

Il perito psichiatra nel processo penale

Indice

Parte prima:

Disturbi Dissociativi, Attaccamento e Imputabilità nella perizia penale

GIORGIO REZZONICO / PAOLO ABBATE / CRISTINA BARONESSA / ANGELO ZAPPALÀ

- I. Introduzione
- II. Disturbi dissociativi
 - A. Il caso di Marta
 - B. Il caso di Cristina
 - C. Quadri nosografici
 - D. Prevalenza dei Disturbi Dissociativi (DD)
 - E. Strumenti di valutazione testale
 - F. I Disturbi Dissociativi e le loro connessioni coi Disturbi di Personalità
 - G. Disturbi Dissociativi e comportamenti criminosi
 - H. Diagnosi differenziale tra amnesia psicogena e organica
 - I. Alle origini della dissociazione
- III. Il contributo dell'Attaccamento Disorganizzato
 - A. Valutazione dell'attaccamento
 - B. Le categorie dell'attaccamento adulto
- IV. Considerazioni in tema di imputabilità
 - A. Il caso di John Woods
 - B. Il caso di Antonio
- V. Bibliografia

Parte seconda:

L'approccio narrativo alla perizia penale

GIORGIO REZZONICO / CRISTINA BARONESSA / RITA BISANTI / MILENA PROVENZI

- I. Introduzione
- II. L'approccio narrativo alla perizia penale
 - A. Natura narrativa della perizia penale
 - B. Favorire lo stile narrativo nella perizia
 - C. Il caso di Roberto
 - D. Il contributo dell'autobiografia
 - E. Il caso di Luca
 - F. La narrativa degli Altri Significativi
 - G. La narrativa del perito
 - H. La narrativa peritale fra la diagnosi descrittiva e quella esplicitiva
 - I. Stile «neutrale» del perito
 - L. Caratteristiche metodologiche richieste alla perizia narrativa
- III. Conclusioni
- IV. Bibliografia

Parte prima: Disturbi Dissociativi, Attaccamento e Imputabilità nella perizia penale

G. REZZONICO, P. ABBATE, C. BARONessa, A. ZAPPALÀ

I. Introduzione

Questo contributo intende presentare alcuni recenti sviluppi degli studi sui Disturbi Dissociativi che possono fornire utili indicazioni in materia di perizia penale ai fini della valutazione dell'imputabilità, della capacità di comprendere il carattere illecito dell'atto o, pur nella sua comprensione, di agire secondo tale valutazione (art. 10 e 11 vCP).

È importante sottolineare che nell'ambito delle *neuroscienze* si assiste a una vivace attività di ricerca che sta chiarendo alcune modalità basiche del funzionamento della mente umana, quindi fornisce importanti contributi alle discipline psicologiche e psichiatriche. In genere si tratta di acquisizioni che fanno intuire i «ponti» esistenti fra gli aspetti biologici e il comportamento umano.

Per citare un esempio, la scoperta dei *neuroni a specchio* (RIZZOLATI e SINIGAGLIA, 2006), traccia un «ponte» appunto fra genetica, neuro-biologia, emozioni e intersoggettività. Questi neuroni si attivano sia quando compiamo un'azione in prima persona sia quando vediamo che altri la fanno. Ciò significa che, come specie, siamo dotati, già a livello motorio, di strumenti – pre simbolici – di comprensione e imitazione dell'altro nonché della capacità, già a livello motorio, di condivisione delle emozioni, in particolare dell'empatia.

Un altro esempio proviene dalla *psicologia*, nell'area degli studi sulla coscienza: gli sviluppi della teoria dell'attaccamento, in particolare quelli sull'Attaccamento Disorganizzato (D), indicano in modo convincente che esiste una vulnerabilità allo sviluppo di sintomi dissociativi e evidenziano la condizione dello stato mentale di coloro che li sperimentano.

Nel contempo, nell'area psichiatrica si assiste a una progressiva critica costruttiva al modello cosiddetto «a-teorico» delle classificazioni ufficiali dei Disturbi Mentali, quali il DSM o l'ICD. Queste classificazioni, abbastanza simili, proposte rispettivamente dall'American Psychiatric Association e dall'OMS, stanno mostrando i loro limiti – che sono prettamente classificatori – e la ricerca si sta orientando agli aspetti dimensionali, cioè quelli che sottendono agli aspetti puramente sintomatici, nel tentativo di investi-

gare elementi – come il temperamento – che posseggano una sia pur minima componente esplicativa del quadro clinico.

Ciò premesso, le aree d'interesse su cui ci soffermeremo sono rappresentate dal rinnovato interesse per i Disturbi Dissociativi, le relazioni di questi con l'Attaccamento Disorganizzato e il conseguente interesse per la pratica forense.

II. Disturbi dissociativi

La caratteristica essenziale dei Disturbi Dissociativi (DD) è la disconnessione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, dell'identità o della percezione (American Psychiatric Association – APA, 2000). Le alterazioni possono essere improvvise o graduali, transitorie o croniche.

Nonostante si senta dire spesso che «*la personalità multipla non esiste*» è bene precisare che, anche se in effetti questa terminologia è relativamente desueta essendo stata sostituita nella versione più recente del più usato prontuario diagnostico psichiatrico DSM IV-TR con il termine Disturbo Dissociativo d'Identità (DDI), i disturbi dissociativi esistono e non tutti i disturbi dissociativi sono disturbi dissociativi d'identità.

Chi, fra gli esperti, sostiene l'inesistenza di questa forma di disturbi generalmente sostiene che:

- «*nella mia esperienza non ho mai visto un disturbo così*»;
- il rapido incremento di questo tipo di diagnosi una volta che è stata istituita tale entità nosografia è così rapido che «*insospettisce*»;
- quello che appare essere un disturbo dissociativo d'identità è in realtà una psicosi.

Si consideri poi che reclamare tale tipo di disturbo, che spesso si accompagna a lacune mnesiche, è ritenuto – nel contesto forense – forse il più maldestro tentativo di apparire *folle* per ottenere dei benefici.

Il luogo comune che la personalità multipla non esista è uno dei guasti involontari prodotti dalla *fiction* che, per ragioni teatrali, spesso esalta e semplifica talune espressioni di questo e altri disturbi mentali. Se su un versante l'opinione pubblica ha conosciuto la personalità multipla – in particolare doppia – attraverso la letteratura con il libro di Robert Luis Stevenson «Lo strano caso di Dr. Jeckyl e Mr. Hyde» del 1858, e quasi cento anni dopo con il film «Psycho» di Hitchcock nel 1960, lo studio psicologi-

co della personalità multipla risale alle osservazioni di Janet, James e di Morton Price a fine '800.

Come si è altrove ricordato (ZAPPALÀ, 2004), DOTTI e SCARSI (1999) evidenziano come questa diagnosi sia aumentata in modo impressionante: i casi di Personalità Multipla pubblicati tra il 1901 e il 1944 sono stati 33, e quelli segnalati tra il 1944 e il 1969 sono solo 14, a partire dal 1980 vi è stato un aumento esponenziale della diagnosi di DDI, arrivando rapidamente a 5.000 casi nel 1986, quasi tutti pubblicati nel Nord America. Al contrario, secondo la maggioranza degli psichiatri europei il DDI è un disturbo assai raro, e secondo alcuni non esisterebbe affatto, perché essi, in molti anni di esperienza clinica, non hanno mai incontrato un singolo caso.

Il problema diventa pertanto come diagnosticare un Disturbo Dissociativo e in particolare un Disturbo Dissociativo d'Identità, e quindi valutarne l'incidenza sull'imputabilità. Fare diagnosi di DID comporta particolari difficoltà. È stato osservato che «in un caso tipico una diagnosi di DID viene posta dopo alcuni anni di terapia» (PUTNAM et. al., 1986) e che diagnosticare un DID è particolarmente difficile perché l'80% dei soggetti che soffrono di questo disturbo hanno soltanto temporaneamente delle «*finestre di diagnosticabilità*», durante le quali il DID è più chiaramente visibile al clinico (KLUFT, 1991 in GABBARD, 2002).

A. Il caso di Marta

A titolo esemplificativo riportiamo un comune esempio di sintomo dissociativo.

Marta è una valida professionista di quarant'anni che, a seguito della morte del padre e di alcuni aborti spontanei, alla presa di consapevolezza che non potrà avere figli, entra in crisi: mentre nella sfera lavorativa continua a operare in modo adeguato, in quella personale si evidenziano comportamenti a rischio (guida veloce), importanti picchi di tristezza e esplosioni di rabbia nei confronti dei familiari. In psicoterapia si sta parlando della rottura di un legame affettivo con un'amica avvenuta qualche mese prima. Marta dà segni di nervosismo e a un certo punto esplode: «ma basta parlare di Viola...qui la paziente sono io!» e esce irata dallo studio. La settimana successiva non ricorderà i contenuti dell'episodio, né di aver interrotto il colloquio e commenterà: «dopo la seduta della volta scorsa, a differenza delle altre volte, mi sono sentita triste, non so proprio perché...».

LIOTTI (2002) osserva come il DID si presenta talora con modalità che possono indurre a porre diagnosi di schizofrenia, perché la percezione, da parte

della personalità primaria che esistano altre persone, viene talvolta riferita con la presenza di voci interne e si può accompagnare alla sensazione d'essere guidati da una volontà diversa dalla propria e che i propri pensieri vengano rubati. Altre volte, il DID si presenta con gravi stati depressivi, con disturbi atipici del comportamento alimentare, con bizzarrie, fobie, con sintomi ossessivo-compulsivi non «classici», con attacchi di panico. È quindi necessario porre particolare attenzione nella una diagnosi differenziale. Il soggetto con un disturbo dissociativo spesso presenta delle autentiche *lacune mnesiche*, delle quali può avere percezione come di grandi spazi vuoti o al contrario può costruire non intenzionalmente *falsi ricordi*. Spesso non è in grado di raccontarsi in modo coerente o di sentirsi raccontare la propria storia perché privo della capacità di gestire le strutture concettuali, quali la memoria autobiografica, che gli permetterebbero di farlo.

B. Il caso di Cristina

Cristina è una diciassettenne con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. Nel primo anno di trattamento presenta due memorie differenti riguardo al proprio padre, a seconda dello stato mentale in cui si trova in quel momento. In uno stato mentale il padre è rappresentato come buono, protettivo e autorevole e i ricordi si organizzano attorno a tale percezione, in particolare quelli di padre accudente che viene chiamato «papà». L'altra rappresentazione è di una persona severa, dura, a tratti persecutrice e i ricordi si organizzano attorno agli episodi di severità, incomprensione «persecuzione»: questa figura è chiamata in modo più impersonale col nome di battesimo del padre.

Il DID non è in grado di organizzare in sequenza gli avvenimenti che costituiscono il suo divenire perché, proprio gli avvenimenti più significativi per lui, avvengono in una condizione di alterazione dello stato di coscienza che non consente la formulazione di stabili modelli rappresentativi di sé (INTRECCIALAGLI, 1999). Il quadro clinico poi è spesso complicato per la presenza di un Disturbo di Personalità (DOTTI e SCARSI, 1999) Borderline, Evitante, Dipendente, Compulsivo, Antisociale;. Frequenti sono le automutilazioni (34%), i comportamenti violenti (omicidi 6%, violenze sessuali 20%) e il sintomo che più frequentemente si osserva sono i cambiamenti di umore e la tendenza delle altre personalità, a volte di sesso opposto, alla rabbia, amnesia, tendenze suicide.

C. Quadri nosografici

Secondo il DSM IV-R nel gruppo dei Disturbi Dissociativi troviamo i seguenti quadri nosografici:

Amnesia Dissociativa: essa è caratterizzata dall'incapacità di rievocare importanti notizie personali, usualmente di natura traumatica e stressogena. Il deficit mnesico risulta troppo esteso per essere spiegato con una normale tendenza a dimenticare.

Fuga Dissociativa: in tal caso il sintomo consiste nell'allontanamento improvviso e inaspettato da casa o dall'abituale posto di lavoro, accompagnato dall'incapacità di ricordare il proprio passato e da confusione circa la propria identità personale, oppure dall'assunzione di una nuova identità.

Disturbo Dissociativo dell'Identità (precedentemente denominato Disturbo da Personalità Multipla): Forse il disturbo più caratteristico del gruppo, si presenta con due o più distinte identità o stati di personalità (criterio A) che, in modo ricorrente, assumono il controllo del comportamento del soggetto (criterio B). Anche in questo caso, si evidenzia un'incapacità a ricordare importanti notizie personali, troppo estesa per essere spiegata con una normale tendenza a dimenticare (criterio C). L'alterazione non è infine dovuta all'effetto fisiologico diretto di una sostanza oppure a una condizione medica generale (Criterio D). Possiamo descriverlo, quindi, come un disturbo caratterizzato dalla frammentazione dell'identità piuttosto che dalla proliferazione di personalità separate. Le diverse identità, spesso hanno un altro nome, possono avere età differente, appartenere al sesso opposto. Adirittura possono cambiare la grafia, l'intonazione della voce, il modo di vestirsi. Queste sono definite come personalità secondarie e rappresentano frammenti separati di una personalità unica, rimosse ed emergenti saltuariamente con improvvisi passaggi dall'una all'altra. Esse risultano «diverse» dalla personalità originaria: ad esempio laddove la personalità originaria è timida e introversa, quella secondaria sarà l'opposto.

Disturbo di Depersonalizzazione: è caratterizzato dal sentimento persistente o ricorrente di essere separato dal proprio corpo o dai propri processi mentali ma, in questo caso, rimane intatto l'esame di realtà.

Disturbo Dissociativo Non Altrimenti Specificato (DD NAS): è una definizione utilizzata per registrare quei disturbi la cui manifestazione principale è un sintomo dissociativo, ma che non soddisfano i criteri per nessun Disturbo Dissociativo Specifico.

D. Prevalenza dei Disturbi Dissociativi (DD)

Sebbene l'opinione comune fra gli esperti appaia controversa, l'incremento del numero di queste diagnosi è interpretabile: a) come un incremento effettivo, b) come fattore dipendente dall'attenzione al fenomeno e alle modalità di accertamento, c) come incremento di un disturbo fittizio e simulazione.

Si consideri tuttavia che il fenomeno può essere sottostimato a fronte della difficoltà, a volte persino l'impossibilità, da parte del soggetto stesso di riconoscere gli episodi dissociativi come tali e non, ad esempio, come variazioni incongrue del tono dell'umore. Inoltre si consideri anche la facilità con cui spesso è possibile dissimulare i sintomi dissociativi, specie quelli di minor intensità.

