

## «Jigsaw feeling»: diagnosi categoriale, elemento dimensionale e valutazione funzionale nell'analisi psichiatrico-forense in tema di psicosi

### «Jigsaw feeling»: categorial diagnosis, dimensional approach and functional evaluation in the forensic assessment of psychosis

Valentina Casetti • Mattia Celva • Ermanno Arreghini

#### Abstract

The authors, after introducing the historical development of the concept of psychosis and illustrating how this psychopathological construal has proven difficult to define, both from a clinical and from a diagnostic point of view, highlight how recent research has characterised such condition according to a dimensional approach. They hence discuss the relationship between psychosis and criminal responsibility and suggest, as first step of forensic investigations, to take into account eight dimensions that define this disorder according to recent studies.

Assuming the so-called "functional assessment" as the cornerstone of any forensic evaluation aimed at pointing out the etiological link between mental disorder and criminal offence, it is argued that such assessment should be accomplished by first carrying out a comprehensive clinical evaluation, which combines a categorial analysis with a thorough dimensional assessment. This moment will be followed by the investigation of the two principal domains of consciousness, i.e. core consciousness and extended consciousness.

Finally, the paper illustrates a few practical examples with corresponding graphical representations, which may possibly serve as a point of reference for performing a sound functional assessment.

**Key words:** psychosis, dimensional assessment, core and extended consciousness, insanity, causation.

#### Riassunto

Gli autori, dopo aver accennato allo sviluppo storico del concetto di psicosi e di come questo termine abbia determinato un costrutto psicopatologico di difficile definizione, sia sul piano clinico sia su quello diagnostico, ne tratteggiano l'assetto che emerge dall'attuale ricerca nel campo dei criteri diagnostici dimensionali.

Si propone quindi una riflessione intesa alla valutazione dell'incidenza della psicosi sull'imputabilità, suggerendosi in tale ottica – quanto al primo momento del procedimento peritale (nosografico-psicopatologico) – una valorizzazione delle otto principali dimensioni che caratterizzano il dominio della psicosi secondo gli studi più recenti.

Riconoscendo poi come il fulcro essenziale e prioritario dell'indagine sul vizio di mente risieda nell'esame funzionale volto ad accertare il nesso eziologico tra disturbo e fatto sotto il profilo del "significato d'infermità" dell'atto, gli autori ritengono che – nell'ottica di un approccio clinico integrato – la valutazione categoriale, svolta anche alla luce del dato dimensionale, possa a tal fine essere correlata con la presenza o meno di coscienza nucleare e/o estesa.

Vengono infine presentati alcuni casi concreti, corredati da figure che vorrebbero rappresentare una sorta di diagramma valutativo per permettere una più cogente analisi del momento attributivo del procedimento peritale.

**Parole chiave:** psicosi, valutazione dimensionale, coscienza nucleare ed estesa, vizio di mente, nesso eziologico.

Per corrispondenza:

Valentina CASETTI, Tirocinante presso il Reparto di diagnosi e cura, Ospedale di Bolzano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige; email: valentina.casetti@gmail.com

Mattia CELVA, Dottorando di ricerca in Scienze giuridiche, settore Diritto penale, nell'Università di Parma in convenzione con l'Università di Modena e Reggio Emilia; email: mattia.celva@unimore.it

Ermanno ARREGHINI, Psichiatra, libero professionista, Trento; email: adua96@gmail.com

# «Jigsaw feeling»: diagnosi categoriale, elemento dimensionale e valutazione funzionale nell'analisi psichiatrico-forense in tema di psicosi<sup>1</sup>

## 1. Il concetto di psicosi: sviluppo storico

Jaspers (1959), nella sua *Allgemeine Psychopathologie*, afferma, in modo quasi apodittico: «nevrosi si chiamano le deviazioni psichiche che non colpiscono l'uomo in sé, psicosi quelle che colpiscono l'uomo nella sua totalità. Nevrosi si chiamano quindi le nervosità, la psicastenia, le inibizioni e così via. Psicosi sono invece le malattie mentali e le malattie affettive» (trad. italiana, 1988<sup>2</sup>, pp. 617-618). Pare quasi una sorta di omaggio *ante litteram* ai criteri stabiliti da Damasio (2000) ed altrove già ribaditi sul piano psichiatrico-forense (Arreghini & Robotti, 2007), come si trattasse di un ammonimento a considerare lo spartiacque che sussiste tra i casi in cui la coscienza nucleare e, quindi, la coscienza estesa sono conservate e i casi in cui l'una o, eventualmente, la seconda sono compromesse, con gravi ripercussioni sul sé nucleare e sul sé autobiografico del paziente e, quindi, sul giudizio di imputabilità.

D'altra parte, Scharfetter (1986) ricorda, diversamente, che: «il termine psicosi fu originariamente usato dagli alienisti nella prima metà del diciannovesimo secolo. Feuchtersleben (1845), per esempio, si riferisce ad esso come termine comune per una varietà di disturbi. Al tempo il termine non era limitato a particolari forme sintomatologiche né a teorie etiologiche. Alcuni autori consideravano tutti i tipi di esperienza psicotica e di comportamento psicotico come espressione di differenti stadi di un unico disturbo mentale (*Einheitspsychose*) visto come un processo di malattia»<sup>3</sup> (p. 39).

Se il significato di psicosi è andato via via stabilizzandosi verso una definizione di gravità *lato sensu*, da Emil Kraepelin ad Eugen Bleuler, fino alla definizione data da Jaspers e ricordata sopra, lo stesso Scharfetter (1986) ci ammonisce ad un *caveat*: «al momento, quindi, psicosi è un termine non definito da criteri stringenti, che distingue la malattia mentale grave dalle nevrosi, dai disturbi di personalità e dal ritardo mentale». Il medesimo Autore continua dicendo che i pazienti psicotici, più in generale, soffrono di svariate difficoltà, gravi ed evidenti, nel governarsi davanti alle sfide quotidiane. Queste difficoltà si evidenziano sia sul piano intellettuale, sia su quello cognitivo, della coscienza e dell'umore, per tacere degli stati schizofrenici, in un *pot-pourri*

che ben poco ci dice della qualità delle esperienze psicotiche, pur fornendo un'idea della loro gravità rispetto alle altre esperienze di malattia mentale. A maggior ragione, poco è dato desumere della qualità psichiatrico-forense di tali esperienze.

In un esauriente articolo, Craddock & Owen (2007) partono proprio da questo assunto per criticare ampiamente un primo monumento classificatorio, per così dire: quello della divisione bipartita tradizionale, operata da Kraepelin, tra psicosi schizofrenica e psicosi affettive, che è al momento assolutamente vacillante sotto i colpi della ricerca in genetica molecolare e degli studi cerebrali di *neuroimaging* applicati alla scienza psichiatrica (Gur et al. 2007). Se, infatti, l'idea di Kraepelin – peraltro molto più critico e cosciente delle limitazioni del suo sistema classificatorio, basato su elementi puramente clinici, di quanto non lo siano stati poi i kraepeliniani – aveva una forte sostanza euristica e pratica ai fini della prognosi, nel ventunesimo Secolo un tale procedere appare di scarso beneficio per i pazienti psichiatrici e, *a fortiori*, per un sereno giudizio sugli eventuali soggetti psichiatrici autori di fatti di reato. L'impressione è quindi che anche la matassa della categoria delle psicosi debba essere sfilacciata nei suoi vari bandoli secondo criteri operazionali diversi da quelli attuali, meramente categoriali, per concentrarsi sull'identificazione di domini psicopatologici di ordine quantitativo che rappresentino meglio i potenziali substrati genetici e biologici che li sottendono. Tali dimensioni cliniche potranno poi essere viste in senso longitudinale attraverso le categorie nosografiche, esistenti o eventualmente nuove, per rappresentare meglio la psicopatologia individuale (Craddock & Owen, 2007; Peralta & Cuesta, 2007), rivedendo anche alcune categorie diagnostiche che appaiono a tutt'oggi una sorta di *patchwork* di compromesso, una per tutte quella del disturbo schizoaffettivo (Keshavan et al. 2011). Come verrà descritto più sotto, questo approccio appare a chi scrive anche foriero di importanti novità in campo psichiatrico-forense, senza per questo voler condurre l'analisi funzionale psicopatologica forense verso derive biologistiche, forse sostantive per la ricerca neuroscientifica ma a rischio di condurre verso aporie valutative nell'esame di un imputato autore di reato.

