni della notizia criminis, ricavata dal semplice dato giornalistico;

- il *rifiuto netto* di proporci e di accettare la funzione di coloro che, solo perché dotati di un loro sapere specifico, si ritengono comunque in grado o in obbligo di dare risposte a tutto e a tutti.

RECENSIONI

Gaetano De Leo, Melania Scali, Letizia Caso, *La testimonianza. Problemi, metodi e strumenti nella valutazione dei testimoni.* Il Mulino, Bologna 2005. Pp. 221, Euro 15.00.

Le problematiche che ruotano intorno, in generale, alle questioni di *validità* ed *affidabilità* della testimonianza costituiscono un argomento tipico e peculiare della psicologia giuridica – v., ad esempio, De Cataldo Neuburger, *Psicologia della testimonianza e prova testimoniale* (Milano, Giuffrè, 1988); Gulotta e De Cataldo Neuburger, *Trattato della menzogna e dell'inganno* (Milano, Giuffrè 1996) - .

Il testo di De Leo e collaboratori prende in esame il ruolo del testimone in ogni suo aspetto nell'ambito del processo penale, iniziando con il richiamare il contesto normativo nel quale si situa la testimonianza, per concludere con l'illustrazione di casi reali e di laboratorio, atti a rappresentare il corretto utilizzo delle indicazioni tecniche e metodologiche proposte nel volume.

Nei primi paragrafi del testo si discutono i meccanismi del ricordare e del testimoniare, centrandosi soprattutto sull'analisi delle fonti di distorsione della memoria e del falso ricordo; in tale contesto sono anche approfonditi i meccanismi suggestivi e della falsa testimonianza, sempre differenziando ciò che accade nell'adulto e nel soggetto in età evolutiva.

Il secondo capitolo affronta l'affascinante tema dell'*intervista investigativa* e, in tale ambito, sono discusse la struttura dell'intervista, le modalità di porre le domande e di individuare gli inganni. Sono quindi presentati tre protocolli (tipologie) di intervista utili per diminuire le fonti di errore nel ricordo: l'Intervista Cognitiva, la Step Wise Interview e l'Intervista Strutturata. Numerosi esempi di domande collegate alle aree di indagine specificano ed illustrano quanto riferito nel testo.

Anche nel capitolo successivo – dal titolo *La valutazione delle affermazioni* – sono presentate alcune metodologie di intervento tese a garantire *l'attendibilità* del resoconto (accuratezza e credibilità del soggetto testimone del fatto): il Reality Monitoring (del quale è illustrato ampiamente il background teorico) e la SVA – Statement Validity Analysis, sviluppata nel 1954 e divenuta uno strumento diffuso per "stabilire la credibilità di una deposizione… capace di far luce sui complessi casi di abuso sessuale sui minori, soprattutto se ci si trova a fare i conti con testimonianze discrepanti tra vittima e imputato" (p. 116).

Il quarto ed ultimo capitolo è interamente dedicato alla presentazione di casi, al fine di esemplificare i resoconti che illustrano l'utilizzo degli strumenti presentati nelle pagine precedenti. Viene infine trascritta l'audizione protetta di una bambina, arricchita da commenti sia sulla strategia di intervista, che sugli errori che compie lo psicologo.

Un'ampia bibliografia chiude un testo fondamentalmente teso a discutere la valutazione delle testimonianze di bambini ed adulti in situazioni nelle quali è ipotizzata l'esistenza di eventi vittimizzanti.

Andrea Castiello d'Antonio

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA GIURIDICA

Comitato di Redazione
Paolo Capri, Luisella de Cataldo, Anita Lanotte, Stefano Mariani

Via Bisagno, 15 – 00199 Roma
Tel. 06 86398278 – Fax 06 86384343
E – mail: aipg.italia@tiscalinet.it
www.aipgitalia.org
Segreteria:
lunedì - mercoledì – giovedì - venerdì
09,00 – 13,00 / 14,30 – 18,30

Stampato in proprio
Finito di stampare il 30 maggio 2006