In effetti, la scarsa conoscenza dei sintomi dissociativi e la difficoltà a identificarli hanno fatto concludere che «la dissociazione sia diventata l'epidemia taciuta dei nostri giorni. Accanto alle persone che hanno una malattia dissociativa *non identificata*, ce ne sono molte altre a cui è stata fatta una diagnosi *sbagliata*, come Disturbi da Attacco di Panico, Distimia, Depressione, Disturbi Dissociativi, Disturbi da Deficit d'Attenzione» (STEINBERG, SCHNALL, 2001).

Da uno studio condotto da SAXE et al. (1993), su un campione di pazienti che avevano accesso alle cliniche psichiatriche di Boston, si evidenziava come una buona percentuale di essi (circa il 15%) presentasse disordini di natura dissociativa; gli autori concludevano che usualmente tali quadri sintomatologici erano sottodiagnosticati dai clinici.

CASSANO (1994) riteneva invece che essi siano presenti nello 0,15-0,5% della popolazione psichiatrica e in 1 soggetto su 10000 della popolazione generale.

Tra le evidenze più recenti, si annovera uno studio di prevalenza effettuato presso una clinica psichiatrica di New York (FOOTE, SMOLIN, et al., 2006), in cui il 35% di 231 soggetti annoverati per lo studio collaborava in modo completo alla compilazione di un questionario sui disturbi dissociativi (DDIS): tra questi, il 29% risultava affetto da un disordine dissociativo e il 6% dal Disturbo Dissociativo dell'Identità. Gli autori concludevano che la percentuale di tali disturbi in una popolazione psichiatrica è molto alta, in questo caso addirittura sottostimata dal fatto che una buona fetta di quella popolazione era stata vittima di abusi in epoca infantile.

Anche uno studio tedesco su popolazione psichiatrica confermava l'alta prevalenza di questi disturbi (GAST, RODEWALD et al., 2001): su un campione di 115 pazienti ricoverati, il 21.7% mostrava punteggi elevati alla DES (Dissociative Experiences Scale, nella sua versione tedesca).

Sono noti anche alcuni studi di popolazione generale, tra cui quello di MULDER et al. (1998), il quale concludeva che una storia di abuso infantile rendeva più probabile lo sviluppo di sintomi di carattere dissociativo, presenti addirittura nel 6% del campione esaminato. In un altro studio effettuato da ŞAR et al. (2007) eseguito su un campione di 628 donne nella popolazione generale si afferma che si può emettere diagnosi di DID nell'1,1% del campione esaminato.

Tuttavia, se distinguiamo i cinque sintomi dissociativi in funzione della loro espressività – lieve, moderata, grave – laddove solo i sintomi gravi entrano a far parte del Disturbo Dissociativo propriamente detto, è possibile rilevare che su mille soggetti adulti interrogati sulle esperienze di depersonalizzazione e di derealizzazione, 19,1% del campione ha riferito depersonalizzazione, il 14,4% derealizzazione e 23,4% entrambe le esperienze dissociative. La maggioranza di coloro che riportavano la depersonalizzazione – il 10% del campione totale – soddisfacevano i criteri di Steinberg per la depersonalizzazione grave o ricorrente, che dà luogo a disfunzioni o sofferenza (ADERIBIGBE, BLOCH, WALZER, 2001).

In *conclusione*, STEINBERG e SCHNALL sostengono che quasi il 25% della popolazione generale sperimenta episodi dissociativi da lievi a gravi e che in letteratura il dato sulla prevalenza del DD (1%) è ampiamente sottostimato rispetto a una stima più vicina alla realtà del 10%.

E. Strumenti di valutazione testale

È opportuno menzionare a questo punto alcuni strumenti diagnostici di tipo testale che possono essere d'aiuto nel riconoscimento di questo gruppo di disturbi, in particolare in ambito peritale.

Diverse sono le scale di valutazione proposte: il Questionnaire of Experience of Dissociation (QED)¹ (RILEY, 1988), la Dissociative Disorders Interview

¹ Il QED è uno strumento messo a punto per la misurazione della dissociazione o dell'incapacità ad integrare a livello conscio pensieri, sentimenti ed azioni. Gli item sono stati ricavati dalla letteratura clinica sull'argomento. I 26 item che lo compongono sono valutati su una scala dicotoma vero/falso, dove «vero» corrisponde ad 1, eccetto che per gli item 7, 10, 15, 17, 18, 20, 21 e 23-26, per i quali il punteggio 1 è assegnato alla risposta «falso». In un ampio campione, i soggetti «normali» avevano un punteggio medio di 9,92, quelli con disturbi da somatizzazione 13,9 e quelli con personalità multipla 24,6. Il QED ha una buona consistenza interna ed ha mostrato una buona validità nominale (tratto da <http://www.pol-it.org/ital/scale/cap23-1.htm> a sua volta tratto dal volume *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria* curato da Luciano Conti ed edito da SEE editore, Firenze).

Schedule (DDIS)² (ROSS, HEBER, NORTON, ANDERSON, BARCHET, 1989) e la Child Dissociative Checklist (CDC) (PUTNAM et al., 1993), la Dissociative Experience Scale (DES)³ (BERNSTEIN e PUTNAM, 1986), la Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R) (STEINBERG, 1994).

Le più interessanti sono le ultime due. La DES è una scala di autovalutazione di rapida compilazione e valutazione che misura il livello e il tipo d'esperienza dissociativa senza entrare nel merito della diagnosi. È di facile comprensione e le domande sono poste in maniera tale da non implicare un giudizio negativo per coloro che forniscono risposte positive. La valutazione non è riferita a un periodo di tempo specifico ma alla vita in generale. Esiste anche una versione della DES specifica per adolescenti A-DES (ARMSTRONG et al., 1997) che si distingue dall'originale perché il linguaggio e gli esempi sono stati riformulati.

La SCID-D-R è un'intervista semistrutturata, organizzata secondo il modello della SCID, articolata su 276 item, per la valutazione della presenza e della gravità dei 5 sintomi dissociativi fondamentali (amnesia, confusione e alterazione dell'identità, depersonalizzazione e derealizzazione) e per la diagnosi dei cinque disturbi dissociativi indicati dal DSM-IV (amnesia dis-

² La DDIS è un'intervista completamente strutturata per la diagnosi dei DD secondo i criteri del DSM-III-R e del DSM-IV. Per la vasta area di comorbidità che spesso accompagna i DD, la scala contiene anche domande sì/no per la diagnosi di queste patologie; la scala contiene anche una serie di domande che esplorano violenze ed abusi nella fanciullezza, domande che spesso creano disagio al paziente. La DISS è costituita da 131 item che si articolano su 16 sezioni distinte: 1. lamentele somatiche, 2. storia di abuso di sostanze, 3. storia psichiatrica, 4. episodio depressivo maggiore, 5. sintomi positivi della schizofrenia (o sintomi schneideriani di primo rango), 6. trance, sonnambulismo, amico immaginario, 7. violenze, abusi nell'infanzia, 8. caratteristiche associate ai disturbi dissociativi dell'identità, 9. esperienze soprannaturali/esperienze di possessione/percezioni extrasensoriali/culti, 10. disturbo borderline di personalità, 11. amnesia dissociativa, 12. fuga dissociativa, 13. disturbo di depersonalizzazione, 14. disturbo dissociativo dell'identità, 15. disturbo dissociativo NAS e, 16. item conclusivo. Generalmente ad ogni criterio del DSM corrisponde una domanda che è, in pratica, il criterio stesso espresso con parole diverse. La DDIS si è dimostrata uno strumento affidabile e valido per la diagnosi dei DD e dei disturbi psichiatrici che spesso si associano ad essi. Essendo un'intervista strutturata e non richiedendo un giudizio clinico, la scala può essere applicata anche dal personale non medico (tratto da <http://www.pol-it.org/ital/scale/cap23-1.htm> a sua volta tratto da *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, cit.).

³ La DES è una scala di autovalutazione che misura il livello ed il tipo di esperienza dissociativa presente senza entrare nel merito della diagnosi. Le 28 domande che la compongono descrivono delle esperienze dissociative delle quali il soggetto deve indicare la frequenza con cui le ha sperimentate. Nella versione originale la DES utilizza una valutazione analogica: su una linea di 100 mm, il soggetto mette una crocetta sul punto che indica la frequenza con cui ha avuto quell'esperienza; esiste anche una seconda versione, la DESII (CARLSON e PUTNAM, 1993), che usa una scala percentuale a 11 punti (dallo 0% al 100%) sulla quale il soggetto indica il punteggio percentuale che meglio corrisponde alla sua esperienza (tratto da <http://www.pol-it.org/ital/scale/cap23-1.htm> a sua volta tratto da *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, cit.).

sociativa, fuga dissociativa, depersonalizzazione, disturbo dissociativo dell'identità e disturbi dissociativi NAS) e del disturbo acuto da stress. La diagnosi secondo la SCID-D-R si basa sull'identificazione dei sintomi chiave dei disturbi dissociativi, sulla valutazione della loro gravità e sul confronto del pattern sintomatologico del paziente con quello previsto dai criteri diagnostici del DSM-IV. La gravità di ciascuno dei 5 sintomi fondamentali è valutata da 1 (assente) a 4 (grave), per cui il punteggio totale può andare da 5 per il paziente asintomatico, a 20 per quello che ha tutti i 5 sintomi al massimo della gravità.

La SCID-D-R è uno strumento altamente affidabile e valido per la diagnosi dei Disturbi Dissociativi dei quali valuta anche la gravità consentendo, con ciò, la possibilità di discriminare tra sottogruppi di pazienti. Ulteriori vantaggi di questo strumento sono, da un lato la capacità di far emergere informazioni, oltre che sui sintomi, anche su eventuali esperienze traumatiche e, dall'altro, la possibilità di determinare se i sintomi dissociativi si osservano in concomitanza o meno dell'uso di alcol o di sostanze. Richiedendo, infine, risposte elaborate, rende più difficile la manipolazione della scala ai fini della simulazione.

F. I Disturbi Dissociativi e le loro connessioni coi Disturbi di Personalità

I Disturbi Dissociativi possono comparire anche nell'ambito della classe diagnostica dei Disturbi di Personalità (WESTEN et al., 2006; REZZONICO, BISANTI, 2005). Particolare interesse in ambito penale rivestono i quadri che si manifestano nel cluster B dei Disturbi di Personalità del DSM IV: Antisociale, Narcisistico, Istrionico e soprattutto Borderline.

Come descritto nel DSM-IV, il Disturbo Borderline di Personalità si caratterizza, fra le altre cose, per i possibili gravi sintomi dissociativi, spesso a carattere transitorio generalmente scatenati da stimoli stressogeni.

Una delle tematiche centrali in questa patologia è il timore dell'abbandono. Si possono notare così sforzi disperati finalizzati a evitare l'abbandono e le relazioni interpersonali risultano intense e instabili, in ragione della rilevante reattività dell'umore. Le relazioni affettive significative sono spesso mutevoli e possono polarizzarsi nel cosiddetto *triangolo drammatico* nel quale la figura significativa è alternativamente vissuta come salvatore, persecutore o vittima. L'immagine di Sé risulta marcatamente instabile mentre il comportamento si caratterizza per l'impulsività: spendere soldi, guida spericolata, abbuffate alimentari, fino ad arrivare a comportamenti suicidari e automutilanti. Questi sono molto frequenti quando la personalità borderline è in comorbidità con il Disturbo Dissociativo, anche indipendente-

mente da storie di abusi infantili (BRODSKY et al., 1995). Si aggiungono, altresì, sentimenti cronici di vuoto, rabbia intensa e immotivata, difficilmente controllabile.

Uno studio condotto da SAR et al. (2006) evidenziava una comorbidità molto significativa tra i Disturbi Dissociativi, asse I del DSM-IV, e il Disturbo di Personalità Borderline, sull'asse II del DSM-IV; sottolineando la differente entità clinica e nosografia delle due patologie, che spesso vengono erroneamente considerate come un singolo disordine.

Ricordiamo inoltre che il Disturbo Borderline si ritrova spesso in comorbidità con il Disturbo Antisociale, con altri Disturbi di Personalità, con Disturbi dell'Umore e dell'area ossessivo-compulsiva e paranoide.

G. Disturbi Dissociativi e comportamenti criminosi

A proposito del Disturbo Dissociativo d'Identità (DID) nel contesto psichiatrico-forense, rileviamo come diversi autori, hanno ritrovato non infrequentemente criminali violenti con DID (CARLISLE, 1991; SNOW BECKMAN, BRACK, 1996).

STEIN (2000) ha trovato 14 individui, su un campione di 64 soggetti in un ospedale psichiatrico giudiziario, con un DID: tutti avevano una lunga storia di ricoveri psichiatrici ma a nessuno di loro è mai stato riconosciuto un DID. In due studi condotti su campioni di pazienti con DID non ricoverati in strutture, erano stati nel 28.6% (ROSS, NORTON, 1989) e nel 47% (LOWENSTEIN, PUTNAM, 1990). Infine numerosi studi hanno osservato come il DID sia diffuso nella popolazione carceraria (ELLASON, ROSS, 1999); SIMONETI, SCOTT, MURPHY, 2000; STEIN, 2000; WALKER, 2002). Nel 1969 uno psichiatra forense statunitense, TANAY (1969) valutò per un periodo di 10 anni 53 autori di omicidio al fine di tentare una tipizzazione degli autori di omicidio: lo psichiatra affermò che il 70% del campione in esame aveva avuto una reazione dissociativa al momento del crimine.

Peraltro SNOW (1996) suggerisce che le condizioni di costrizioni della vita in carcere o in ospedali psichiatrici giudiziari, possono esacerbare o anche indurre sintomi dissociativi, per questo bisogna tarare, a suo avviso, le ricerche condotte in tali contesti.

PORTER et al. (2001) si sono chiesti perché alcuni soggetti entrano, a differenza di altri, in uno stato dissociativo. Gli autori ricordano che nei soggetti imputati di omicidio che affermano una amnesia del delitto a loro ascritto, spesso siano presenti umore depresso, tratti isterici e segni di psicosi, mentre altre volte vi può essere una predisposizione a entrare in stati dissociativi. Alcune ricerche (COOPER et al., 2006) mostrano che fra gli omicidi non pianificati – i cui autori ebbero una forte «attivazione emozionale» – è ri-

portata amnesia per il crimine. Proprio l'intensa attivazione emozionale sarebbe responsabile della difficoltà di codifica e di successiva rievocazione dei fatti (HOPWOOD, SNELL, 1933; KOPELMAN, 1995).