Un tale impulso, d'altra parte, viene già da un procedere farmacologico ormai invalso e che gli psichiatri clinici sembrano usare quasi inconsciamente, senza valutarne criticamente e razionalmente l'impatto epistemico: l'ampio e diffuso ricorso ad un *set* sempre più ampio di farmaci che sono assurti a trattamenti transdiagnostici. Il prototipo di questa categoria farmacologica è quella dei cosiddetti antipsicotici atipici, specie di molecole *transgender* buone per quasi tutti o per molti quadri psicopatologici, che intervengono ormai come sorta di terapie ecumeniche in un panorama diagnostico ancora invece fatto di arroccamenti identitari (Tamminga & Davis, 2007).

Una problematica essenziale con cui la psichiatria mo-

- 1 Il presente lavoro costituisce l'esito di una riflessione condivisa degli Autori; il § 4 (*Il vizio di mente negli assestamenti giuridici e nella riflessione psichiatrico-forense*) deve comunque essere attribuito per intero al dott. M. Celva, che ha peraltro collaborato alla stesura dell'intero contributo.
- 2 A tale traduzione italiana si riferiscono le citazioni ed i richiami specifici tratti dall'opera e riportati nel prosieguo del presente lavoro.
- 3 Nostra traduzione.

derna si deve confrontare, è quindi la non comprovata validità delle diagnosi psichiatriche. Nonostante storicamente sia stato assunto, e ancora si assuma, che i disturbi mentali siano delle malattie distinte l'una dalle altre da chiari processi eziopatogenetici, le classificazioni diagnostiche non si basano su un'etiologia definita e i *biomarkers* non hanno permesso di dimostrare la validità delle diagnosi (Henry & Etain, 2010). In assenza di chiari confini naturali, le “*zones of rarity*”, (Kendell & Jablensky, 2003) che distinguono in modo valido i diversi disturbi, le diagnosi psichiatriche rimangono delle *sindromi* basate sui soli sintomi clinici (Kendall, 1998). In questi termini, un disturbo come la schizofrenia rappresenterebbe un costrutto “latente”, in quanto inosservabile, la cui presenza può essere inferita solamente sulle base delle sue varie ed evidenti manifestazioni (biologiche, anatomiche, psicologiche, sociali, motorie, ecc.) (Linscott & van Os, 2010).

Craddock & Owen (2007, p. 87) si esprimono così:

«[i] teorici che hanno sviluppato questi sistemi per fornire categorie descrittive ne hanno riconosciuto la loro incerta validità. Tuttavia, a dispetto dei chiari *caveats* all'interno delle linee guida diagnostiche, c'è stata una forte tendenza alla reificazione di queste categorie, alle quali sono state riconosciute proprietà di omogeneità e di validità che mai erano state intese come tali. Questa tendenza è probabilmente più marcata tra chi non ha diretta esperienza della malattia mentale, come ricercatori non clinici, manager medici, politici, etc. Tuttavia essa è anche sorprendentemente comune tra gli psichiatri clinici<sup>4</sup>.

In questa sede si aggiunge che tale tendenza appare molto marcata anche tra gli psichiatri forensi, con tutte le conseguenze che ne derivano non solo sul momento peritale classificatorio ma anche e soprattutto su quello attributivo, che qualifica il significato d'infermità dell'atto commesso alla luce della eventuale psicopatologia riscontrata e appunto classificata all'interno dei criteri nosografici comunque correnti.

Anche la diagnosi *par excellence* dell'armamentario nosografico psichiatrico, quella di schizofrenia, viene dunque sottoposta allo stesso apparato critico menzionato sopra. Jablensky (2010), in un esauriente articolo che tratta sia degli aspetti storici sia di quelli classificatori della schizofrenia, interpreta questa grave condizione psicopatologica come una sindrome clinica di ampio spettro che richiede nuovi approfondimenti. In questo contesto avrebbe poco senso parlare di una malattia, le cui cause devono ancora essere scoperte, bensì di una sindrome da sezionare con l'aiuto di

4 Nostra traduzione. Si riporta il testo originale: «The theorists who developed these systems to provide descriptive categories acknowledged their uncertain validity. However, despite the clear caveats within the diagnostic guidelines, there has been a strong tendency for the categories to be reified and credited with properties of homogeneity and validity that were never intended. This tendency is arguably most marked amongst individuals who do not have direct experience of mental illness, such as non-clinical researchers, medical managers, politicians, etc. However, it is also surprisingly common amongst clinical psychiatrists».

alcuni endofenotipi ormai identificati per giungere ad una migliore determinazione genetica di questo disturbo e soprattutto per collocare tale quadro in un *continuum* dimensionale – e non categoriale – che possa spiegare altre psicosi. In modo simile, Salokangas (2003) ha proposto i medesimi dubbi nella definizione diagnostica di schizofrenia, sottoponendo sia un campione di pazienti al primo episodio sia un campione di pazienti cronici ad una valutazione nosografica subcategoriale e dimensionale. Lo studio ha mostrato che l'approccio dimensionale non solo è servito a spiegare meglio gli aspetti clinici dei singoli malati ma, soprattutto, a spiegarne i diversi esiti nell'evoluzione della malattia.

## 2. L'atteggiamento del malato verso la malattia: da Jaspers a Damasio

Volutamente per questa sezione si richiama il titolo del capitolo terzo della parte seconda della *Allgemeine Psychopathologie* (p. 447), nella quale Jaspers dedica un'ampia disamina ai rapporti tra malattia e comprensione della propria condizione da parte del malato. Là si tratta, infatti, della *pièce de résistance* di ogni indagine di tipo funzionale inerente il vizio di mente, cioè dell'analisi del nesso eziologico tra disturbo e fatto. La trattazione jaspersiana assume grande estensione e ampiezza di sviluppo concettuale e merita di essere menzionata per alcune questioni che paiono rilevanti alla luce dei concetti di coscienza nucleare, quindi di sé nucleare, e di coscienza estesa, quindi di sé autobiografico (Arreghini & Robotti, 2007; Arreghini & Celva, 2014; Celva, 2014).

### 2.1. La psicosi acuta

Jaspers (1959) pone, con grande acume clinico, un'osservazione centrale, che ha un dispiegamento lungo un *continuum*. Solitamente, la personalità che comincia a sviluppare una psicosi acuta ha una sorta di reazione normale, nell'anormalità di ciò che vive: la “perplexità”. Tale perplexità, tuttavia, smette di essere percepita e si sottrae anche all'osservazione dell'astante nel momento in cui il malato è colto da uno stato grave di confusione, quando anche la coscienza nucleare è sospesa (Damasio, 2000; Arreghini & Robotti, 2007). Tale perplexità, dice Jaspers, «oggettivamente appare nell'espressione interrogativa del volto [del malato], in azioni di ricerca, in una certa irrequietezza, in un'espressione di evidente sorpresa e nell'atteggiamento di prendersi la testa tra le mani» (p. 447). Pare quindi persino che l'Autore tedesco sottolinei questa condizione attraverso una semeiotica del volto e del comportamento di chi ne è affetto che, d'altra parte, avvertirebbe l'insorgere di un *quid novi* angoscioso e incomprensibile, sullo sfondo della lucidità precedente ed ancora presente. Jaspers si sofferma sul «*sentimento sinistro di un cambiamento* come se fossero incantati, stregati» (p. 448) dei malati colpiti da un iniziale episodio di psicosi acuta. Alcuni di essi, dice Jaspers, soprattutto all'inizio di tale angusta percezione, avrebbero come la «*paura di diventare pazzi*» (p. 449).

La perplexità caratteristica della psicosi acuta, così come descritta da Jaspers, si accompagna a una progressiva sospensione di quella che Damasio (2000) definisce coscienza nu-

ciare. Nell'opera *Emozione e coscienza* (2000), Damasio distingue, infatti, la coscienza nucleare dalla coscienza estesa. La *coscienza nucleare* che determinerebbe il sé nucleare, ci definisce come soggetti orientati in uno spazio e in un tempo e come agenti di comportamenti finalizzati, coscienti del fine al quale queste azioni sono rivolte. I soggetti che abbiano una coscienza nucleare integra sono anzitutto coscienti delle proprie emozioni e perciò dei sentimenti che da esse promanano. La *coscienza estesa*, invece, determina il nostro sé biografico, cioè la capacità di riconoscerci non nell'*hic et nunc* di semplici coordinate spazio-temporali immediate ma nell'orizzonte ampio della nostra esistenza, fatta dell'integrazione dei vissuti precedenti e delle aspettative future, che debbono essere sostenute dall'integrità della memoria autobiografica. Damasio sottolinea come la coscienza nucleare proceda assieme alla veglia (con l'eccezione del sonno REM, dove vi è coscienza dei propri stati mentali al risveglio) e come una prolungata e completa mancanza di attenzione ambientale comporti inequivocabilmente la dissoluzione della coscienza nucleare. L'Autore si diffonde a descrivere tre gruppi di condizioni che determinano disgregazioni della coscienza nucleare, con livelli sempre più gravi di compromissione dello stato di veglia e del binomio attenzione/comportamento, fino alla completa interruzione dello stato di veglia stesso: il primo gruppo comprende il mutismo acinetico e gli automatismi epilettici, il secondo le crisi di assenza e lo stato vegetativo persistente, mentre il terzo il coma e le condizioni apparentate, quali il sonno non REM e l'anestesia profonda. L'assenza della coscienza nucleare elide sempre la coscienza estesa, quella che determina il nostro sé biografico.