H. Diagnosi differenziale tra amnesia psicogena e organica

Fondamentale ai fini del corretto riconoscimento del disturbo dissociativo, risulta necessaria un'accurata diagnosi differenziale tra un'amnesia a patogenesi organica, vale a dire fisica, e un'amnesia psicogena (FORNARI, 2005). Circa la valutazione dell'*amnesia dissociativa*, comune in presenza di un DID è evidente che la sua valutazione sia complessa. Scrive FORNARI (2004): «Il problema tecnico è quindi quello di accertare lo stato di coscienza del soggetto al momento del fatto, escludendo – a fini forensi – le amnesie psicogene in cui il restringimento della coscienza riconosce le sue cause in un meccanismo «emotivo» (amnesie di rievocazione) e tenendo conto solo di quelle in cui la coscienza è alterata in modo tale da impedire la fissazione «nucleare» dei ricordi e quindi la possibilità di un loro congruo richiamo (amnesie di fissazione)».

Nel caso delle *amnesie su base organica* è possibile rilevare una patologia organica inquadrabile in una sindrome rilevante a fini clinici e che da sola giustifica il problema mnesico. In genere le amnesie organiche sono caratterizzate da un difetto di fissazione e di acquisizione di nuove informazioni (amnesia anterograda) e di rievocazione di eventi precedenti il trauma (amnesia retrograda).

In diversi casi di amnesia organica si noteranno la relativa staticità e uniformità dell'amnesia, le sfumature dei contorni dei ricordi, lo sforzo fatto dal soggetto per ricostruire i fatti, le confabulazioni – che rappresentano un metodo che il paziente impiega per riempire i vuoti di memoria – il suo atteggiamento collaborativo durante l'intervista clinica.

Al contrario, nell'*amnesia psicogena* si osserva che la persona interrogata o intervistata non fa alcun tentativo di eliminare la lacuna mnesica, la quale anzi genera delle versioni dei fatti contrastanti e contraddittorie. Vi sono dei limiti netti tra ciò che l'individuo ricorda e il «vuoto» di memoria; talora, si osserva un'improvvisa, quasi «drammatica», guarigione dell'amnesia con rievocazione del «nucleo» dell'avvenimento ma non dei suoi aspetti marginali.

In questi casi non vi è alcuna lesione del sistema nervoso centrale o deterioramento mentale che giustifichi una improvvisa amnesia o il ritorno improvviso dei ricordi.

Un prolungato periodo di amnesia deve sempre fare sorgere il dubbio di un'origine psicogena o simulata della stessa, come spiega Fornari (FORNA-

RI, DELSEDIME, 2005) in un approfondimento circa le cause di disturbi della memoria e le loro implicazioni in psichiatria forense.

L'amnesia è una caratteristica diagnostica fondamentale dei DID, si sottolinea pertanto la necessità di utilizzare metodiche psico-fisiologiche, come ad esempio i potenziali evento-correlati, al fine di stabilire chiaramente quale sia la natura del deficit mnemonico nei DID. Per una trattazione approfondita dell'argomento si veda ALLEN e IACONO (2001).

Al termine di questa panoramica sul DID nel contesto forense riassumiamo quanto detto precisando come un delitto possa essere commesso in uno stato dissociativo, senza che il soggetto abbia un DID; come si debba porre particolare cautela nella diagnosi di DID, che spesso è percepita da psichiatri, psicologi e dall'autorità giudiziaria come un maldestro alibi; che avere un DID non significa essere schizofrenici e viceversa; che il portatore di un DID ha una «storia» clinica per cui è improbabile che l'esordio di un DID corrisponda proprio al momento in cui viene commesso il delitto.

I. Alle origini della dissociazione

A fronte dei problemi diagnostici relativi all'imputabilità, diventa interessante indagare in modo più approfondito i meccanismi psicologici della dissociazione. La dissociazione è un fenomeno psichico con valore adattativo. Esso serve infatti a proteggere l'integrità del Sé da eventi traumatici che in quel momento paiono essere difficilmente integrabili senza un'importante sofferenza personale. Si può quindi affermare che la dissociazione fa parte della normale risposta al trauma ed è un sano dispositivo psicologico di *coping* di cui tutti noi disponiamo; fornisce inoltre una notevole capacità di aumentare lo stato di allerta escludendo dalla consapevolezza le emozioni che sconvolgerebbero e paralizzerebbero la persona. Ad esempio, il *numbing emozionale* – una sorta di torpore e ottundimento della vita emotiva – placa l'ansia e scongiura il panico consentendo alla persona di comportarsi in maniera automatica e funzionale, come avviene a fronte di un disastro ambientale o un grave incidente d'auto.

Alcuni individui possono mostrare una maggior suscettibilità all'utilizzo di tale meccanismo configurando l'emergenza di segni che possono essere classificabili nell'ambito dei cinque sintomi fondamentali: amnesia, depersonalizzazione, derealizzazione, confusione dell'identità, alterazione dell'identità. Peraltro, avere degli episodi dissociativi non significa ancora entrare nell'ambito della patologia e cioè del Disturbo Dissociativo. Si ha una dimensione patologica quando – per intensità o frequenza – i sintomi superano un livello soglia comunque elevato.

STEINBERG e SCHNALL (2001) hanno confrontato le differenze tra persone

«normali» – che sperimentano episodi dissociativi in risposta a gravi traumi ed eventi stressanti – e coloro ai quali viene diagnosticato un Disturbo Dissociativo. I «normali» sperimentano episodi brevi, rari che hanno un effetto minimo sulla capacità di funzionare socialmente o sul lavoro, episodi comunque che si collocano – alla SCID-D-R – sul versante *lieve* dello spettro in termini di durata, frequenza, quantità di sofferenza e disfunzioni causate. Le persone con Disturbo Dissociativo hanno episodi persistenti, ricorrenti, socialmente distruttivi con un livello di espressività sintomatologica moderata o grave fino all'alterazione dell'identità o l'assunzione di personalità diverse come nel Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID).

Una differenza importante concerne la *memoria*: nelle persone con DD vi può essere amnesia rispetto ai traumi, lacune nella memoria autobiografica anche per lunghi periodi della vita con fenomeni di *flashback* ripetuti.

Ancora, mentre nelle persone «normali» la sensazione di *annebbiamento mentale* produce un'accelerazione dei processi mentali nei momenti di pericolo, le persone con DD spesso soffrono di confusione mentale con vuoti di memoria anche per importanti informazioni personali. A livello emotivo *l'intorpidimento dei sentimenti* ha, per le persone «normali», una funzione rasserenante, nelle persone con DD ha l'effetto opposto, quello cioè di acuire la loro ansia sino al panico.

Ci si è chiesti cosa predisponesse un individuo a essere ipersensibile rispetto alla dissociazione. Fra le diverse teorie ha un posto di indiscusso rilievo quella dell'*origine traumatica* del disturbo. Si tratta quindi di episodi avvenuti prevalentemente nell'infanzia – spesso reiterati – di eventi terrificanti, violenze personali, abusi sessuali (DALENBERG, PALESH, 2004). In tali episodi vengono attivati meccanismi dissociativi con funzione protettiva del Sé, ma in seguito, negli anni successivi, il ricordo di questi episodi può non essere presente alla coscienza oppure apparire episodico e frammentato, in un processo fatto di ricordare, dimenticare e ricordare, che è tipico del richiamo dei ricordi traumatici.

Il modello basato sull'origine traumatica del disturbo, seppur settoriale, è abbastanza convincente ma, soprattutto a livello peritale, presenta degli aspetti problematici. I DD sono tutt'altro che rari e non sono facilmente individuabili. La veridicità dei ricordi infantili può essere dubbia in particolare per quelli riguardanti l'abuso infantile. La ricostruzione nell'oggi di ricordi sfumati, frammentari, dissociati può essere molto difficoltosa e difettuale. Non va dimenticata anche la sindrome della *«falsa memoria»* per cui una persona, spesso influenzata da figure significative quali genitori, autorità, medici o psicoterapeuti, si costruisce il ricordo dell'evento ed è autenticamente convinta d'aver subito l'abuso. Strumenti come la SCID-D e tecniche d'indagine adeguate – ponendo ad esempio domande aperte e non direttive – possono ridurre il rischio di falsi ricordi, ma il problema della determinazione e della «misurazione» del trauma resta comunque aperto.

III. Il contributo dell'Attaccamento Disorganizzato

Un contributo importante nella risoluzione del sopra accennato problema proviene dagli studi sulla Teoria dell'Attaccamento (TA) di BOWLBY (1969), in particolare quelli sull'attaccamento D, cioè Disorganizzato.

Per attaccamento si intende un Sistema Motivazionale Interpersonale (RUBERTI, 1996) basato su di «una tendenza innata», geneticamente preordinata, «a ricercare la vicinanza protettiva di una figura ben conosciuta, ogni volta che si costituiscono situazioni di pericolo, dolore, fatica o solitudine» (LIOTTI, 1996). E' attivato da situazioni di vulnerabilità (ad esempio la fame) o di pericolo. La meta che si desidera raggiungere è rappresentata da sentimenti quali conforto, gioia, sicurezza, fiducia, tenerezza.

Se l'avvicinamento alla figura protettiva è in qualche modo ostacolato, si esperiscono altri sentimenti: paura, collera, tristezza, disperazione, distacco emozionale, che possono diventare anche le emozioni predominanti nell'individuo che trova costanti difficoltà nell'avvicinamento alla figura di attaccamento.

Sono stati individuati tre tipi di attaccamento: uno Sicuro (B) e due Insicuri: Evitante (A) e Resistente o Ambivalente (C). Nell'attaccamento *Sicuro* il bimbo vede nella figura di attaccamento (FDA) una *base sicura*, da cui ricevere protezione e conforto, all'interno di un rapporto armonico. Nell'attaccamento *Resistente o Ambivalente* la relazione con la FDA sarà caratterizzata da una componente ansiosa di controllo e di timore d'abbandono, mentre in quello *Evitante* saranno più frequentemente presenti emozioni come la tristezza o una certa inibizione all'espressione emozionale. Poiché il rapporto con le figure di attaccamento caratterizza l'assetto relazionale della prima infanzia, l'esperienza così fatta e i relativi modelli relazionali, assumono importanza nella storia evolutiva e sono rintracciabili come schemi basici di relazione anche nell'età adulta. Tuttavia questi schemi possono essere almeno in parte modificati dalla storia di sviluppo e dalle molteplici esperienze di vita.

Alle tre tipologie sopra descritte è stata poi aggiunta quella dell'attaccamento *Disorganizzato* (D) che può essere rintracciata soprattutto negli attaccamenti Insicuri (A/C). In sintesi, quando nella stessa FDA coesistono sia gli aspetti confortanti di «base sicura» che quelli impauriti o spaventanti, il bimbo si trova nella situazione paradossale in cui la stessa figura di accudimento e protezione è anche quella da cui dovrebbe fuggire. In altre parole, la sensazione di paura (spavento) può essere trasmessa al bimbo dalla FDA sia quando è lei stessa che si trova in uno stato d'animo di terrore sia quando mette in atto comportamenti spaventanti come nel caso di reiterati maltrattamenti. Il bimbo si trova cioè in una situazione nella quale è

impossibile mettere in atto un comportamento adeguato e – più in generale – si trova nell'impossibilità di costruirsi un modello stabile e coerente della relazione con la figura primaria.

Questa condizione relazionale generata dalla FDA può essere correlata a comportamenti psicopatologici della stessa, ma più spesso a comportamenti molto *confusivi e disorientanti* – come ad esempio oggi va bene il bianco e, imprevedibilmente, domani no – oppure a comportamenti *spaventanti*, come maltrattamenti e abusi. Questo riguarda anche eventi traumatici spaventanti qualora nel corso e, soprattutto dopo l'evento, non si sia potuto trovare adeguato conforto e consolazione. A titolo esemplificativo un padre abusante è nel contempo figura d'attaccamento e figura spaventante, soprattutto se l'eventuale verbalizzazione della situazione da parte della bimba non viene accolta dalle altre figure d'attaccamento, come la madre.

È importante rilevare che l'attaccamento Sicuro e quello Disorganizzato, non esistono come categorie in sé ma che rappresentano i poli estremi di un *continuum* fra forme organizzate e disorganizzate. In altre parole, il bambino sicuro è organizzato e armonico e il bambino disorganizzato è disequilibrato e disarmonico.

Alcuni studi effettuati circa il sistema dell'attaccamento hanno evidenziato una correlazione tra l'attaccamento di tipo D e alcune manifestazioni psicopatologiche quali i Disturbi Dissociativi (LIOTTI, 2004), il Disturbo Borderline di Personalità (LIOTTI, 2000; WESTEN et al., 2006), il Disturbo Paranoide di Personalità (WESTEN et al., 2006) il Disturbo Post-Traumatico cronico da Stress (STOVALL-MCCLOUGH, CLOITRE, 2006) e altri, come un sottogruppo dei Disturbi della Condotta Alimentare.

Il sistema dell'attaccamento, infatti, influenza una serie di aspetti della vita psichica e non dell'individuo, quali la capacità di regolazione emozionale, le relazioni interpersonali e una buona conoscenza di sé.

L'attaccamento D riduce, fino ad inibire, le capacità integrative della coscienza e concorre alla disorganizzazione dell'individuo, rendendo ragione della correlazione con le sindromi psicopatologiche sopra elencate. Esperienze di attaccamento D rappresentano quindi dei *fattori di rischio* per lo sviluppo della sintomatologia dei DD, laddove un attaccamento sicuro può essere considerato invece un fattore protettivo.

Infatti nelle famiglie considerate a «basso rischio», nei bambini di un anno, si riscontrano elementi di attaccamento disorganizzato solo nel 15-20% dei casi, nelle famiglie ad «alto rischio» tale percentuale sale al 40-80%.

Quindi, le esperienze di attaccamento D sono da considerarsi come un mancato o carente fattore di protezione nei confronti di eventi come traumi e abusi (COE et al., 1995). In tale ottica, è anche possibile recuperare la teoria della genesi traumatica dei DD (ALBASI, 2006).

In conclusione, l'aspetto interessante dell'attaccamento D a fini forensi è

che, a differenza delle esperienze traumatiche, esso può essere indagato e valutato con strumenti ampiamente validati. È possibile quindi avere un quadro più chiaro della *probabilità* che la persona abbia avuto episodi dissociativi e, in una certa misura, anche della gravità degli stessi.

A. Valutazione dell'attaccamento

Lo studio dell'attaccamento nell'infanzia si avvale di diversi strumenti tarati a seconda dell'età. Fino a 24 mesi quello più utilizzato è la Strange Situation Procedure (SSP) di AINSWORTH et al. (1978). Dopo i 24 mesi si sviluppano due linee di procedure: una, come la precedente, legata all'*osservazione diretta* del comportamento (il Cassidy Marvin System di CASSIDY e MARVIN, 1987-1988; il Miami System della CRITTENDEN, 1992), l'altra prevede rilevazioni legate agli *aspetti rappresentazionali* dell'attaccamento come ad esempio l'osservazione durante il gioco con le bambole, l'esame della narrativa nel completamento di storie, questionari costruiti *ad hoc*.

Per quanto riguarda la valutazione in adolescenza e in età adulta lo strumento in assoluto più utilizzato e soprattutto quello che gode di maggiore attendibilità e validità è l'Adult Attachment Interview (GEORGE et al., 1984). L'AAI è un'intervista semistrutturata costruita per indagare tematiche relative all'attaccamento e si articola in 18 domande che indagano su ricordi e esperienze dell'infanzia a due livelli. A livello generale vengono esplorate diverse aree esperienziali concernenti la qualità delle prime relazioni con il *caregiver*, tra cui malattia fisica, disagio emozionale, esperienze di separazione, perdita, rifiuto e abuso. A un livello più specifico viene chiesto all'intervistato di fornire ricordi autobiografici come esempi per spiegare e supportare le affermazioni generali da lui fatte in precedenza. Lo scopo di tale metodo narrativo è quello di fornire una valutazione e una classificazione dello «stato mentale» – *state of mind* – dell'adulto in relazione all'attaccamento.

B. Le categorie dell'attaccamento adulto

La valutazione finale del trascritto prevede l'inclusione del soggetto in una delle tre principali categorie che permettono di distinguere differenti modelli di attaccamento e in particolare:

- Sicuro/Autonoma – F = *Free*. Gli adulti classificati come Sicuri/Autonoma sono in grado, durante l'intervista, di presentare una narrazione coerente e ricca della propria storia infantile di attaccamento. Le espe-

rienze relazionali precoci di questi adulti possono essere state molto positive oppure possono aver incluso varie forme di difficoltà, come il rifiuto, trascuratezza o inversione di ruolo da parte dei genitori nei confronti del bambino. Quello che emerge, tuttavia, è un atteggiamento obiettivo e coerente nel discutere anche gli aspetti dolorosi delle esperienze. Si può ritenere che vi siano state un'elaborazione e una riflessione profonda su queste esperienze, in un periodo successivo all'infanzia, che hanno consentito di valutare l'importanza delle relazioni di attaccamento e di considerarne gli effetti sulla propria personalità attuale.

- Distanziante – Ds = *Dismissing* corrispondente nel bambino all'attaccamento A. Questo modello di attaccamento è caratteristico di quegli adulti che, nel discutere le proprie esperienze di attaccamento, assumono in generale un atteggiamento distanziante o apertamente svalutativo. La narrazione si rivela in questo caso fortemente incoerente perché l'immagine idealizzata dei genitori non è supportata da alcun ricordo specifico, o al contrario emergono ricordi negativi che evidenziano una forte contraddizione tra la memoria semantica e quella episodica. I ricordi sono quasi del tutto assenti e quando emergono sostengono piuttosto l'immagine di un'infanzia difficile in cui il bambino veniva spesso rifiutato o trascurato. Tuttavia l'adulto non ritiene che le esperienze precoci abbiano avuto alcun effetto sulla sua personalità attuale.
- Preoccupato/Invischiato – E = *Preoccupied*. Corrispondente nel bambino all'attaccamento Resistente/Ambivalente. I soggetti che presentano questo stile di attaccamento sembrano mantenere ancora una forte dipendenza dalla propria famiglia di origine che, in parte, ha impedito loro di sviluppare un forte senso di identità personale. Risentimento, ostilità e rabbia sono sentimenti ancora presenti nei confronti di uno o entrambi i genitori, che tuttavia questi adulti sono ancora preoccupati di compiacere. La narrazione si rivela incoerente perché caratterizzata da frasi lunghe e contorte, che esprimono rabbia, oppure da lunghe pause, lapsus e sospensioni che indicano una certa passività nei processi di pensiero.

Ai tre modelli di attaccamento principali sono state aggiunte successivamente altre due categorie di classificazione, corrispondenti all'attaccamento D del bambino.

La prima è inerente alla mancata elaborazione del lutto/trauma – U = *Unresolved* (MAIN, HESSE, 1992), che evidenzia la presenza di processi mentali non risolti relativamente a un evento traumatico o a un lutto.

La seconda categoria, denominata non classificabile – CC = *Cannot Classify* – è stata descritta da HESSE (1996) e viene assegnata quando dall'intervista emerge una combinazione di due categorie insicure opposte e incompatibili, stati mentali contraddittori – ad esempio, rabbia estrema e idealiz-

zazione – o una combinazione di stati mentali scissi e non integrati rispetto all'attaccamento.

Pertanto con l'applicazione dell'AAI è possibile ottenere un rilevamento affidabile nell'adulto, della propria storia d'attaccamento e, per quello che ci interessa, di quello Disorganizzato.

Esistono inoltre altri strumenti più agili di valutazione. Tra questi ultimi ricordiamo alcuni questionari che si basano sulle descrizioni delle relazioni, passate e presenti, dei soggetti intervistati con i loro genitori come ad esempio la Mother-Father-Peer Scale (EPSTEIN, 1983), la Egna Minnen Beträffande Uppfostran (PERRIS et al., 1980), l'Adult Attachment Questionnaire (HAZAN e SHAVER, 1987) e l'Inventory of Parent and Peer Attachment (ARMSDEN e GREENBERG, 1987). Quest'ultimo consente di ottenere un indice di sicurezza/insicurezza rispetto alle relazioni coi pari e coi genitori che sembra essere positivamente correlato con la soddisfazione della vita e la stima di se stessi.

Uno strumento diverso, il Berkeley-leiden Adult Attachment Questionnaire for Unresolved Loss and Other Trauma (MAIN et al., 1993) è stato creato allo scopo di identificare i soggetti classificati, sulla base dell'AAI, come «Irrisolti» rispetto a lutti o traumi; tuttavia non permette la classificazione nelle differenti categorie di attaccamento.

Tuttavia, il principale problema legato al loro utilizzo riguarda una relativa mancanza di affidabilità non presentano infatti una validità sufficiente che consentirebbe il loro uso in alternativa all'AAI. (Per una trattazione approfondita circa la valutazione dell'attaccamento durante il ciclo di vita, si veda l'articolo di ZACCAGNINO M.)

IV. Considerazioni in tema di imputabilità

Trarre delle conclusioni circa l'imputabilità di un soggetto portatore di un Disturbo Dissociativo può essere molto complicato (SINNOTT-ARMSTRONG, BEHNKE, 2000, 2001; RADDEN, 2001): si oscilla infatti da casi in cui non c'è nessuna capacità di autodeterminazione, a casi in cui essa è totalmente presente, sino a situazioni di deliberata simulazione.

Nel sospetto diagnostico, il perito deve valutare «alla moviola» la sequenza delittuosa, eventuali influenze relazionali e ambientali, nonché aspetti esotossici quali l'uso di sostanze.

Un caso celebre è quello di Juanita Maxwell, una giovane donna americana che nel 1979 strangolò l'anziana vicina di casa per futili motivi, una penna.

L'imputata fu assolta per totale infermità mentale, poiché il delitto era stato compiuto dal suo alter ego, Wanda, che le si presentava continuamente dall'età di cinque anni, in seguito ai maltrattamenti subiti dalla madre.

Altrettanto celebre, ma dall'esito opposto, fu il caso di Kennet Bianchi, noto come lo strangolatore di Hillside: giudicato colpevole di numerosi omicidi, tentò di simulare, senza ingannare gli esperti, un alter ego responsabile delle vicende delittuose.

Il punto cruciale nell'esame dei risvolti penali dei Disturbi Dissociativi e, in particolare nel DDI, sta nello stabilire se *al momento del crimine*, la persona sia affetta da disturbo mentale e non abbia capacità di comprendere il carattere illecito dell'atto o comunque di agire secondo tale valutazione (KENNET, MATTHEWS, 2002). Quest'analisi può essere particolarmente difficoltosa in situazioni altamente emotive, come ad esempio in un crimine contro la persona, infatti uno stato di emotività elevato può far cambiare stato mentale e, nell'individuo predisposto, fa scattare uno stato dissociativo di grado elevato. Mentre per alcuni crimini pianificati e prevedibili (furti, ad esempio) questo problema non si pone, diverso è il discorso in molti crimini non pianificati contro la persona (SPITZER et al., 2003). A ciò si aggiunga che alcuni soggetti con diagnosi di Disturbo di Personalità Antisociale hanno comunque un carente controllo emozionale, soprattutto nei confronti di emozioni quali la rabbia. Non sembrano esservi sostanziali differenze tra individui che commettono crimini in «uno stato alterato di personalità» e individui che li commettono in uno stato associato a qualche condizione psicopatologica quali la mania o il Disturbo Borderline di Personalità.

A. Il caso di John Woods

Glenn SAXE (2001) riporta il caso di John Woods. Costui uccise la fidanzata Sally e la sua compagna di stanza Polly, a seguito di una discussione avuta con Sally a proposito di una sua presunta infedeltà. John aveva notato delle impronte sospette sul tappeto della fidanzata e l'aveva accusata di aver visto un altro uomo. In risposta a tali insinuazioni, Sally affermò che «era libera di dormire con chiunque volesse e che John avrebbe dovuto accettare questa situazione perché a lei non importava affatto come lui si sentisse». Queste dichiarazioni fecero precipitare John in uno stato dissociativo: egli esperì se stesso come Ron, uno stato mentale, cioè una personalità, con funzione protettiva. Ron era convinto che Sally avrebbe potuto uccidere John *attraverso le parole* che aveva appena pronunciato e che era necessario assassinarla per evi-

tare che parlasse ancora. A questo punto Ron soffocò Sally riempiendole la bocca di slip.

Nel caso appena descritto si può ipotizzare che durante l'intenso litigio, le parole di Sally abbiano prodotto un importante cambiamento emotivo in John, iniziato probabilmente con la vergogna, che è un'emozione spesso implicata negli importanti cambiamenti di stato mentale. Essa venne percepita come una sorta di umiliazione che determinò una necessità di «auto-protezione» rappresentata e impersonificata da Ron. Tale emozione era verosimilmente molto familiare a John e produsse un drammatico spostamento verso un nuovo stato mentale, organizzato attorno a un differente senso d'identità.

Riguardo al tema dell'imputabilità, ciò che appare importante è che quando John esperisce se stesso come Ron, vede la propria vita in imminente pericolo. È probabile che durante tale stato, l'esame di realtà fosse profondamente alterato e che egli fosse almeno parzialmente incapace di riconoscere le conseguenze del proprio comportamento e comunque totalmente incapace di controllarlo. Sebbene sia difficile determinare la responsabilità criminale attraverso una *case-vignette*, è possibile ipotizzare che John Woods non fosse responsabile dell'omicidio per le ragioni su esposte e non primariamente perché affetto da un Disturbo Dissociativo dell'Identità.

Alcune considerazioni possono essere esposte per una corretta diagnosi riguardo i Disturbi Dissociativi: si tratta innanzitutto di stati transitori, attivati da specifici stress per lo più collegati alle relazioni interpersonali, pertanto spesso associate al sistema motivazionale dell'attaccamento.

B. Il caso di Antonio

Si tratta di un trentacinquenne condannato svariate volte in Italia, per vari reati: furti e rapine, comportamento violento, percosse, uso e spaccio di sostanze stupefacenti. Dalle precedenti perizie psichiatriche cui era stato sottoposto erano emerse varie diagnosi tra cui schizofrenia, Disturbo di Personalità Antisociale e Disturbo Borderline, uso di sostanze stupefacenti e alcol. In particolare, nella prima perizia – per quanto concerne l'imputabilità – il periziato veniva ritenuto totalmente incapace di intendere e di volere, nella seconda, parzialmente incapace.

A seguito di una serie di reati – tra cui furti e aggressioni – veniva disposta un'ulteriore perizia psichiatrica. La valutazione peritale è stata effettuata in maniera approfondita, esaminando lo stato psichico separatamente per ogni reato. A seguito di ciò, il perito concludeva che il soggetto era capace di intendere e volere nel compiere alcuni reati, par-

zialmente incapace durante altri e totalmente incapace solo per uno di essi.

È interessante sottolineare il fatto che il giudice, non accettò tale eterogeneità documentata di valutazione con la motivazione che una persona «o è malata di mente o non lo è», per cui nella sentenza decideva per una generica parziale infermità mentale per tutti i reati commessi in modo che il giudizio fosse uniforme.

In seguito, Antonio si rese responsabile di un omicidio in territorio elvetico a seguito di un conflitto a fuoco contro i gendarmi che stavano eseguendo un controllo. Riuscì a fuggire ma venne identificato e bloccato mentre cercava, ore dopo, di varcare il confine.

Venne quindi disposta un'ulteriore perizia psichiatrica. In tale circostanza il perito analizzò sia la condizione psichica pregressa sia lo stato mentale presente al momento dello specifico atto delittuoso. Le conclusioni furono di totale responsabilità in quanto in quel momento Antonio era in grado di comprendere l'atto e di agire secondo tale valutazione.

Il perito arrivò a una tale conclusione pur tenendo conto che Antonio era diagnosticabile come Disturbo di Personalità Antisociale e Borderline. È da notare che gli stati dissociativi sono relativamente frequenti in quest'ultimo disturbo e che Antonio riferiva una lacuna mnestica relativa al momento del crimine.

In questi casi il punto saliente dell'indagine è rappresentata dall'analisi minuziosa dello stato psichico al momento del reato con un'accurata «moviola» (GUIDANO, 1991) – cioè un'analisi, fotogramma per fotogramma, del comportamento, dei pensieri e dello stato emotivo prima, durante e dopo l'atto delittuoso.

Infatti, il comportamento prima del conflitto a fuoco era stato «normale» come pure è risultato coerente e lucido il comportamento dopo l'atto delittuoso. Tra l'altro, l'analisi dei movimenti di Antonio evidenziarono che si diresse verso strade poco frequentate, dove era meno probabile trovare posti di blocco mettendo quindi in atto una fuga razionale e organizzata.