Jaspers descrive la perplessità che promana dall'alterazione della coscienza nucleare come «puramente reattiva, che risulta dalla incapacità di orientarsi nella situazione e dalla impossibilità di capire avvenimenti nuovi» (p. 448) e, quasi volesse ammonirci a non male interpretarla, la differenzia da altre due forme di perplessità, che possono dirsi diverse sul piano psichiatrico-forense: la "perplessità paranoica" e la "perplessità melanconica". Queste appaiono come caratteristiche stabili e durature di quadri invece cronici, quindi come coloriture del sé autobiografico e non di quello nucleare.

La *perplessità paranoica* avviene, infatti, nella più completa lucidità e promana dall'esperienza delirante, soprattutto nella sua fase di progressiva sistematizzazione, così come potrebbe capitare a chi cerca di spiegare un fenomeno non ancora noto che, tuttavia, si dispiega in chiara coscienza. Jaspers specifica poi che la *perplessità melanconica* dei depressi, nel porre domande cariche di dubbi, ricorda solo apparentemente quella reattiva della psicosi acuta. In questo caso i malati pongono, infatti, delle pseudo domande retoriche, che emergono invece da una certezza depressiva, monolitica e cristallizzata. Il loro sguardo è timoroso, nichilistico, di tormentata melanconia ormai giunta a non darsi più risposte davanti al delirio di rovina. Lo psichiatra tedesco ne traccia un esempio: «ma che vogliono tutte queste persone? Ah! Tutti questi dottori, che cosa avverrà?» (p. 448).

Jaspers conclude la propria trattazione passando ad esaminare il tipo di "elaborazione" che il malato fa dopo la propria esperienza psicotica, molto diversa tra uno

stato acuto ed uno cronico. In generale, Egli sottolinea come l'atteggiamento del paziente dopo un'esperienza psicotica acuta – che essa abbia conferito nuovi significati all'esistenza di un paziente o che gli appaia del tutto estranea alla personalità – sia in genere carico di pudore, di inibizione, di vergogna a parlarne, come se tale esperienza fosse stata vissuta in completa frattura con l'esperienza precedente. Di nuovo, si potrebbe dire che tale vissuto sia una sorta di riconoscimento implicito di uno scarto dal proprio sé nucleare e/o esteso durante l'episodio di malattia.

## 2.2. *La psicosi cronica*

Nello sviluppo cronico di una psicosi mancherebbe invece l'elemento di pudore e di estraniamento tipico della psicosi acuta, mentre si manifesterebbe una pluralità di reazioni caratterizzate da una profonda elaborazione e incorporazione dei fenomeni morbosi, che irrompono e si stabiliscono come presenze nuove dalle quali guardarsi, difendersi, con le quali convivere e sulle quali è necessario darsi spiegazioni. Questo processo di elaborazione porta al raggiungimento di un sistema delirante che deriva dal sé del paziente, quindi dalla sua personalità precedente la malattia, e da nuovi ingredienti, come se il malato si trovasse ora in un amalgama psicologico del tutto diverso.

In questa condizione non è la coscienza nucleare ad essere interessata, bensì quella estesa, che determina il sé autobiografico. Non è cioè compromesso il semplice conoscere o percepire in quel preciso momento, bensì sono alterate le esperienze del soggetto, le sue memorie implicite e biografiche su d'uno sfondo ampio e su d'un intervallo di tempo esteso, quello dell'esistenza.

I malati, dice Jaspers (1959), a volte si oppongono alle loro allucinazioni (cinestesiche, uditive o di altro tipo) distraendosi nelle forme più diverse, sfidando le dispercezioni o i persecutori, canzonandoli, opponendo così la loro volontà verso azioni sentite come imposte dal di fuori. All'osservatore esterno tali azioni appaiono ancora comprensibili, quasi fossero delle reazioni che tutti noi potremmo attuare davanti ad un fastidio, ad una molestia, ad un pericolo. Meno comprensibili e quindi più lontane dalla *Weltanschauung* dell'astante sono invece quel tipo di elaborazioni che modificano sempre più la personalità, ovvero quei casi in cui il malato, pur tormentato da deliri o disturbi allucinatori, si abitua progressivamente e in modo passivo ad essi, quasi con indifferenza.

Damasio (2000), del resto, non considera menomata la coscienza estesa solo in taluni casi di malattie psichiche, segnatamente psicotiche, ma anche in svariati altri quadri, di estensione temporale varia e ad evoluzione ingravescente o meno, quali: l'amnesia globale transitoria, l'amnesia post-traumatica, le forme demenziali primariamente degenerative o secondarie, alcune agnosie. In tutte queste condizioni la coscienza nucleare appare integra e quindi è integra la "partitura cognitiva", dice Damasio (2000, p. 262), al pari di ogni altro soggetto esterno. Così non è tuttavia per l'identità, la personalità del soggetto che presenti menomazioni nella coscienza estesa e quindi nel sé autobiografico, che non appare più per quello che era originariamente.

### 2.3. Il giudizio del malato sulla propria malattia

Anche in questo caso si è utilizzato il titolo del capoverso dell'originale jaspersiano (Jaspers, 1959, p. 452), per mettere l'accento sulla decisione cosciente del malato di porsi davanti al dispiegarsi dei contenuti psicotici descritti sopra, cioè sul suo atto di giudizio nei confronti dei contenuti stessi. È questa la cosiddetta "coscienza di malattia", termine ormai invalso e diffuso nelle note cliniche di qualunque psichiatra che descriva il comportamento di un malato davanti al manifestarsi dell'esperienza, per gli astanti, malata. Si tratta tuttavia di questione complessa, non semplicemente desumibile dal fatto che il soggetto malato condivide o meno il sistema di giudizio dello psichiatra che si pone davanti a lui. Jaspers, infatti, ci ammonisce a distinguere tra "coscienza di [alcuni] sintomi", "coscienza di malattia" – nella quale vi sarebbe il "sentimento di essere malati", cioè un sentimento di alterazione, senza che esso si estenda a tutti i sintomi ed alla "malattia come ad un insieme" (Jaspers, 1959, p. 453) – e "consapevolezza di malattia". In quest'ultimo caso ogni manifestazione morbosa, vissuta come un tutt'uno dalla persona malata, è assunta nella coscienza ed esperita come una malattia, in accordo con la medesima categoria dell'osservatore.

Dobbiamo tuttavia porre alcuni *caveat*. In primo luogo è necessario ponderare questa "consapevolezza", dice Jaspers, sulla media degli altri individui, cosiddetti sani, appartenenti alla medesima cerchia del malato, al suo sistema di valori ed alla sua cultura; in secondo luogo dobbiamo valutare gli strumenti di giudizio, sia quelli intellettivi sia quelli in relazione al grado d'istruzione e formazione *lato sensu* della persona affetta dalla patologia (Jaspers, 1959).

### 3. La diagnosi psichiatrico-forense di psicosi

Sembra paradossale riferirsi ad una diagnosi psichiatrico-forense che possa apparire di ambito diverso da quella clinica, soprattutto considerato il richiamo, che pare opportunamente emergere dal percorso argomentativo svolto dalle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione nella nota sentenza *Raso* (8 marzo 2005, n. 9163)<sup>5</sup>, ad utilizzare un sistema nosografico di sicuro e comune riferimento quale il DSM e, per estensione, l'ICD. Tuttavia in queste pagine si tenterà di proporre proprio in ambito psichiatrico-forense un approccio diagnostico alle psicosi che, forse, potrebbe addirittura fornire spunti innovativi anche sul versante clinico.

Vari Autori (Bentall, 2003; Bentall, 2014; van Os & Kapur, 2009; Barch et al., 2013) sostengono ormai da un tempo più o meno recente un approccio alla nosologia psichiatrica che, pur non rigettando la diagnosi categoriale – che impone nosografie discrete – introduca un forte approccio dimensionale alla questione diagnostica. Tale approccio dimensionale è supportato da un insieme di ricerche che, sempre più negli ultimi decenni, hanno di-

mostrato l'assenza di una netta distinzione tra normalità e patologia, da un lato, e tra diagnosi psichiatriche diverse, dall'altro.