L'analisi dello stato psichico al momento dell'atto indicava pure una lucidità e coerenza di comportamento pur nella condizione di turbamento emotivo in lui suscitato dal controllo della polizia. È stato quindi possibile escludere uno stato dissociativo e in particolare l'amnesia psicogena pretestata.

V. Bibliografia

- ADERIBIGBE Y., BLOCH R., WALZER W. (2001). Prevalence of depersonalization and de-realization in rural population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- AINSWORTH M.D.S., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S. (1978). *Patterns of Attachment: a Psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale (N.J.), Lawrence Erlbaum Associates.
- ALBASI C. (2006). *Attaccamenti Traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. UTET, Torino.
- ALLEN J. J. B., IACONO W. G. (2001). Assessing the validity of amnesia in dissociative identity disorder a dilemma for the dsm and the courts. *Psychology, Public Policy, and Law, Vol. 7, No. 2*, pag. 311-344.
- AMERICA PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2000), IV, Masson Italia, Milano. American Psychiatric Press, Washington, D.C., pag. 161-188.
- ARMSDEN G.C., GREENBERG M.T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, Vol.16 (5)*, pag. 427-454.
- ARMSTRONG J. G., PUTNAM F. W. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES). *The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 185*, pag. 491-497.
- BERNSTEIN E. B., PUTNAM F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 174*, pag. 727-735.
- BOWLBY J., *Attachment and Loss*, Hogarth Press, London (3 vol.) Trad. It. *Attaccamento e Perdita*, Bollati Boringhieri, Torino, 1972.
- BRODSKY B. S., CLOITRE M., DULIT R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, Vol. 152*, pag. 1788-1792.
- CARLISLE A. L. (1991). Dissociation and Violent Criminal Behavior. *Journal of Contemporary Criminal Justice, Vol. 7, No. 4*, pag. 273-285.
- CASSANO G.B., PANCHERI P. (1994). *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
- CASSIDY J., MARVIN R.S. (1987). Attachment organization in preschool children. Manoscritto non pubblicato, MacArthur Working Group on Attachment, Seattle.
- COE M. T., DALENBERG C. J., ARANSKY K. M. & RETO C. S. (1995). Adult attachment style, reported childhood violence history and types of dissociative experiences. *Dissociation, Vol. 1711*, pag. 471-487.
- COOPER B. S., CUTTLER C., DELL P., YUILLE J. C. (2006). Dissociation and Amnesia: A Study with Male Offenders. *International Journal of Forensic Psychology Vol. 1*, pag. 69-83.
- CRITTENDEN P.M. (1992). The quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology, Vol. 4*, pag. 209-241.
- DALENBERG C. J., PALESH O. G. (2004). Relationship between child abuse history, trauma, and dissociation in Russian college students. *Child Abuse & Neglect, Vol. 28*, pag. 461-474.

- DOTTI A., SCARSI F.J. (1999). Disturbi dissociativi. In *Trattato italiano di psichiatria*, a cura di G.B. Cassano, 2ª edizione, Masson, Milano.
- ELLASON J.W., ROSS C.A. (1999). *Childhood Trauma and Dissociation in Male Sex Offenders*. Sexual Addiction & Compulsivity, Vol. 6, pag. 105-110.
- EPSTEIN S. (1983). *The Mother-Father-peer Scale*. Unpublished manuscript, University of Massachusetts at Amherst.
- FOOTE B., SMOLIN Y., KAPLAN M., LEGATT M., LIPSCHITZ D. (2006). Prevalence of dissociative disorder in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 163, pag. 623-629.
- FORNARI U. (2004). *Trattato di Psichiatria Forense*. UTET, Torino.
- FORNARI U., DELSEDIME N. (2005). Disturbi della memoria e funzionamenti mentali patologici: implicazioni in psichiatria forense. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, Vol. 11, pag. 275-282.
- GABBARD G. O. (2002). *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GAST U., RODEWALD F., VIOLA N., HINDERK E. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 189, pag. 249-257.
- GEORGE C., KAPLAN N., MAIN M. (1984). *Adult Attachment Interview*. Unpublished Manuscript, University of California, Berkeley.
- GUIDANO V. F. (1991). *The Self in progress*, Guilford, New York. (Ed. It. *La Complessità del Sè*, Bollati Boringheri, Torino, 1988).
- HAZAN C., SHAVER P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol.52, pag. 511-524.
- HESSE E. (1996). Discourse, memory and the Adult Attachment Interview: a note with emphasis on the emerging cannot classify category, *Infant Mental Health Journal*, Vol. 17, pag. 4-11.
- HOPWOOD J. S., SNELL, H. K. (1933). Amnesia in relation to crime. *Journal of Mental Science*, Vol. 79, pag. 27-41.
- INTRECCIALAGLI B. (1996). I disturbi dissociativi della coscienza, in B. G. Bara (a cura di) *Manuale di Psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringheri, Torino.
- KENNETT J., MATTHEWS S. (2002). Identity, control and responsibility: the case of Dissociative Identity Disorder. *Philosophical Psychology*, Vol. 15:4, pag. 509-526
- KLUFT, R.P. (1991) Multiple personality. In Tasman, A., Golfinger, S.M. (a cura di) *American Psychiatric Press Review of Psychiatric*, vol. 10.
- KOPELMAN, M. D. (1995). The assessment of psychogenic amnesia. In: A. D. Baddeley, B. A. Wilson, e F. N.Watts (Eds.), *Handbook of memory disorders* (pag. 427-448). Chichester, England: Wiley.
- LIOTTI G. (1996). L'attaccamento, in: B.G. Bara (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringheri, Torino.
- LIOTTI G. (2002). The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: a cognitive – evolutionary approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Vol. 16, pag. 310-325.
- LIOTTI G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* Vol. 41, No. 4, pag. 472-486.

- LIOTTI G., PASQUINI P. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 102, pag. 282-289.
- LOEWENSTEIN R. J., PUTNAM F. W. (1990). The clinical phenomenology of males with MPD: a report of 21 cases. *Dissociation*, Vol. 3, No. 3, pag. 135-143.
- MAIN M., HESSE E (1992). *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali alterati nei genitori*. In Ammaniti M., Stern D. (eds), *Attaccamento e psicoanalisi*. Roma, Laterza.
- MAIN M., VAN JZENDOORN M.H., HESSE E. (1993). *Unresolved/ Unclassifiable responses to the Adult Attachment Interview: Predictable from unresolved states and anomalous beliefs in the Berkeley-Leiden Adult Attachment Questionnaire*. Paper presented at the symposium on Adolescent attachment organization: Findings from the BLAAQ self-report inventory, and relations to absorption and dissociation, at the 60th Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, Louisiana.
- MULDER R. T., BEAUTRAIS A. L., JOYCE P. R., FERGUSSON D. M. (1998). Relationship Between Dissociation, Childhood Sexual Abuse, Childhood Physical Abuse, and Mental Illness in a General Population Sample. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 155, pag. 806-811.
- PERRIS C., JACKOBSON L., LUIDSTROM L., Von KNOVRING L., PERRIS H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta psychiat.Scand*, Vol. 61, pag. 265-274.
- PORTER S., BIRT A. R., YUILLE J. C., HERVE H. F. (2001). Memory for murder: a psychological perspective on dissociative amnesia in legal contexts. *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 24, No. 1, pag. 23-42.
- PUTNAM F. W., GUROFF J. J., SILBERMAN E. K., BARBAN L., POST R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 47, pag. 285-293.
- PUTNAM F. W., HELMERS K., TRICKETT P. K. (1993). Development, reliability and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect*, Vol. 17, pag. 731-741.
- RADDEN J. (2001). Am I my alter's keeper? Multiple personality disorder and responsibility. *Southern California Interdisciplinary Law Journal*, Vol. 10:2, pag. 253-266.
- REZZONICO G., BISANTI R. (2005). I disturbi di personalità in B. G. Bara (a cura di) *Nuovo Manuale di Psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringheri, Torino, Vol. 2 pag. 248-287.
- RILEY K. C. (1988). Measurement of dissociation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 176, pag. 449-450.
- RIZZOLATI G., SINIGALLIA C. (2006). *So quel che fai: il cervello che agisce e i neuroni a specchio*, Raffaello Cortina ed., Milano.
- ROSS C. A., HEBER S., NORTON G. R., ANDERSON D., ANDERSON G., BARCHET P. (1989). The dissociative disorders interview schedule: a structured interview. *Dissociation* Vol. 2 No. 3, pag. 169-189.
- ROSS C. A., NORTON G. R., WOZNEY K. (1989). Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 35, pag. 413-418.

- RUBERTI S. (1996) I sistemi motivazionali: l'attaccamento fra psicologia evolutivista e psicoterapia, in Rezzonico G., Ruberti S. (a cura di) *L'attaccamento nel lavoro clinico e sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- ŞAR V., et al. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- ŞAR V., AKYÜZ G., DOĞAN O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, Vol. 149, pag. 169-176
- SAXE G. N., VAN DER KOLK B. A., BERKOWITZ R., CHINMAN G., LIEBERG G., SCHWARTZ J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 150, pag. 1037-1042.
- SAXE G. (2001). Dissociation and criminal responsibility: a developmental perspective. *Southern California Interdisciplinary Law Journal*, Vol. 10:2, pag. 243-252.
- SIMONETI S., SCOTT E. C., MURPHY C. (2000). Dissociative Experiences in Partner-Assaultive Men. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 15, No. 12, pag. 1262-1283.
- SINNOT-ARMSTRONG W., BEHNKE S. (2000). Responsibility in cases of multiple personality disorders. *Philosophical Perspectives, Action and Freedom*, Vol. 14, pag. 301-323.
- SINNOT-ARMSTRONG W., BEHNKE S. (2001). Criminal law and multiple personality disorder: the vexing problems of personhood and responsibility. *Southern California Interdisciplinary Law Journal* Vol. 10:2, pag. 277-296.
- SNOW M., BECKMAN D., BRACK G. (1996). Results of the dissociative experiences scale in a jail population. *Dissociation*, Vol. 9, No. 2, pag. 98-103.
- SPITZER C., LISS H., DUDECK M., ORLOB S., GILLNER M., HAMM A., FREYBERGER H. J. (2003). Dissociative experiences and disorders in forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry* Vol. 26, pag. 281-288.
- STEIN A. (2000). Dissociation and crime: Abuse, mental illness, and violence in the lives of incarcerated men. *Dissertation Abstracts International*, Vol. 61
- STEINBERG M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- STEINBERG M., SCHNALL M. (2001). *The stranger in the mirror. Dissociation – The Hidden Epidemic*, Harper Collins. (trad. It. *La dissociazione – I cinque sintomi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano).
- STOVALL-MC CLOUGH K. C., CLOITRE M. (2006). Unresolved Attachment, PTSD, and Dissociation in Women With Childhood Abuse Histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 74, No. 2, pag. 219-228.
- TAYLOR, P. J., e KOPELMAN, M. D. (1984). Amnesia for criminal offences. *Psychological Medicine*, Vol. 14, pag. 581-588.
- WALKER A. (2002). Dissociation in incarcerated juvenile male offenders – a pilot study in Australia. *Psychiatry, Psychology and Law* Vol. 9, pag. 56-64.
- WESTEN D., NAKASH O., THOMAS C., BRADLEY R. (2006). Clinical Assessment of Attachment Patterns and Personality Disorder in Adolescents and Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 74, No. 6, pag. 1065-1085.
- ZACCAGNINO M. (2007). La valutazione dell'attaccamento lungo il ciclo di vita: strumenti e metodi a confronto. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, Vol. 20, 12, pag. 30-61.
- ZAPPALÀ A. (2004). *Delitti Rituali*, Centro Scientifico Editore, Torino.

Parte seconda: L'approccio narrativo alla perizia penale

G. REZZONICO, C. BARONessa, R. BISANTI, M. PROVENZI

I. Introduzione

Scopo di questo contributo è quello di fornire una chiave psicologica di lettura dell'approccio narrativo in ambito forense. Il processo è per sua stessa natura un punto d'incontro di molteplici storie: quella del reo, della parte lesa, delle persone significative implicate ma anche gli investigatori, i giudici, la giuria con le proprie storie personali, gli avvocati della difesa e dell'accusa, i periti. In modo differente partecipano alla storia processuale anche altri attori quali gli operatori dei mass media e il loro pubblico, i tecnici del diritto e delle eventuali altre specializzazioni che potranno essere prima o poi implicate. E così via via a differenti livelli noi potremo narrare una storia della psichiatria forense, del diritto penale, dei diritti individuali e sociali, delle Costituzioni. Nel processo penale si ricercano giustamente fatti e evidenze, che sono però costruite in costante interazione con le narrative individuali e sociali. Poiché l'approccio narrativo è quello che maggiormente consente di «cogliere il significato», in questo contributo si cercherà, nell'ambito teorico della psicologia culturale e della psicologia del significato, di mettere in evidenza gli aspetti interessanti di questa prospettiva e come questi possono essere valorizzati nell'ambito penale.

II. L'approccio narrativo alla perizia penale

Se teniamo conto della dimensione storica, possiamo notare che l'ingresso della psichiatria nelle aule di giustizia, avvenuto in Francia agli inizi del 1800, introduce nel processo un nuovo attore: non più solo l'accusatore e il difensore da un lato, e l'imputato e la vittima dall'altro, ma anche il perito psichiatra che, attraverso la sua narrazione, fornisce un nuovo modello di conoscenza del reo. «La criminologia, come ogni altra scienza dell'uomo, è spontaneamente narrativa.» (BIRKHOFF, FRANCIA, VERDE, 1999). D'altra parte, secondo BRUNER (1991), le persone organizzano le esperienze e i ricordi sotto forma di racconto: una forma convenzionale culturalmente trasmessa.

Con l'approccio narrativo alla perizia penale entriamo nell'area delle valutazioni – e ricerche – di tipo essenzialmente *qualitativo* (SILVERMAN, 2002; CZARNIAWSKA, 2004; SPARKES, 2005). Lo scopo dell'approccio narrativo è quello di uscire da un ambito strettamente statistico e dalle metodologie quantitative; questi rappresentano strumenti molto utili per definire fatti oggettivi, comparare gruppi o quantificare abilità, ma non permettono di cogliere gli aspetti centrali della persona – in particolare quelli connessi alla *costruzione del significato personale* – né quelli generativi, in psicopatologia, di un processo morboso, impedendo quindi di ottenere informazioni che possono contribuire a far luce sui temi della responsabilità e dell'imputabilità.

Come sostiene BRUNER (1986), esistono due modi di pensare complementari ma irriducibilmente diversi, due tipi di funzionamento cognitivo attraverso i quali la realtà sociale viene ricostruita e ordinata: quello *paradigmatico* o scientifico *hard* e quello *narrativo*. Essi possiedono principi operativi e criteri di validità ben distinti: «le argomentazioni ci convincono delle proprie verità, i racconti della propria verosimiglianza».

Questa differenza è rilevabile anche nel caso delle perizie psichiatriche, per le quali si può parlare di un'impostazione *analitica* – manifestazione del modo di pensare logico quantitativo – e di un'impostazione *narrativa*, che avvicina le perizie all'approccio qualitativo esplorato dalle scienze umane. Questa distinzione si applica soprattutto alla scrittura del testo finale, nel senso che i dati su cui basare lo scritto possono venire espressi con modalità prevalentemente *analitica* o prevalentemente *narrativa*. Si tratta di due poli idealmente contrapposti, che sono però congiunti in un *continuum* sul quale si alternano – in maniera variabile – un tono «caldo» e narrativo e uno più «freddo» e analitico (MARZANO, 2006).

È opportuno sottolineare che si tratta comunque di due modalità di «fare scienza». Come illustra Maria ARMEZZANI (2002), quella analitica si basa su metodologie misurazioneistiche che costringono i fenomeni psicologici a diventare «cose» osservabili e le persone «organismi» assoggettati a leggi di funzionamento. L'ordine dei significati è preventivamente stabilito e il traguardo dell'oggettività costringe a rifiutare come inquinante qualunque visione soggettiva. Quella narrativa si basa su un approccio di tipo *costruttivista* per cui la realtà perde la sua compattezza e diventa il risultato dei processi di significazione operati dalle persone nell'incontro intersoggettivo, il luogo ideale dell'incontro dei diversi punti di osservazione.

Si tratta, in sostanza, della *scienza – o psicologia – del significato*. Al posto della neutralità asettica del ricercatore e delle situazioni standardizzate, assume un ruolo centrale il linguaggio espressivo e spontaneo – e la narrativa personale e sociale – nonché il contesto di vita in cui si svolgono le indagini.

Nella perizia penale ambedue i poli suddescritti sono importanti: il primo «oggettivizza» e «riduce» a categorie standardizzate, il secondo fornisce la descrizione dell'esperienza e il significato profondo della stessa.

Specie in questi ultimi anni sono state sviluppate e affinate una serie di metodologie d'indagine dell'approccio narrativo. Si tratta, in genere, di metodi qualitativi quali ad esempio quelli etnografici, di analisi conversazionale, di analisi del discorso e della narrazione, dell'approccio della *Grounded Theory* e della *Computer Assisted Analysis*, quest'ultima con l'utilizzazione di programmi creati ad hoc (MANTOVANI, 2003). In particolare, secondo RIESSMAN (1993) ciò che distingue la *narrative analysis* da altri approcci qualitativi è l'attenzione che essa rivolge non solo al contenuto di cui parla il linguaggio, ma soprattutto alla *forma* con cui è comunicata l'esperienza.

Ciò detto, in psichiatria forense esistono casi nei quali la sintomatologia è tanto eclatante – e quindi il processo diagnostico evidente – da rendere agevoli, quasi ovvie, le conclusioni peritali, per cui è sufficiente basarsi prevalentemente sugli aspetti naturalistici e descrittivi. A titolo esemplificativo, possiamo citare il caso clinico seguente:

Simona è una giovane zurighese con uno stile di vita alternativo e con un'anamnesi psicopatologica muta per disturbi psichiatrici maggiori. Improvvisamente inizia a vagabondare per qualche giorno in solitario fino a ritrovarsi in un'alpeggio ticinese. La mattina, in preda a importanti dispercezioni uditive e visive, nella convinzione delirante di essere minacciata a morte da Satana, s'impadronisce di un'auto incustodita e, priva di licenza di condurre, cerca disperatamente di sfuggire dal Maligno. Durante la fuga, travolge due giovani, uno dei quali muore.

In questo caso, il drammatico esordio di quello che verrà diagnosticato come il primo episodio nell'ambito di un disturbo schizofrenico, appare in tutta la sua evidenza e condurrà all'applicazione dell'articolo 10 vCP.

In altri casi queste evidenze possono mancare e l'approccio narrativo rappresenta quindi uno strumento per meglio evidenziare gli aspetti soggettivi, poiché tutte le persone, raccontandosi, fanno emergere i propri processi di pensiero (BRUNER, 2004). Il perito deve quindi entrare in un'ottica metodologica di tipo qualitativo (SMORTI, 1994) affiancando la pratica adottata dal giudice, quando questi tiene conto delle motivazioni soggettive di tutti gli attori implicati nel processo.

La perizia, anche se con i vincoli imposti dalle esigenze giuridiche, diventa una «narrazione», un racconto; ma il racconto non è «la realtà», è «una» versione della realtà. La narrazione, in quanto rappresentazione di eventi per mezzo della parola, si connota come attività simbolica per eccellenza, sostituzione inevitabilmente deformata e imperfetta della realtà.

Il diritto pone però alla criminologia e alla psichiatria interrogativi precisi: il rapporto tra delitto e follia, la valutazione e quantificazione della capacità d'intendere e di volere, il giudizio prognostico – quindi probabilistico – circa l'eventuale pericolosità; tutti quesiti che vogliono rendere l'autore di reato come oggetto di un sapere il più possibile tecnicamente interpretabile. Un approccio esplicitamente narrativo allo studio dell'uomo consentirà di fare chiarezza su molti equivoci metodologici, in primo luogo su pretese di obiettività di fatto solo parzialmente realizzabili.

A. Natura narrativa della perizia penale

La costruzione della perizia penale rappresenta un'attività di traduzione e messa in trama di *differenti testi* – verbali delle forze dell'ordine, trascrizioni degli interrogatori dell'autorità giudiziaria, trascrizioni dei colloqui con l'indagato-imputato e le Altre Persone Significative- allo scopo di rispondere con le proprie categorie discorsive al quesito posto dal giudice.

La perizia penale diventa così un testo ricco, «plurale», non certo un dialogo a due, tra perito e giudice, come sarebbe lecito aspettarsi dai quesiti proposti. Al contrario, attraverso la perizia «parlano» le persone e la scienza, la saggezza popolare e la legge, la razionalità e il caos, le parti in causa e l'intero corpo sociale (VERDE, 2006) I codici culturali di un testo narrativo hanno la forma di riferimenti a un sapere noto, condiviso, consolidato. Nella perizia penale le citazioni più consistenti riguardano i «testi sacri» delle discipline di riferimento: manuali di psichiatria o medicina legale, test di psicodiagnostica, cultura giuridica, sapere medico.

In sostanza il sapere costituito può fare la sua comparsa nella perizia penale solo come autorità scientifica su cui fondare le valutazioni relative al caso. Il ricorso a un linguaggio tecnico e altamente specialistico, infatti, chiuderebbe la narrazione precludendo la comprensione a chi non appartenga a una determinata élite di professionisti.

B. Favorire lo stile narrativo nella perizia

Aiutare la persona indagata a esplicitare il proprio senso di Sé tramite le descrizioni della propria vita, delle relazioni, delle situazioni, del reato è importante sia dal punto di vista della ricostruzione dei fatti sia perché attraverso tale narrativa si esplicitano le *modalità* che la persona si è costruita per affrontare le differenti situazioni e per quello che percepisce come senso di Sé nel fluire dell'esperienza (REZZONICO, 1995). Il modo in cui viene ordinata la propria storia personale e la sequenza degli eventi, le modalità

di risposta alle situazioni stressanti interne o esterne, sono peculiari di ciascun individuo e dipendono dalla rielaborazione dell'esperienza personale in termini di relazioni significative, d'influenze sociali e culturali, di successi e insuccessi perseguiti e affrontati nel corso della propria vita. Ciascuno di noi si *racconta* secondo le proprie modalità in dipendenza anche dello stato emotivo del momento e del senso che in quel momento viene attribuito alla creazione della propria narrativa. Ciò significa che, in ambito penale, la narrativa del periziando, nonché quella di tutti le altre persone significative implicate – familiari, investigatori, periti eccetera – sono orientate rispetto al senso che il narrare assume in quel momento per l'individuo e dipenderà dalla sua storia, dalle sue conoscenze, dallo stato emotivo e da quello che lui pensa sia nella fattispecie rilevante.

L'ambito penale è un intrecciarsi di storie favorito dal contesto giuridico stesso. Il giudice si trova a confronto non solo con «fatti» ma con «storie», spesso drammatiche e complicate.

In generale, è possibile *chiudere* rispetto all'estrinsecazione della narrativa personale, ad esempio con l'utilizzo di domande chiuse, oppure *aprire*, lasciandola fluire, ad esempio ponendo domande aperte. Nel primo caso si avrà una perizia penale molto «tecnica» con poco spazio alla soggettività, nel secondo caso avremo una perizia che – accanto ai comunque necessari dati tecnici – farà emergere la soggettività della persona, consentendo quindi l'apprezzamento del suo mondo interiore e il processo di costruzione individuale di significato.

Ci sono pertanto delle metodiche che consentono di far emergere compiutamente lo stile narrativo della persona (ATKINSON, 2002). Si tratta, nell'inchiesta, di dare spazio alla *narrativa spontanea* del soggetto, di formulare domande *aperte*, utilizzare domande *ipotetiche* («se...allora...») sia concernenti il passato che riguardo al futuro. È possibile anche impiegare procedimenti come la *costruzione e narrazione di eventi simulati* o il *completamento di storie* oppure, specie nei minori, proporre delle situazioni di gioco guidato o utilizzare altre modalità espressive, come il disegno.

Una procedura complessa è stata applicata da ALZATI (2004) cercando di applicare la diagnosi transitiva di Kelly – con le relative griglie di repertorio – al problema della perizie nel fenomeno del transessualismo.

Sarà così possibile apprezzare le inevitabili differenze individuali che possono poi essere ricondotte all'interno della categorizzazione delle *organizzazioni di significato personale* (REDA, 1986; GUIDANO, 1987, 1991; ARCIERO, 2003; NARDI, 2007). Queste categorie descrivono il normale funzionamento delle persone, i loro punti di forza e di ipersensibilità, le condizioni che possono portare a uno scompensamento e le forme che questi scompensi possono assumere.

Si tratta quindi di un approccio esplicativo che ci consente di comprendere

come una persona sia pervenuta a compiere il reato e soprattutto ci permette di cogliere l'universo dei significativi personali ad esso correlati.

La *diagnosi esplicativa* – cioè la comprensione del modo di funzionare e attribuire significati – è di straordinaria importanza nella perizia penale perché consente al giudice di meglio comprendere il senso dell'atto e quindi gli fornisce uno strumento aggiuntivo, a volte fondamentale, per la decisione.

C. Il caso di Roberto

Roberto è un uomo di 45 anni che vive in un piccolo paese in collina. È stato indagato – e per breve tempo incarcerato – per il sospetto di abuso sessuale reiterato su minore. L'inchiesta si è protratta per circa due anni al termine della quale venne prosciolto. Da quel momento presenta allo Stato una richiesta di risarcimento per i danni anche psicologici subiti. Nel frattempo Roberto aveva lasciato il posto di lavoro, faceva vita ritirata nel proprio paese presentando un quadro clinico depressivo alquanto sfumato.

Il quesito posto al perito era quanto la condizione attuale avesse un nesso causale con l'inchiesta penale e quanto potesse essere eventualmente collegato ad altre cause – come ad esempio una condizione depressiva di lunga data – e addirittura se non potesse trattarsi di un Disturbo Fittizio o di una simulazione intenzionale.

Le conclusioni peritali confermarono l'esistenza di un modico quadro depressivo – presumibilmente non sufficiente a giustificare il rilevato quadro d'importante chiusura relazionale – ma soprattutto che la tipologia di funzionamento di Roberto era ascrivibile all'organizzazione di significato da *Disturbo Alimentare Psicogeno* (DAP). Quest'organizzazione implica una modalità di funzionamento in cui il senso di Sé è prevalentemente costruito dall'esterno, cioè attraverso gli «occhi degli altri».

Questa rilevazione ha permesso di escludere l'ipotesi di simulazione e di supportare in modo convincente l'ipotesi che l'abbandono da parte di diversi amici, i commenti, espliciti o meno, dei compaesani, i giudizi negativi raccolti sul posto di lavoro, quelli ancor più negativi raccolti presso l'associazione sportiva a cui aveva dedicato con passione molte ore del suo tempo libero, abbiano costituito un *vulnus* particolarmente distruttivo – basato sull'ipersensibilità al giudizio altrui – dal quale Roberto non è riuscito a uscire se non a prezzo di un rigido evitamento sociale generalizzato, altamente disfunzionale per la propria qualità di vita. Nella stesura della perizia, si è dato ampio spazio al racconto di Roberto, con trascrizioni semi-integrali dei colloqui psicologico psichiatrici, in modo che il giudice potesse apprezzare più compiutamente l'esperienza vissuta.

D. Il contributo dell'autobiografia

Uno strumento tecnico di assoluta rilevanza nell'investigazione della memoria autobiografica e della narrativa personale è rappresentato dall'autobiografia. Al fine di aiutare il periziando a dar voce alla propria interiorità è importante chiedergli di redigere un'autobiografia: quest'ultima diventa il punto di partenza del colloquio e dell'indagine anamnestica, nonché documento integrante – commentato – da allegare alla perizia.

Occorre premettere che difficilmente la perizia serve come strumento di rielaborazione personale per il periziando – come può avvenire in psicoterapia – poiché il sistema della Giustizia è finalizzato a individuare il reo, accertarne la colpevolezza, punirlo ed eventualmente riabilitarlo. Le narrazioni in ambito peritale sono quindi principalmente scritte *sul* periziando, non *per* il periziando. Però il fine di rielaborazione psicologica e quello giudiziario possono trovare una *convergenza*, soprattutto quando s'intende orientare il reo verso un percorso terapeutico riabilitativo.

Un esempio – anomalo – di convergenza è il seguente:

Guido è un killer professionista italiano che – nell'ipotesi della Procura – ha ucciso una persona su mandato. Arrestato tenta – su presumibile consiglio di altri – la carta dell'ammessa dell'evento, pretestando l'uso di alcol e barbiturici e uno stato di confusione con lacune mestiche al momento del reato.