In primo luogo, emerge come i sintomi della psicosi si dispongano lungo un *continuum* con gli stati mentali "normali" (Johns et al., 2014). Per esempio, i gravi deliri persecutori manifestati dai pazienti psichiatrici rappresenterebbero il polo estremo di un *continuum* sintomatologico che spazia dalla diffidenza e dalla sospettosità al timore delle minacce altrui e via via fino alla florida paranoia (Freeman et al., 2010). In secondo luogo, i sondaggi svolti tra la popolazione generale hanno rilevato come i sintomi psicotici possano essere presenti in persone che non sentono il bisogno di un aiuto specialistico (Nuevo et al., 2010). Secondo la *review* sistematica di van Os et al. (2009), deliri e allucinazioni sarebbero presenti, in forma attenuata o subclinica, nel 5-8% della popolazione generale. In terzo luogo, le ricerche evidenziano sempre più l'esistenza di sostanziali similarità tra diagnosi diverse, in particolare tra i disturbi schizofrenico, schizoaffettivo e bipolare. Gli studi genetici ed epidemiologici (Lichtenstein et al., 2009), i dati neuroanatomici (McDonald et al., 2005), l'analisi dei *biomarkers* (Hill et al., 2013; Tamminga et al., 2014), le alterazioni a livello dei neurotrasmettitori e i trattamenti farmacologici (Möller, 2003) mostrano l'esistenza di significative sovrapposizioni che vanno a sfidare la tradizionale distinzione classificatoria. Infine, singole categorie diagnostiche possono racchiudere un'ampia variabilità clinica al loro interno: è il caso del già citato disturbo schizoaffettivo che, oltre ad avere per questo motivo una scarsa affidabilità diagnostica (Lake & Hurwitz, 2007), sembrerebbe rappresentare un disturbo intermedio all'interno del *continuum* tra schizofrenia e disturbo bipolare (Keshavan et al., 2011).

Considerati i risultati di queste ricerche, molti Autori concludono dunque che la fenomenologia della psicosi possa essere meglio descritta, piuttosto che da distinte categorie diagnostiche, da molteplici dimensioni sintomatiche. Queste rappresentano un insieme di sintomi discreti che si presentano congiuntamente con una probabilità maggiore rispetto al caso (Russo et al., 2014; Demjaha et al., 2009).

In questo nuovo paradigma, che sembrerebbe molto più utile per la clinica, ma anche per la psichiatria-forense ed in specie per la classificazione e (in un secondo momento) per la valutazione delle psicosi, un approccio ibrido salverebbe le esigenze di comunicazione e di descrizione imposte dalle grandi trattazioni nosografiche *à la* DSM o ICD e consentirebbe anche quel *fine tuning* utile sia a calibrare meglio gli interventi terapeutici sia, nel caso in questione, a favorire il momento valutativo e quindi attributivo nella tecnica psichiatrico-forense (van Os & Tamminga, 2007).

*Mutatis mutandis* noi riterremmo che un tale approccio potrebbe assumere un grande valore anche per delimitare con maggiore precisione il perimetro su cui poi innestare l'analisi funzionale nel corso del momento attributivo del procedimento peritale, evitando proprio i rischi evocati da Fornari (2015), quando opportunamente paventa l'irrompere di una rigida ed indebita intromissione nelle aule giudiziarie di «una psichiatria biologica e psicofarmacologica che non ha nulla a che fare con l'uso della psicopatologia in ambito forense» (p. 46).

In un recente lavoro che ha appunto cercato di indagare quali possano essere i domini dimensionali forieri di utili

5 Ad es., in *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 2005, pp. 394-420, con nota di Collica (Collica, 2005).

sviluppi rispetto all'approccio categoriale, Potuzak e collaboratori (2012) hanno passato in rassegna il database MEDLINE tra il 1980 ed il 2011 cercando studi pubblicati che affrontassero aspetti sia categoriali sia dimensionali delle psicosi. Le loro conclusioni hanno permesso di individuare almeno quattro dimensioni frequentemente ed indipendentemente riportate dagli studi esaminati: sintomi positivi, sintomi negativi, disorganizzazione e sintomi affettivi (cioè dell'umore, diremmo più appropriatamente), con l'emergere meno frequente di altri domini quali: uso di sostanze, ansia, esordio precoce o tardivo, introspezione, sintomi cognitivi, aggressività e comportamenti disturbanti. Gli auspici di questi Autori verso nuovi criteri nosografici, che indirizzino ad interventi terapeutici più efficaci e quindi a comprendere meglio gli esiti dei diversi quadri psicotici, appaiono d'altra parte di estremo interesse anche in ambito psichiatrico-forense e ne verrà dato conto nel paragrafo 5.

In un altro recente studio, volto ad ovviare alla mancanza di consenso sulle dimensioni sintomatiche che descrivono la psicosi, Russo et al. (2014) hanno indagato il modo in cui si struttura il modello dimensionale della psicosi, la stabilità di tale struttura nel tempo e, infine, il grado di concordanza tra il modello dimensionale e le diagnosi categoriali. A tal fine, gli sperimentatori hanno valutato un ampio campione di soggetti al primo episodio di psicosi e lo hanno poi seguito per i successivi dieci anni. I risultati della ricerca hanno anzitutto evidenziato come i sintomi dei quadri psicotici assumano una struttura dimensionale e gerarchica. In particolare, l'analisi statistica ha dimostrato in modo consistente la presenza di due fattori di elevato ordine, *high order factors* (psicosi affettive e non affettive), e sei fattori di primo ordine, *first order factors* (mania, sintomi negativi, disorganizzazione, depressione, allucinazioni e deliri). Tale struttura si mantiene stabile dal primo episodio psicotico fino agli stadi di cronicità, nonostante la gravità dei sintomi possa variare nel tempo. Inoltre, questa sistematizzazione concorda con la classificazione diagnostica tradizionale. Gli Autori propugnano quindi un approccio combinato, categoriale e dimensionale, perché di maggior utilità clinica e di ricerca ed anche, parrebbe di poter aggiungere, di maggior utilità psichiatrico-forense, come cercheremo di evidenziare più sotto. Infine, essi aggiungono molto opportunamente che se il modello categoriale è un modello *top-down*, che generalizza i sintomi in sindromi, il modello dimensionale è invece di tipo *bottom-up* e permette di operare una sorta di dissezione della psicopatologia psicotica. Quest'ultimo consentirebbe di capire meglio la catena causale che va dai comportamenti osservati ai singoli fenotipi e, possibilmente, alle cause, influenzando in modo molto più deciso l'uso di farmaci alternativi ai cosiddetti antipsicotici e/o di altre strategie terapeutiche extra-farmacologiche.

Questo modello *bottom-up* consente, *a fortiori*, di esaminare in modo molto più appropriato anche lo stato di mente di un soggetto psicotico al momento del fatto di reato e di seguirne quindi in modo molto più fine e, a volte, decisivo l'operare, stabilendo l'eventuale nesso eziologico tra sintomatologia espressa nel quadro psicotico e comportamento, così potendo riconoscere se quest'ultimo assuma significato d'infermità. Inutile dire quanto quest'approccio si allontani dal criterio "medico-psichiatrico", ancora spesso invalso, che tende a parificare un quadro psicopatologico psicotico, soprattutto se grave, ad un criterio pressoché va-

lido di per sé ai fini dell'esclusione, totale o parziale, della capacità d'intendere e di volere.

D'altra parte, questo modello dimensionale verrebbe utilizzato nell'analisi funzionale psichiatrico-forense proprio come una sorta di bisturi psicopatologico non certo col fine di tendere verso un criterio di determinismo biologico per giudicare le azioni che sottendono al fatto di reato da esaminare, bensì per indirizzarsi verso una disamina in filigrana degli aspetti psicopatologico-motivazionali del periziando. Nella nostra opinione tale approccio faciliterebbe la caratterizzazione delle disarmonie del sentimento d'identità personale e del funzionamento relazionale del periziando al momento del fatto. Questo permetterebbe di non tradire il mandato del quesito del magistrato, che è sempre orientato all'*hic et nunc* del fatto e non agli aspetti più ampi e generali sia della diagnosi di categoria sia, *a fortiori*, di dimensione del soggetto da esaminare.