Da notare che l'uso controllato di barbiturici – sostanza inserita nell'elenco di quelle stupefacenti – è utilizzata da una certa tipologia di killer professionisti in quanto produce una sensazione soggettiva di calma e tranquillità, incrementando l'efficienza dell'azione. A fronte dell'autobiografia, dalla quale emerge un forte ed «etico»senso di Sé, quando il perito chiede: «Ma lei si riconosce – e vorrebbe essere riconosciuto dai suoi familiari e amici – come una persona confusa, debole, priva di controllo?», dopo un momento di silenzio – a fronte dell'irriducibile discrepanza fra l'originaria immagine di Sé e quella derivata dalla deposizione al giudice – afferma deciso:

«Assolutamente no! Sapevo bene quello che facevo, ritratto e accetto pienamente le conseguenze processuali delle mie azioni totalmente consapevoli».

L'autobiografia non è la «realtà» ma è la narrativa di una realtà, in particolare esprime quello che il periziando ritiene utile o importante far sapere al perito o agli inquirenti. Un'autobiografia scritta per il terapeuta o per un libro sarebbe evidentemente diversa. Occorre inoltre considerare che l'autobiografia è scritta in un certo momento, ciò significa che è in quel momento che la persona cerca di dare senso e coerenza alla propria vicenda sceglien-

do quegli eventi e modalità espressive che ritiene adeguati. Non esiste quindi un'autobiografia «vera» rispetto a una «falsa», ma nell'autobiografia di quel momento si esprime l'insieme di significati a essa attribuita dal narrante.

Nell'analisi di un'autobiografia sono evidentemente importanti i *contenuti* e i fatti in essa presentati. Ma per il perito psichiatra è ancor più utile indagare il *modo* con cui l'autobiografia è stata scritta, si può indagare se la persona ha avuto difficoltà a compilarla, valutare la lunghezza, il tempo occorso e l'accuratezza, rintracciare omissioni più o meno significative. È inoltre importante rilevare se si tratta di uno scritto prevalentemente basato sulla memoria semantica rispetto a quella episodica, oppure se vi è un armonico bilanciamento tra le due. Così pure l'indagine sui nessi associativi e sull'espressività emozionale (REZZONICO e VOLTOLINI, 1999).

Se prendiamo a titolo esemplificativo la concettualizzazione nei termini delle *Organizzazioni di Significato Personale* potremo rilevare degli stili narrativi differenti come pure la prevalenza della memoria episodica o di quella semantica. Le organizzazioni *ossessive*, come nell'esempio che proponeremo in seguito, possono avere difficoltà a iniziare il compito, ma quando iniziano mostrano uno stile narrativo episodico, poco affettivizzato con una scrittura che occupa appieno la pagina. Le organizzazioni di tipo *fobico*, produrranno scritti con episodi emergenti molto affettivizzati con scarsi raccordi fra di essi. Le organizzazioni *DAP*, superato l'iniziale timore dovuto al giudizio altrui, produrranno descrizioni abbastanza ricche, spesso non bene organizzate con un'affettività emergente prevalentemente superficiale. Le organizzazioni *depressive* possono produrre narrative abbastanza povere da cui comunque emerge un senso di Sé tendenzialmente negativo o distaccato, oppure con autoironica lievità..

Viene di seguito riportato uno stralcio di autobiografia tratta da una perizia penale.

E. Il caso di Luca

Si tratta di un giovane che ha commesso un omicidio – apparentemente preordinato – di cui però non ricorda nulla. Dalle indagini risulta che da almeno 6 mesi c'erano atti volti alla preparazione del reato e della fuga successiva e non era documentato uno stato psichico patologico prima dell'episodio delittuoso.

Per il perito si tratta quindi di pervenire a una diagnosi dove entrano in campo le ipotesi di simulazione e, in ambito psicopatologico, quelle di Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Dissociativo d'Identità ovvero un esordio di tipo schizofrenico.

Luca redige un'autobiografia in quattro facciate fittamente scritte a calligrafia minuta. L'incipit è il seguente:

«Mi chiamo Luca T., sono nato a Como il 3 settembre 1981. Dai 4 ai 6 anni ho frequentato l'asilo delle suore chiamato «Scuola dei Bambini» dove di bambini ce n'erano molti. Nel mio sesto anno di vita, ho iniziato le scuole elementari comunali di Como. I lavori che si facevano a scuola non mi interessavano particolarmente ma ero contento perché gli altri bambini erano simpatici e mi divertivo molto a giocare con loro. Imparavamo diverse cose come la geografia, la matematica (che non mi è mai piaciuta), il canto e la musica, il disegno, la pittura ed altri lavori manuali, più la ginnastica ed il nuoto. A mezzogiorno ritornavo a casa per mangiare, e trovavo nel piatto sempre qualcosa di buono, perché la mia mamma cucinava bene. Il pomeriggio la scuola finiva verso le 16.30. Avevo diversi buoni amici con i quali giocavo durante la ricreazione...».

Lo stile narrativo che si palesa anche nel resto dell'autobiografia, appare abbastanza evidente: la memoria episodica prevale nettamente sulla memoria semantica, sono evidenti particolari analitici di scarso valore semantico e le emozioni, pur presenti, sono espresse con una certa inibizione, soprattutto quelle concernenti la rabbia:

«Il mio sport preferito era il calcio, al quale giocavo durante la ricreazione, ma senza aver mai potuto giocare in una squadra vera, perché mio padre si opponeva a ciò. Al contrario, quando ebbi 8 anni, mio padre m'impose di fare delle lezioni di pianoforte, cosa che a me non piaceva».

Anche l'emozioni legate a eventi emozionalmente importanti vengono coartate:

«Nel periodo della scuola elementare sono tre gli eventi che ricordo bene, due negativi ed uno positivo. Questi tre eventi nell'ordine cronologico sono: un incidente stradale dopo essere sceso dal bus; un incidente durante la ricreazione ad una gamba; l'arrivo in quinta elementare di Federico, che sarebbe in seguito diventato mio amico».

L'autobiografia continua secondo questo stile descrivendo minuziosamente gli sport, il tempo libero, i divertimenti con gli amici. Questa linea tende a incrinarsi in coincidenza sia dei dissapori tra i genitori che condurranno a una burrascosa separazione, sia con un calo di rendimento scolastico che alla fine dell'ultimo anno di scuola media non gli consente di frequentare il liceo. Il padre decide quindi contro la volontà di Luca di fargli ripetere l'anno:

«Quando cominciai questa scuola andò tutto molto bene per i primi due mesi, i mesi seguenti furono invece un calvario. Cominciarono ad esser-

ci dei dissidi, con i professori, non so per quale motivo, e passavo più tempo nell'ufficio del direttore che nell'aula della classe a seguire le lezioni. I miei risultati che all'inizio dell'anno scolastico erano buoni cominciarono a calare precipitosamente. Alla fine dell'anno scolastico i risultati non erano buoni, anzi, peggio dell'anno precedente».

Quel «*non so per quale motivo*» è un potente segnale di disorganizzazione nel senso di Sé. Questa palese situazione di disagio ha condotto a chiedere l'aiuto di un orientatore professionale il quale consiglia l'inserimento in un collegio a Lodi. Qui inizia una fase di riorganizzazione:

«Per mia fortuna la scuola di Lodi era veramente eccezionale, c'erano ragazzi che venivano un po' da tutta Italia e degli insegnanti molto preparati che sapevano come fare per stimolare gli allievi allo studio e rendere le cose interessanti. Io diventai amico [...]. Cominciai ad apprezzare lo studio e avevo come scopo quello di fare una carriera militare, col passare del tempo cambiai idea e pensai di diventare agricoltore».

Si può apprezzare quindi un riordinamento e un fluire più armonico nella vita quotidiana il che gli consente di guardare, anche se in modo non ancora chiaro – *agricoltore o militare?* – al proprio futuro. È anche in grado di dare senso alla propria condizione come quando scrive:

«I miei risultati scolastici, che erano abbastanza buoni, diventarono altalenanti con alti e bassi, secondo me influenzati dal divorzio dei miei genitori che era lungo e pesante a causa di mio padre».

Nell'autobiografia Luca dedica agli ultimi due anni della propria vita solo le seguenti poche righe, come se fosse difficile rintracciare un compiuto senso di Sé, al di là di aspetti episodici:

«Alla fine dell'anno scolastico mio padre decide di non pagare più i conti della frequentazione scolastica e così da un giorno all'altro mi ritrovai a casa. A causa di ciò mi ritrovai senza amici perché quelli di Lodi erano troppo lontani e con quelli che avevo prima non ero più in contatto da tempo. In questi ultimi due anni ho fatto qualche piccolo lavoro di breve durata, ho passato gli esami per la licenza di condurre, letto molti libri, ascoltato tanta musica, passeggiato parecchio e scritto fatti di attualità mondiale».

Conclude lasciando intuire il proprio stato emozionale:

«Questa è la mia autobiografia, spero non sia troppo lunga da leggere».

Dall'analisi dello scritto autobiografico di Luca emerge quindi la prevalenza di una memoria di tipo episodico su quella semantica; gli episodi sono descritti o senza emozioni o con emozioni sostanzialmente coartate, se non

in un paio di occasioni in cui si intuisce una dimensione emotiva legata alla rabbia.

Quando potrebbero affiorare emozioni negative troppo intense queste vengono potentemente inibite entrando in una dimensione di parziale perdita di senso: «*Cominciarono a esserci dei dissidi con i professori, non so per quale motivo*». Ciò si evidenzia in modo più palese nel racconto degli ultimi due anni – singoli episodi scollegati tra loro e dal contesto relazionale e sociale – dove anche la capacità di individuare il senso della propria esperienza appare estremamente inibita.

In questo caso lo stile narrativo aiuta a ricostruire il ritratto di una persona analitica che, come si evincerà anche dal proseguo delle indagini peritali, rientra nella categoria dell'Organizzazione di Significato Personale di tipo Ossessivo. Ricordiamo che il quesito messo in evidenza dall'atto delittuoso riguardava un'esplosione di aggressività di una persona senza precedenti psicopatologici di rilievo che peraltro aveva effettuato alcune operazioni per depistare le indagini prima del fatto delittuoso.

In tale situazione il perito deve valutare eventuali sintomi premonitori, quelli in atto e l'evoluzione degli stessi: nel caso in questione tale valutazione non portava di per sé a delineare in modo chiaro l'eventuale quadro psicopatologico al momento dell'atto. L'analisi della narrativa autobiografica e i relativi approfondimenti hanno fornito un elemento interessante in favore di un periodo di «incubazione» psicotica: nell'ultima parte della stesura autobiografica, si perde il senso di coerenza personale e si rileva un salto di stile narrativo, con la perdita della dimensione sociale e affettiva e con la comparsa, invece, di un'importante coartazione su di sé, con un accenno a una dimensione fantastico-onnipotente.

F. La narrativa degli Altri Significativi

Fino a questo momento ci siamo concentrati sulla narrativa del periziando. Tuttavia, tutti coloro che partecipano in vario modo alla costruzione del procedimento penale esprimono i propri punti di vista – i propri racconti – con le proprie modalità espressive. Quindi, la testimonianza delle persone vicine al reo assume un particolare significato in quanto l'integrazione delle differenti narrative contribuisce a fornire una lettura plurima e quindi più articolata dell'accaduto.

Ritornando al caso di Luca bisogna tenere presente che egli ha maturato il delitto all'interno di un preciso contesto sociale. Sarà dunque importante riportare nella perizia non solo la sua voce, ma anche quella delle persone che hanno costruito insieme a lui la realtà sociale in cui è vissuto. Il loro racconto dei fatti e la spiegazione che essi si sono creati contribuiscono ad

arricchire il quadro e consentono di meglio comprendere il reato. Per mostrare come i familiari possano partecipare allo stile narrativo della perizia, e arricchire dunque il quadro informativo, diamo la parola rispettivamente alla madre, al fratello e al padre di Luca.

Luca viene descritto dalla madre come un giovane *«timido, affettuoso, sensibile, affidabile, generoso, anche aperto con lei con cui si confidava spesso, mentre per il padre era debole e stupido. [...] Era interessato a problematiche di tipo sociale e ha sempre mostrato uno spiccato senso per la giustizia [...]»*.

Il fratello descrive il periziando come una *«persona normale senza nulla di strano. [...] Un aspetto del suo carattere è che è una persona che non sopporta l'ingiustizia, che ha un'attenzione spiccata per le tematiche di giustizia»*.

Per il padre era *«debole, influenzabile [...] non ligio alle regole»*.

Si può osservare come le descrizioni riservate da ciascun familiare a Luca differiscano tra loro, denotando così degli aspetti conflittuali in atto. La madre e il fratello forniscono descrizioni positive, anche se diversificate: la prima è più affettiva, il secondo è più «oggettivo» e attento ad aspetti valoriali. Per il padre la descrizione è notevolmente differente, improntata a elementi negativi.

G. La narrativa del perito

La perizia psichiatrica esprime, come evidente, la narrativa del perito, il suo stile, le sue conoscenze. Il perito quindi pone per iscritto le sue valutazioni dopo aver raccolto i dati ed espletato tutte le operazioni necessarie: ha già chiaro in mente cosa vorrà dire nella sua narrazione, ma è anche vero che ha orientato la propria ricerca, ad esempio privilegiando un certo tipo di informazione, a seconda di ciò che si aspetta di trovare. Questo getta una nuova luce sulla «verità» emergente dalla perizia psichiatrica nel processo penale: nella migliore delle ipotesi si tratterà di una verità esaminata con la lente d'ingrandimento della disciplina che il narratore professa.

Alcuni studiosi (VERDE et al., 2006) hanno sottoposto a esame la narrativa di alcune perizie psichiatriche, analizzandole con una metodologia anche di ispirazione psicoanalitica. Viene di seguito riportato uno stralcio tratto da una perizia penale da loro analizzata. La perizia, nel paragrafo dedicato alle *Considerazioni mediche*, dopo aver richiamato le categorie psichiatriche necessarie a inquadrare la patologia del periziando, si produce in una ulteriore spiegazione dal tenore molto diverso:

«In altre parole, egli è in grado di vendere estintori, ma non è in grado di valutare realisticamente che, se si guasta la caldaia del condominio, può essere dovuto a cause che non implicano necessariamente un sabotaggio da parte del vicino. In queste circostanze scatta la ‘certezza’ che il vicino o l’amministratore faccia parte di un complotto che vede implicate tutte le persone del condominio o del paese. Allora chiama i carabinieri o la polizia o i vigili del fuoco o la guardia di finanza che, se non intervengono in modo tempestivo e se non avvallano immediatamente la sua tesi interpretativa, entrano anch’essi a far parte del ‘complotto’».