Sull'utilità di un approccio alla psicopatologia *lato sensu* che si avvalga di metodiche quantitative più che categoriali o ibride si sono anche espressi Wright et al. (2013). Essi hanno valutato un ampio spettro di disturbi sindromici tratti da un vasto campione epidemiologico ed hanno proceduto poi ad una sistematizzazione dei dati psicopatologici. Da questi è emerso che la psicopatologia si organizza intorno a sei domini (*distress*, paura, problemi d'alcool e di droga, sintomi ossessivo-compulsivi, ed esperienze psicotiche). Il punto d'interesse è che il meta-modello (*high order model*) che organizzava nel modo migliore gli ambiti sindromici analizzati è stato quello di una organizzazione tripartita in tre ampi spettri che includevano, oltre alle esperienze internalizzanti ed esternalizzanti (già ampiamente suffragate sia nella popolazione adulta che in quella infantile), anche le esperienze psicotiche (*externalizing, internalizing and psychotic experiences*).

## 4. Il vizio di mente negli assestamenti giuridici e nella riflessione psichiatrico-forense

### 4.1. Il vizio di mente: coordinate giuridiche...

Ai fini del presente lavoro, quanto esposto deve essere naturalmente calato, in modo più specifico, nell'ambito del giudizio d'imputabilità segnatamente per quanto concerne la valutazione sulla sussistenza di un vizio di mente. Le prossime pagine saranno pertanto a questo dedicate, pur nella consapevolezza che il tema, straordinariamente complesso, non può certo essere esaurito in pochi appunti, se non altro perché le specificità presentate dai casi concreti – dunque, non ponderabili in questa sede – richiedono un'attenta considerazione: nondimeno, quanto fin qui descritto può stimolare riflessioni di non lieve momento, sulle quali conviene spendere alcune osservazioni.

Prima di addentrarsi, deve comunque essere ricordato come le questioni sorte attorno alla lettura del vizio di mente siano varie e da lungo tempo occupino – per quanto in questa sede maggiormente interessi – il dibattito penalistico e psichiatrico-forense. Appare dunque opportuno muovere da alcune notazioni introduttive sul primo e sul secondo versante, così ponendo le ulteriori e necessarie premesse alla sintesi conclusiva affrontata al paragrafo 5.

Procedendo con ordine, bisogna in primo luogo ricordare come la dottrina penalistica italiana largamente maggioritaria abbia per lungo tempo negato che l'accertamento del nesso eziologico tra disturbo e fatto possa rivestire un ruolo nell'ambito della valutazione sulla (eventuale) sussistenza di un vizio di mente (tra gli altri e per ulteriori riferimenti essenziali, Crespi, 1970; Marini, 1992). Valorizzando – talvolta all'estremo – il richiamo al momento del fatto, contenuto negli artt. 88 e 89 c.p., molti Autori hanno, infatti, ritenuto che, ai fini dell'esclusione totale o parziale della capacità d'intendere e di volere<sup>6</sup>, sia sufficiente in quest'ambito accertare una coincidenza temporale (nesso cronologico) tra il disturbo mentale e il fatto commesso: in quest'ottica, il cardine del giudizio consisterebbe nell'"infermità" richiamata dalle disposizioni codicistiche. Tale lettura, almeno nella misura in cui suggerisce che la gravità clinica del disturbo mentale risulti decisiva ai fini dell'esclusione, ancorché parziale, della capacità d'intendere e di volere, indipendentemente dal riconoscimento di un suo legame causale con il fatto commesso, appare per un verso ancorata ad un'asserita coincidenza tra i concetti d'"infermità" (in senso giuridico) e di "malattia" (in senso clinico), nonché, correlativamente e per altro verso, sostanzialmente coerente con le posizioni sostenute dalla psichiatria positivista diffusa in Italia al momento dell'elaborazione del Codice Rocco, le quali del resto influirono profondamente (Ponti & Merzagora, 1992) sulla genesi delle norme dedicate all'imputabilità. Va peraltro notato come una simile interpretazione degli artt. 88 e 89 c.p. abbia lungamente trovato ampio conforto a livello giurisprudenziale (Bertolino, 1981, 1988, 1990; Fioravanti, 1988) e, ancora, come sul piano psichiatrico-forense siffatto approccio abbia rinvenuto – e talvolta paia ancora rinvenire – un importante corrispondente, pur non risolvendosi compiutamente in esso, in quel criterio "medico-psichiatrico" di cui s'è detto al paragrafo precedente e su cui si avrà modo di tornare.

Benché, tuttavia, alcune autorevoli voci della dottrina penalistica tuttora concordino con una siffatta visione (ad es., Gallo, 2015; in tal senso pare essenzialmente orientarsi anche Padovani, 2012), questa appare ormai in forte crisi: le più recenti prese di posizione della manualistica paiono in effetti accogliere in misura preponderante – seppure talvolta in base a differenti argomentazioni – la tesi del necessario accertamento del nesso eziologico tra disturbo e fatto (ad es.: Cadoppi & Veneziani, 2015; Mantovani, 2015; Marinucci & Dolcini, 2015; Fiandaca & Musco, 2014; Grosso et al., 2013; Pulitanò, 2013).

Le ragioni che hanno indotto un simile mutamento di

6 È bene peraltro ricordare come, ai fini dell'integrazione di un vizio di mente, totale o parziale, siano sufficienti rispettivamente il venir meno o la significativa riduzione (nella misura richiesta dal Codice) della capacità d'intendere o della capacità di volere, non essendo dunque necessario che a risultare più o meno menomate siano, al contempo, l'una ed anche l'altra (per tutti, Romano & Grasso, 2012). Quando si parlerà di capacità d'intendere e di volere esclusa o grandemente scemata, dunque, non ci si riferirà solamente alla contemporanea elisione, totale o parziale, di entrambe le sue "componenti", ma pure all'ipotesi in cui ad essere esclusa o significativamente diminuita sia anche una sola di esse.

sensibilità (che peraltro avvicina, sotto questo punto di vista, la nostra esperienza a quella diffusa in altri Paesi: v., ad es., Morse, 1978, 2011) sono molteplici, pregnanti e complesse; talché, trattarne diffusamente in questa sede non appare possibile, dovendosi rimandare, per una più ampia e puntuale analisi sul punto, all'attenta letteratura che si sia occupata del tema (*ex ceteris*, Bertolino, 2004, 2006, 2009; Collica, 2007; Manna, 2006). Ci si può piuttosto limitare, qui, ad un riepilogo delle linee essenziali.

Concentrandosi anzitutto sulla nozione d'"infermità", va primariamente ricordato come nel corso del tempo il paradigma interpretativo della malattia mentale (in senso lato) adottato dalla scienza psichiatrica sia passato da un'impostazione biologico-organicistica, ad una psicologico-dinamica, ad una sociologica, fino ad assestarsi sull'attualmente invalso modello bio-psico-sociale (o integrato) (Bertolino, 1981, 1988, 1990; Collica, 2007). Le compilazioni tassonomiche psichiatriche, al contempo, hanno allargato sempre di più le proprie maglie (riassuntivamente, sull'evoluzione della nosografia, Rossi Monti, 2007), giungendo, infine, ad accogliere condizioni non afferenti al novero delle vere e proprie malattie (intese tanto nell'accezione "ristretta", comprensiva delle sole psicosi, che in quella "ampia", comprensiva pure delle psicopatie, delle nevrosi, delle demenze e delle oligofrenie: Fornari, 2015) ed a rifiutare i concetti stessi d'"infermità" e "malattia" preferendo – nel caso del DSM – quello, pur discusso, di "disturbi mentali". Anche gli operatori del diritto hanno quindi dovuto confrontarsi con tali mutamenti; sicché, ad esempio, la giurisprudenza maggioritaria, seguendo percorsi invero complessi, ha gradualmente modificato le proprie impostazioni: l'interpretazione inizialmente (e fortemente) dominante, informata ad una limitazione dell'infermità alle sole patologie di matrice biologica (indirizzo "medico", peraltro composito), è stata infatti dapprima affiancata e quindi progressivamente superata dalla diversa impostazione (indirizzo "giuridico", pure variegato), volta a riconoscere rilevanza – mediante un'interpretazione basata sulla lettura degli artt. 88 e 89 c.p. alla luce della norma generale sull'imputabilità, ossia l'art. 85 c.p. – a quelle condizioni che comunque incidano negativamente (ovviamente, in modo rilevante ai sensi del dato normativo) sulla capacità d'intendere e di volere (Fioravanti, 1988; Bertolino, 1990, 2004; Collica, 2007).

Tale processo, peraltro, si è accompagnato all'emersione di un successivo problema, che attiene al secondo ordine di notazioni da svolgere in questa sede: quello, cioè, dell'individuazione di parametri utili alla verifica dell'incidenza del disturbo sulle facoltà intellettive e volitive individuali. A questo riguardo, conviene notare come l'attenzione si sia dunque spostata dall'infermità in sé considerata (purché sussistente al momento del fatto), ai suoi concreti riflessi sulla capacità d'intendere e di volere del soggetto: il momento essenziale del giudizio sul vizio di mente, insomma, si è spostato dalla mera indagine diagnostica ad una valutazione funzionale intesa alla stima dell'effettiva compromissione di tale capacità. L'esigenza di un accertamento di questo tipo emerge sotto un duplice profilo: per un verso, infatti, consente di evitare un'eccessiva estensione dell'operatività del vizio di mente, che potrebbe astrattamente conseguire alla vista dilatazione del concetto d'"infermità"; per l'altro, ribadisce la necessità di evitare il ricorso a sconsigliabili apriorismi anche con riferimento a disturbi considerati gravi.

In effetti, al di là dell'incoraggiamento derivante in questo senso da autorevoli e maggioritarie voci della letteratura psichiatrico-forense – sul quale ci si soffermerà a breve e del quale è bene che il diritto tenga conto, in ottemperanza al necessario mantenimento, particolarmente in un settore come quello dell'imputabilità, di uno stretto legame tra dato ontologico e normativo utile anche in ottica *de iure condendo* (cfr. Bricola, 1961) –, l'accertamento della sussistenza di un nesso eziologico tra disturbo e fatto appare solidamente giustificata anche da una lettura costituzionalmente orientata delle norme dedicate, per quanto qui interessi, al vizio di mente.

Con la fondamentale pronuncia 23-24 marzo 1988, n. 3647, la Corte costituzionale ha invero riconosciuto un ruolo cardine, nell'ambito del sistema penale, al principio di colpevolezza: recependo le indicazioni già avanzate da chiara dottrina (Bricola, 1965, 1973; Pulitanò, 1976), i commi 1° e 3° dell'art. 27 Cost. sono stati in quell'occasione letti in collegamento sistematico, sicché la personalità della responsabilità penale – scolpita nel primo comma – deve essere intesa nella pregnante accezione di “responsabilità per fatto proprio colpevole” (Fiandaca & Musco, 2014). Ora, per l'attuazione del principio di cui all'art. 27, 1° e 3° comma, Cost. risulta particolarmente funzionale l'accoglimento della concezione normativa della colpevolezza (ad es., Cadoppi & Veneziani, 2015; Mantovani, 2015): in tale ottica, questa si sostanzia in un rimprovero giuridico-penale che, evidentemente, può essere mosso solo quando sussista – tra l'altro – il presupposto della capacità dell'agente di motivarsi in aderenza a quanto richiesto a livello normativo (*Motivierbarkeit durch Normen*: cfr. Veneziani, 2000). Appare chiaro, allora, come in questo senso l'imputabilità giochi un ruolo essenziale (tra gli altri, Canestrari et al., 2007; Manna, 2006; Mantovani, 2015; Veneziani, 2000) in ordine all'individuazione e personalizzazione del rimprovero penale.

L'imputabilità, dunque, non può anzitutto considerarsi mera capacità di pena, ma deve più correttamente essere intesa quale capacità (Bertolino, 2009; Pulitanò, 2013) o primo presupposto (Canestrari et al., 2007) della colpevolezza. Si è poi inferito che le cause idonee ad escluderla o diminuirne non possano ritenersi tassative, dovendosi riconoscere rilevanza – in tal senso – a tutte quelle condizioni che concretamente incidano sulla capacità d'intendere e di volere individuale (Manna, 2006). Talché, anche le disposizioni dedicate al vizio di mente debbono essere interpretate assumendo a riferimento l'art. 85 c.p.: con specifico riferimento agli artt. 88 e 89 c.p., appare allora necessario avvalorare quei suggerimenti volti a non limitare il concetto d'“infermità” alle sole “malattie” intese in senso clinico; inoltre, risulta necessario verificare se, come e in quale misura il disturbo eventualmente riscontrato abbia inciso sulle facoltà intellettive e volitive del soggetto. In altri termini: al riscontro del disturbo dovrà accompagnarsi l'accertamento – dirimente – del nesso eziologico (oltre che cronologico) tra questo e il fatto commesso.

Come è noto, le Sezioni Unite della Corte Suprema di Cassazione, con la già citata sentenza 8 marzo 2005, n. 9163, hanno convalidato tali conclusioni; ma, come anticipato, la

stessa letteratura psichiatrico-forense appare orientata a non riconoscere alcun parallelismo tra diagnosi e vizio di mente, richiedendo un'indagine funzionale che – in sostanza – viene a coincidere con la porzione del nesso tra disturbo e fatto identificabile nel segmento che dalla patologia mentale si dipana fino alla condotta: per completezza, anche a queste – pur talvolta risalenti, ma sempre attuali – acquisizioni conviene prestare attenzione.

#### 4.2. ...e psichiatrico-forensi

Spostando dunque il *focus* sulla letteratura psichiatrico-forense, è ora d'uopo sviluppare più compiutamente, anzitutto, un aspetto già emerso nel corso di queste pagine ma che – seppure a grandi linee – merita di essere ulteriormente approfondito: si allude, segnatamente, alla questione concernente il rapporto tra diagnosi psichiatrica e vizio di mente.

Orbene, nella più recente edizione del *Trattato di Psichiatria Forense* (2015), Fornari ribadisce e pone chiaramente in evidenza come sia «inaccettabile il salto metodologico del perito che, avendo identificato un disturbo mentale, attribuisce, per ciò stesso, valore di malattia all'atto-reato, stabilendo una qualche analogia o corrispondenza tra presenza di quello e vizio di mente» (p. 28).

Si tratta, peraltro, di un autorevole esempio all'interno di una vasta dottrina orientata in tal senso (e che, sul punto, trova riscontro anche in contesti diversi da quello italiano: cfr., ad es., Dietz, 1992; Knoll IV & Resnick, 2008). Infatti, come anticipato, già da svariati lustri la letteratura mette in guardia dalla fallacia dell'impostazione, propria del richiamato criterio “medico-psichiatrico”, sostanziantesi nel ricorso a parametri di valutazione della capacità d'intendere e di volere (dell'agente e al momento del fatto) volti a riconoscere parallelismi – per non dire automatismi – tra la diagnosi di determinati disturbi e prefissate conclusioni in punto di vizio di mente.

La migliore letteratura assume su questo punto una visione collimante (pur poi differenziandosi per altri aspetti). Senza pretesa alcuna di completezza – ed anzi limitandosi ad alcuni richiami essenziali –, basti qui ricordare tra gli altri i contributi di Gulotta (1973, 2005), secondo il quale l'analisi concernente l'autonomia dell'Io risulterebbe necessaria, in sede di valutazione della capacità d'intendere e di volere, anche per «uscire dalle strettoie della nosografia» (p. 312); le parole di Ponti, secondo il quale, anche quando si accerti la sussistenza di una infermità,

«non possono mai valere, in tema di imputabilità, indicazioni a carattere generale, dovendosi invece caso per caso, con criterio clinico, indagare sulla natura della persona e sui meccanismi psichici e psicopatologici messi in atto in ogni fattispecie, oltre che sui dati situazionali nel cui ambito è maturato il delitto» (1980, pp. 183-184);

oppure, ancora, le osservazioni di Bandini e Gatti (1985), che sottolineano come

«gravi errori [...] commessi nella valutazione dell'imputabilità dipendono dalla diffusa convinzione che vi sia la possibilità di stabilire un parallelismo o una corrispondenza tra determinate diagnosi psichiatriche e le categorie giuridiche della cosiddetta “piena imputabilità”, del “vizio parziale” e del “vizio totale” di mente» (pp. 357-358).

7 Ad es., in *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 1988, 686-731, con nota di Pulitanò (Pulitanò, 1988).

Si ricordi infine, per la specifica pertinenza con il tema che costituisce il filo conduttore di queste pagine, come proprio riferendosi al caso delle psicosi, Ponti e Gallina Fiorentini dedicassero un intero lavoro alla necessità di rompere gli apriorismi incardinati sull'equivalenza tra diagnosi di psicosi e non imputabilità (totale o parziale) (Ponti & Gallina Fiorentini, 1982).

Assunta, dunque, l'insufficienza del solo momento diagnostico ai fini della valutazione relativa alla sussistenza (o meno) di un vizio di mente, risulta necessario esplicitare a quale modello di indagine si ritiene qui di aderire: passaggio, questo, che consentirà poi di innestare s'un binario meglio delineato le osservazioni sopra svolte in tema di psicosi e di trarre qualche ulteriore osservazione di carattere più generale.