Commentando questo brano gli autori (VERDE et al., 2006) fanno notare che il sapere psichiatrico non costituisce una solida barriera tra perito e periziando, ma lascia spazio alla comprensione empatica, che permette una rielaborazione dei vissuti del soggetto esaminato e una narrazione estremamente personale.

Gli stessi autori riportano anche un esempio di perizia penale di difficile lettura, la cui sintassi è decisamente contorta, quasi a voler indicare come il perito stesso abbia perso il filo logico della narrazione:

«In base agli elementi addotti, e in considerazione del fatto che entrambe le diagnosi possibili comportano una prognosi a medio termine assai incerta, se non abitualmente negativa, nella misura in cui è difficilmente ipotizzabile una completa regressione sintomatologica, come anche la mancanza di consapevolezza di malattia, l’assenza di terapie in atto e il perdurare nell’ideazione del soggetto degli elementi di minaccia e timore, rendono il [periziando] persona socialmente pericolosa in senso psichiatrico-forense».

H. La narrativa peritale fra la diagnosi descrittiva e quella esplicativa

Nella perizia di Luca, l’esperto dedica alla pur accurata diagnosi descrittiva – *DSM IV: 295.3; ICD 10: F20.10, criterio B e C, sintomi somatici, segni premorbose, disturbi della percezione, atmosfera delirante, sentimento di premonizione, «folie à deux», delirio di grandezza nella forma chiamata «delirio a fini speciali»* – meno di un quinto dello spazio che viene riservata alla diagnosi esplicativa (o evolutiva). È facilmente intuibile che se si è in grado di ricostruire e comprendere – anche grazie all’approccio narrativo – come si è pervenuti nella condizione di commettere il reato, l’utilizzo delle categorie diagnostiche risulta agevolato e soprattutto acquisisce un senso che la fredda «etichetta» di per sé non può possedere. Come non esiste un individuo uguale agli altri, così la modalità con cui viene vissuta

l'esperienza psicotica – depressiva, di lutto, da attacchi di panico ecc. – è profondamente differente da persona a persona. La stessa persona inoltre può viverla in modo diverso a seconda delle condizioni relazionali, psicologiche o temporali in cui si trova.

Nella descrizione esplicativa il perito racconta la storia, quasi mettendosi nei panni di Luca. Usa termini tecnici – *attaccamento evitante ... ambivalenza nei rapporti di reciprocità con i genitori ... comunicazione bloccata da rigide regole ... rapporto preferenziale con la figura d'attaccamento ... polarità debole e instabile ... formazione di una doppia immagine di sé ... scarsa capacità empatica, formali, prevalentemente centrate sul proprio ruolo sociale ... atteggiamento ipercritico e svalutante ... autorevole figura di riferimento ... le conseguenze di tipo relazionale rappresentano una grave perturbazione per Luca che vive la dimensione conflittuale fra l'inconsapevole attaccamento a uno e quello esplicito verso l'altro... difficoltà alla ricerca del «giusto Sé» ... tutto ciò si è giocato in una complessa relazione fra elementi consapevoli e inconsapevoli: se il conflitto fosse stato aperto disorganizzazione della capacità di integrazione fra le diverse componenti che concorrono all'armonia tra i processi percettivi, emotivi e cognitivi. Lo sviluppo dell'identità personale si blocca, si confonde, si chiude cessando di funzionare come sistema aperto, cessando di nutrirsi di interazioni di ritorno dal mondo reale, innescando in modo subdolo lo scompensamento di tipo psicotico ... ecc.* – ma contemporaneamente lascia parlare Luca, racconta la sua storia anche dove Luca non ha la lucidità o consapevolezza. Narra le sue esperienze, i suoi sentimenti coartati, i suoi ideali e le speranze, la solitudine, l'impulso alla giustizia e, per quanto Luca – ricorda, il suo comportamento durante il delitto. È un racconto quasi «nei panni di», arricchito da molte esemplificazioni riprese sia dai colloqui che e dall'autobiografia.

I. Stile «neutrale» del perito

Il perito nel ruolo di esperto, depositario del sapere, deve sapersi elevare al di sopra delle parti e delle sue stesse convinzioni, formando il suo convincimento in relazione al dato osservabile e al codice culturale. Con ciò non si vuole asserire l'assoluta neutralità dell'esperto. Gli esempi sopra riportati supportano l'affermazione di Maturana e Varela, nel loro libro *L'Albero della Conoscenza*, che «ogni cosa detta, è detta da qualcuno», a dipendenza del proprio punto di vista.

Così, Cherkov-Niklès e Dubec (1994) assumendo una posizione estrema sostengono: «Questa neutralità non ha nulla a che vedere con l'obiettività e parlare di scientificità della perizia è assurdo. [...] Ciò che il perito può

proporre è una delucidazione parziale fornita da una persona qualificata a doppio titolo, quello di un ascolto privilegiato derivante dalla sua esperienza clinica e quello di un'elaborazione teorica sempre in evoluzione. La soggettività non è un capriccio del perito, ma l'individuazione della soggettività dell'altro partendo dalla propria».

In modo differente, BANDINI e LAGAZZI (2000) sostengono che: *«Il contributo del clinico si esprime sia attraverso l'apertura di uno spazio di dialogo e ascolto [...], sia attraverso un momento valutativo articolato e giuridicamente adeguato, al di fuori di tentazioni «terapeutiche» o tentazioni «giustizialiste», entrambe incongrue, scientificamente e deontologicamente non divisibili».*

A ben notare, la funzione ultima della perizia psichiatrica è spesso quella di raccontare l'indicibile, costruendo una trama narrativa attorno a ciò che squarcia la trama del tessuto sociale e al perito è richiesto un contatto con il *mondo reale* e cioè di costruire una narrativa comprensibile agli altri non specialisti.

Tuttavia, per quanto il perito cerchi di conferire un tono neutrale e tecnico al testo, lo stile narrativo – impronta peculiare dello scrivente – rivela indirettamente la sua soggettività, il suo modo d'intendere la propria funzione, la sua identità professionale e rende conto di come egli si «ponga in relazione» con il periziando. Il perito sceglie cosa scrivere e quindi, il suo stile non può che essere soggettivo. La perizia psichiatrica è un testo scientifico piuttosto particolare, in quanto ha per oggetto una persona determinata e reale, che ha una sua storia, umanità, emozioni e affetti. Nella lettura di alcune perizie – molto «categoriali e oggettive» – ci si può chiedere che fine ha fatto la soggettività del periziato in quanto l'autore del delitto sembra perdere la propria dimensione soggettiva e subire passivamente e meccanicamente la vicenda processuale, col rischio di trasformarsi in una non-persona, un oggetto inanimato, un alieno.

La presenza della soggettività del periziando dipende dalla capacità del perito di farsene carico: quando il perito sceglie di dare spazio alle affermazioni dell'autore del delitto, apre un importante spaccato sulla sua interiorità, suscettibile a sua volta di analisi. Permettere al periziando di parlare liberamente di sé e del proprio delitto, significa dare più voce a chi è collocato più vicino al reato e alla sua spiegazione.

L. Caratteristiche metodologiche richieste alla perizia narrativa

Dalla perizia si evince, dunque, la narrativa del perito. Come abbiamo visto sono presenti elementi «oggettivi» – diagnosi, test – e elementi soggettivi

nella scelta del materiale, nelle modalità d'indagine e in generale nelle modalità di attribuzione di significato. Non a caso, come abbiamo visto nel caso di Antonio (*supra*, Parte prima), con la stessa persona si può pervenire a conclusioni differenti. Abbiamo anche visto che gli aspetti relativi alla soggettività – del periziato, degli Altri Significativi e del perito stesso – lungi dall'essere un elemento negativo rappresenta spesso un importante, spesso fondamentale, valore aggiunto. Accanto quindi alla valorizzazione degli aspetti soggettivi inevitabilmente presenti nella perizia penale, questi stessi aspetti dovranno nella stessa essere esplicitati in modo tale che il giudice e le parti in causa possano essere resi edotti del percorso narrativo che ha condotto a determinate conclusioni.

Ciò significa che in una perizia psichiatrica dovranno essere presenti i seguenti elementi:

- a) l'elenco definito e minuzioso dei dati presi in considerazione;
- b) i processi di pensiero che hanno condotto alle conclusioni;
- c) le varie ipotesi che in quelle situazioni possono essere ragionevolmente formulate e le motivazioni per le quali sono state abbandonate;
- d) l'ipotesi accettata che dovrà essere sottoposta al «tribunale della falsificazione», ovvero secondo il metodo per cui si generano ipotesi alternative che cercano di confutare quella prescelta.

Ciò significa anche, in diversi casi, che al perito è richiesto di esprimere aspetti molto soggettivi riguardanti la valutazione peritale. Vi sono casi in cui l'irresponsabilità, la scemata responsabilità o la piena responsabilità sono, dal punto di vista psichiatrico, estremamente chiari, come nel caso di Simona. In altri casi, a fronte di evidenze meno eclatanti, il perito può raggiungere comunque il pieno convincimento in ordine alla valutazione. Vi sono però dei casi in cui – date le evidenze – questo pieno, intimo convincimento non viene raggiunto, pur trattandosi di casi che hanno un'elevata possibilità di valutazione. In queste situazioni, è necessario che il perito si esprima in merito, fornendo quindi un elemento aggiuntivo – seppur soggettivo – alla valutazione finale del giudice. Ad esempio, nel caso di Luca, il perito – a proposito di un aspetto amnesico che ormai è diventato secondario a fini peritali – scrive che su: *«questi aspetti lacunari ... il perito non ha raggiunto la piena certezza soggettiva che non vi sia qualcosa che il p. intenzionalmente intenda celare. Tale aspetto risulta però ininfluenza alla valutazione medico legale»*.

L'approccio narrativo si gioverà inoltre di una stesura peritale *chiara* e ben costruita, in cui i vari attori riescono ad avere un loro spazio esplicativo.

Soprattutto dovranno essere indicati in modo comprensibile i vari passi che hanno condotto al convincimento del perito. Secondo tale schema non sono

quindi accettabili perizie che fanno uso di terminologie fumose, criptiche, spesso falsamente iperspecialistiche, dove a volte si ha la sensazione che queste servano a coprire le difficoltà del perito oppure che siano frutto di una narrativa personale particolarmente autocentrata. Questo significa anche tener conto, in ultima analisi, della *narrativa del giudice* che ha il compito di comporre e completare la *narrativa processuale*.

III. Conclusioni

Si è presentato un punto di vista che offre la possibilità di leggere l'attività peritale in termini narrativi, di analizzare cioè sia la narrativa del periziato, della famiglia e del testimone che quella del perito stesso e, volendo, del giudice. L'ottica narrativa è importante perché fa emergere gli aspetti soggettivi e di costruzione del significato personale e sociale che devono pertanto avere lo spazio adeguato nella perizia.

L'obiettivo di un modello che sviluppi uno stile narrativo adeguato è quello di ottenere una perizia qualitativamente migliore, chiara, che dia spazio al parlare dei vari attori e permetta al perito di esprimere le proprie convinzioni o i propri dubbi qualora egli non abbia certezze assolute.

IV. Bibliografia

- ALZATI R. (2004). Percorsi e significati del transessualismo, in Armezzani M. (a cura di) *In prima Persona: la prospettiva costruttivista nella ricerca psicologica*. Il saggiatore, Milano.
- ARCIERO G. (2003). *Studi e Dialoghi sull'Identità personale: Riflessioni sull'Esperienza Umana*. Bollati Boringheri, Torino.
- ARMEZZANI M. (2002). *Esperienza e significato nelle scienze psicologiche*, Laterza, Bari.
- ATKINSON R. (2002). *L'intervista narrativa*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BANDINI T., LAGAZZI M. (2000). *Lezioni di psicologia e psichiatria forense*, Giuffrè, Milano.
- BIRKHOFF J., FRANCA A., VERDE A. (a cura di) (1999). *Raccontare delitti*, Franco Angeli, Milano.
- BRUNER J. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*, Harvard University Press, Cambridge (trd. it. *La mente a più dimensioni*, Laterza, Bari, 1988).
- BRUNER J. (1991). La costruzione narrativa della «realtà», in Ammaniti M., Stern D. N. (a cura di) *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Bari.

- BRUNER J. (2004). The Narrative Creation of Self, In Angus L.E., McLeod J., *The Handbook of Narrative and Psychotherapy. Practice, Theory and Research*, Sage, London.
- CHERKI-NIKLÈS C., DUBEC M. (1994). *Crimini e sentimenti*, Il Saggiatore, Milano.
- CZARNIAWSKA B. (2004). *Narratives in Social Science Research*, Sage London.
- GUIDANO V. F., *Complexity of the Self*, Guilford, New York, 1987. (Ed. It.: *La complessità del Sé*, Bollati Boringheri, Torino, 1988.
- GUIDANO V. F., *The Self in progress*, Guilford, New York, 1991. (Ed. It. *Il Sé nel suo divenire*, Bollati Boringheri, Torino.
- MANTOVANI G., SPAGNOLI A. (2003). *I metodi qualitativi in psicologia*. Il Mulino, Bologna.
- MARZANO M. (2006). *Etnografia e ricerca sociale*, Laterza, Bari.
- NARDI B. (2007). *CostruirSi. Sviluppo e adattamento del sé nella normalità e nella patologia*. Franco Angeli, Milano.
- REDA M. A. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- REZZONICO G. (1995). Dal disordine all'ordine: colloquio con lo psicoterapeuta. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale Vol.1, 1* pag. 55-59.
- REZZONICO G., VOLTOLINI A. (1999). Lo scritto autobiografico in psicoterapia cognitiva, in F. Veglia (a cura di) *Storie di vita, narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringheri, Torino.
- RIESSMAN C. (1993). *Narrative Analysis*, Sage, Thousand Oaks.
- SILVERMAN D. (2002). *Come fare ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.
- SMORTI A. (1994). *Il pensiero narrativo. Costruzione di storie e sviluppo della conoscenza sociale*. Giunti Gruppo Editoriale, Firenze.
- SPARKES A.C. (2005). Narrative analysis: exploring the whats and hows of personal stories, In: Holloway I. (ed.), *Qualitative Research in Health Care*, Open University Press.
- VERDE A., ANGELINI F., BOVERINI S., MAJORANA M. (2006). *Il delitto non sa scrivere*, Derive Approdi, Roma.