Ebbene, l'impostazione che informerà di sé le prossime osservazioni si muove nell'ambito della metodologia suggerita da Fornari (2012, pp. 64 ss., 69 ss. e 72 ss.; 2013, pp. 139 ss. e 165), il quale distingue un *approccio categoriale e dimensionale* («il classificare»), comprensivo del criterio nosografico e di quello psicopatologico, un *approccio funzionale* («l'attribuire»), che si compone di un criterio funzionale incentrato sulla verifica delle funzioni autonome dell'Io e di un criterio attributivo teso a vagliare se il comportamento possa intendersi quale sintomo del disturbo, nonché di un momento c.d. *forense* («il valutare»), incentrato sul grado di compromissione della capacità d'intendere e di volere (vale a dire, sulla qualificazione del vizio di mente come parziale o totale).

Tra le altre, alcune specificazioni s'impongono fin d'ora.

In primo luogo, deve evidenziarsi come, nel quadro di un approccio metodologico così costruito, la diagnosi psichiatrica (criterio nosografico) resti fondamentale. Non rappresenta, certo, il momento decisivo ai fini dell'eventuale riconoscimento del vizio di mente: il quale risiede, principalmente, nell'indagine ascrivibile all'approccio funzionale. Nondimeno, il riconoscimento di un disturbo mentale, in capo all'agente ed al momento del fatto, risulta necessario perché si possa procedere alle ulteriori valutazioni: se infatti, come detto, non è il disturbo ad integrare *per sé* un vizio di mente, è altrettanto vero che questo non può riconoscersi senza il primo. Di talché, il momento diagnostico risulta comunque ineludibile.

Deve inoltre essere nuovamente segnalato (cfr. § 3) come, di recente, Fornari ritenga di sostenere l'estraneità dell'approccio dimensionale alla psicopatologia forense (2015, p. 46). Questa presa di posizione – si è visto – sembra basarsi sulla preoccupazione che il ricorso a tale analisi possa assegnare, in ordine alla valutazione sull'imputabilità, un'eccessiva rilevanza a dati eminentemente biologici, i quali risulterebbero invero utili solamente in ambito clinico e non anche psichiatrico-forense. La preoccupazione – è bene affermarlo con chiarezza – risulta condivisibile. Nondimeno, conviene anticipare come, nella prospettiva accolta in questa sede, l'elemento dimensionale venga valorizzato non quale aspetto prioritario ai fini della valutazione sulla sussistenza di un vizio di mente, bensì in altre due direzioni: quella, da un lato, della sua utilità in relazione al momento classificatorio (pur sempre necessario) della criteriologia sopra riassunta, rappresentando in questo senso un imprescindibile complemento delle categorie diagnostiche; quella, per altro verso, di una più precisa delimitazione dell'area sulla quale la valutazione funzionale (alla quale, si ripete, spetta un

ruolo preminente) deve dipanarsi onde potersi eventualmente assegnare significato d'infermità alla condotta posta in essere dal soggetto agente.

Ma ancora, è bene ricordare come la valutazione del profilo funzionale si appunti sul momento dell'indagine relativa al nesso tra il disturbo mentale e la condotta posta in essere dal soggetto agente. L'importanza del tema, ai fini dei presenti ragionamenti, emerge, del resto, già ponendo mente alle notazioni svolte tra gli altri da Carrieri e Catanesi (1994). Essi hanno efficacemente notato come il mutamento intervenuto nella considerazione del soggetto affetto da disturbi mentali anche gravi – non più considerato necessariamente irresponsabile ma, al contrario, ritenuto titolare di spazi di libertà individuale, con il conseguente sgretolamento dell'equazione tra malattia mentale e non imputabilità – abbia in qualche modo provocato incomprensioni nelle aule di giustizia. Tali incomprensioni ancora in varia misura sembrano talvolta riproporsi e, a nostro sommo avviso, proprio nell'accertamento del legame funzionale-attributivo possono probabilmente trovare composizione; sicché, tanto acquisito, il problema forse più pregnante tra quelli che a questo punto si pongono attiene alla sostanza di tale nesso.

I criteri all'uopo accolti sono stati vari (Collica, 2007), ma quelli più ricorrenti nella giurisprudenza sono essenzialmente quattro (Bertolino, 2004): la patologicità del disturbo; la sua intensità; il valore di malattia; il valore d'infermità. Notoriamente, il criterio più fortunato adottato, invece, dalla psichiatria forense è stato quello del valore di malattia, elaborato da Müller-Suur nel 1956. Fornari (da ultimo, 2015, in particolare pp. 28 ss. e 49 ss.) ha ripreso tale concetto, originariamente elaborato in ordine alla valutazione d'imputabilità in rapporto alla sussistenza delle cc.dd. “anomalie mentali”, declinandolo opportunamente in quello di *significato d'infermità dell'atto* ed elevandolo a criterio generale (ossia non limitato alla valutazione sulla rilevanza solamente di alcuni disturbi mentali), nonché centrale, ai fini del riconoscimento del vizio di mente. Al fine di riempire di contenuto la formula, si farà riferimento, nel prosieguo, alla lettura proposta da Arreghini e Robotti (2007), incardinata su una valorizzazione – in tale settore – dell'apparato concettuale mutuato dalla riflessione di Damasio (2000) in tema di coscienza nucleare ed estesa (e, quindi, di sé nucleare ed autobiografico).

Sulla compenetrazione e sulla traduzione operativa di tali criteri direttivi ci si concentra, dunque, nel prosieguo. Come risulta evidente dallo sviluppo del discorso fin qui svolto, le successive riflessioni si concentreranno specificamente sulla valutazione d'imputabilità in riferimento alle psicosi: ciò che permetterà – almeno nelle intenzioni – non solo di fornire ulteriori argomenti all'impostazione che nega come la gravità in senso clinico del disturbo riconosciuto in capo al soggetto agente al momento del fatto risulti di per sé bastevole per addivenire ad un giudizio di vizio totale o parziale di mente e che, quindi, suggerisce di procedere necessariamente – ed in misura realmente dirimente – ad un esame del nesso eziologico tra disturbo e fatto; ma che, a ben vedere correlativamente, può anche consentire di ribadire come un soggetto, ancorché psicotico, possa ritenersi imputabile in relazione ad un fatto e non ad un altro, pur commessi a ridotta distanza temporale l'uno dall'altro (cfr. gli esempi 1.a e 1.b del paragrafo successivo)

e come, più in generale, tale verifica non possa sostanziarsi in una semplice riconducibilità ipotetica del fatto alle caratteristiche del disturbo, dovendosi procedere ad un'approfondita indagine funzionale, intesa a verificare l'effettiva compromissione della capacità d'intendere e di volere in relazione a quello stesso fatto.

## 5. Conclusioni. Psicosi e procedimento peritale: nuovi criteri operativi.

Qual è dunque il senso delle premesse poste sopra e dell'attenzione alla questione dimensionale della diagnosi nella valutazione psichiatrico-forense nei casi di psicosi? L'opinione qui sostenuta è, ancora una volta (Arreghini & Celva, 2014), che il perito psichiatra chiamato ad indagare la capacità d'intendere e volere di un soggetto al momento della commissione di un fatto di reato non debba vedere la categoria diagnostico-clinica della psicosi come un *unicum* monolitico e impenetrabile, poiché tale approccio irretirebbe quasi invariabilmente verso il riconoscimento di un vizio di mente. Egli dovrà invece sviscerarne la delicata complessità e, su questa, calare il procedimento peritale, in specie al momento della fase attributiva, quella che decide se il fatto commesso assuma, o meno, significato d'infermità.

Si dovrà così valutare la presenza o assenza di coscienza nucleare e di coscienza estesa del periziando – e, quindi, la presenza o assenza di coscienza di sintomi, di coscienza di malattia ed eventualmente di consapevolezza di malattia al momento del fatto – come queste categorie fossero una sorta di ordito attraversato dalla trama della psicosi nelle sue variegate dimensioni, evidenziando i nodi che daranno eventuale salienza d'infermità all'atto commesso.

La nostra proposta verte quindi sull'integrazione classica del modello nosografico di tipo categoriale col modello funzionale proprio dell'analisi psichiatrico-forense e tuttavia introducendo l'approccio dimensionale a supporto robusto del primo momento ed, al contempo, a solido supporto per l'individuazione dell'area su cui innestare il modello funzionale. Facendo ciò, il nostro intento è di evidenziare dimensioni certamente mutate dalla ricerca biologico-psicofarmacologica ma, come già posto in evidenza, al solo fine di individuare e delimitare – in modo ancor più chiaro – gli ambiti sintomatologico-comportamentali psicotici del periziando che possano essere presi in considerazione nel loro significato eventuale d'infermità al momento della commissione del fatto di reato.

Sul piano strettamente tecnico, in primo luogo si osserverà pertanto quali dimensioni del dominio psicotico incrocino le azioni oggetto di giudizio peritale e se esse dimensioni siano rilevanti agli effetti del giudizio peritale stesso, sia nella condizione di psicosi acuta (quella nella quale, molto precisamente, Jaspers dice che non esiste consapevolezza di malattia) sia nella condizione di psicosi cronica. A questo scopo riteniamo utile l'utilizzo delle dimensioni indicate da Barch et al. (2013), che in un'approfondita *review* sulle componenti della struttura dei disturbi psicotici suggeriscono otto fattori, che consentono una valutazione dimensionale affidabile dei sintomi clinici

della psicosi. Le prime cinque dimensioni rientrano nel criterio A del DSM 5 per la schizofrenia (nella sezione "Spettro Schizofrenico e Altri Disturbi Psicotici") e includono allucinazioni, deliri, disorganizzazione del pensiero, disorganizzazione o anomalie del comportamento motorio e sintomi negativi. In particolare, va notato che due sintomi negativi sono evidenziati dalla ricerca come prominenti: avolizione e ridotta espressività emotiva (Barch et al., 2013; Heckers et al., 2013). A queste dimensioni se ne aggiungono altre tre: i sintomi cognitivi, la depressione e la mania. Questi otto elementi andranno poi valutati nella loro gravità (Heckers et al., 2013), così da pesarli e organizzarli in un *ranking* dimensionale, sempre ai fini del giudizio psichiatrico-forense, non certo in una valutazione stabile di funzionamento del soggetto periziato.

A nostro giudizio, tale modo di procedere permetterà di rappresentare in un modo più efficace i vissuti psicotici del periziando al momento del fatto e nei momenti appena precedenti, così da stabilire una sorta di diagramma quantitativo delle dimensioni psicotiche descritte all'interno del dominio psicotico. Si tratta quindi di un percorso *bottom-up* (Russo et al., 2014), che vede il perito nelle vesti di una sorta di ricostruttore dei singoli percorsi sintomatologici psicotici del soggetto, cercando di indagarne la forza e la consistenza al momento del fatto.

L'insieme del procedimento fin qui descritto è rappresentato graficamente in Figura 1. Riassumendo, si suggerisce di operare innanzitutto una fine caratterizzazione dello stato mentale dell'agente al momento del fatto di reato, rintracciando le dimensioni del dominio psicotico che appaiono presenti al momento del fatto stesso, così da poter infine stabilire la loro singola rilevanza etiologica nel dispiegamento della condotta in oggetto. Tale approccio andrà poi integrato con il momento classificatorio, che vedrà l'assegnazione di una categoria diagnostica secondo i criteri del DSM o dell'ICD. In secondo luogo, sarà necessario procedere verso l'analisi funzionale, esaminando se, quanto e come queste dimensioni abbiano inciso sullo stato di coscienza di malattia, di coscienza di sintomi o ancora, eventualmente, di consapevolezza di malattia, con effetto sul sé nucleare e/o sul sé autobiografico del soggetto, al fine di attribuire o meno significato d'infermità all'atto. Nell'ambito di tale analisi attributiva del procedimento peritale, che qui si propone quale modello operativo da calare sul caso concreto, si potrà dunque parlare di significato d'infermità dell'atto solamente quando il fatto sia riconducibile ad uno o più domini psicotici da precisare caso per caso e, al contempo, si sia verificata una menomazione della coscienza (biografica ed eventualmente nucleare) con il subentrare di una condizione integrante una totale o parziale non imputabilità.

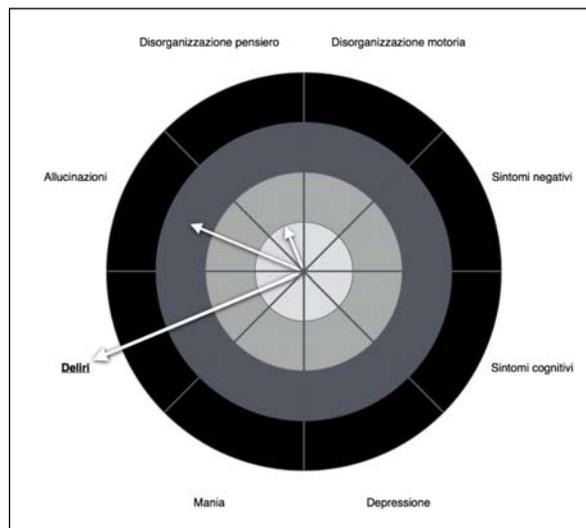


Fig. 1. Rappresentazione grafica del procedimento peritale.

Gli spicchi in cui è suddivisa la figura circolare rappresentano le varie dimensioni di cui si compone la categoria clinica di psicosi ed ogni spicchio ne riporta la denominazione. I diversi colori, dal grigio chiaro (al centro) fino al nero (alla circonferenza) rappresentano il livello di gravità della dimensione. Il centro geometrico della figura è una sorta di punto zero nel quale sono assenti i sintomi psicotici in tutte le otto dimensioni e sono al contempo presenti sia la coscienza nucleare, sia la coscienza autobiografica sia la piena coscienza del proprio stato, eventualmente clinico o sintomatologico. Quando la denominazione di una o più dimensioni è evidenziata (in grassetto e sottolineata) significa che il fatto appare ascrivibile al suo o loro dominio, senza che tuttavia questo sia sufficiente ai fini del riconoscimento di un vizio di mente. Sarà, infatti, necessario prendere in considerazione anche le frecce vettoriali che si dipartono dal centro, le quali indicano quanto la coscienza di malattia e quindi il sé autobiografico e/o nucleare si discostino dal punto zero. A mano a mano che la freccia si allontana dal centro, sulle singole dimensioni, essa rappresenta il venir meno di critica del soggetto, il quale, convenzionalmente, varcate le prime due circonferenze avrà progressivamente perso la coscienza autobiografica e, superata la circonferenza esterna della figura, avrà perso la coscienza nucleare entrando in una condizione di confusione.

Per portare, infine, la discussione in ambito decisamente pratico, si considerino i seguenti esempi tratti dall'elaborazione di casi concreti, di volta in volta accompagnati – anche a livello di rappresentazione grafica – dalle rispettive valutazioni in tema d'imputabilità, a loro volte riassunte nella conclusiva Tabella 1.

**Esempio 1.a.** Nel primo caso, un soggetto in una condizione di rapida progressione sintomatologica percorre in velocità una strada cittadina, nonostante il semaforo rosso non si ferma ad un passaggio pedonale e procura gravissime lesioni ad un passante. Da qualche giorno, in un progredire di sensazioni e percezioni anomale che il soggetto ancora riconosce come strane e non appartenenti

al suo sentire comune, aveva maturato la convinzione che un amico che risiede in un paese vicino al suo dovesse comunicargli importanti rivelazioni in merito ad un fatto occorso pochi giorni prima e di grande significato emotivo. La spinta a recarsi dall'amico era divenuta sempre più pressante ed incombente e quindi, alla guida della propria auto, egli aveva deciso di raggiungerlo a tutta velocità, consapevole dei rischi ma animato da una sorta di necessità di fare prestissimo, così come poi avrebbe raccontato durante il colloquio peritale.

**Esempio 1.b.** Di lì a poche ore, lo stesso individuo viene trovato in una strada di campagna, dove vaga dopo aver danneggiato gli infissi di alcune case coloniche per cercare di entrarvi. Al medesimo colloquio peritale egli non sarebbe riuscito a darsi ragione del suo essere finito in quel luogo, di cui aveva solo ricordi parziali, né del perché stesse danneggiando le finestre di alcune case. Vi era solo la vaga percezione di dover entrare a cercare qualcuno.

**Esempio 2.** In un altro caso, un soggetto molesta da giorni, con telefonate e messaggi, una conoscente, una collega di un ufficio prossimo al suo, cercando risposte a quesiti di ordine sentimentale e relazionale, dei quali la donna è all'oscuro. Da qualche tempo, in un crescendo di energie fisiche e mentali, è convinto che un profondo legame lo unisca alla collega e che solo la timidezza e la ritrosia di quest'ultima impediscano il loro amore. Egli avverte non solo la necessità ma anche la piena liceità di esprimere apertamente quanto compreso, pena fare un torto a sé e soprattutto deludere la collega, che in assenza di una risposta potrebbe prendere diverse decisioni sentimentali con ripercussioni irrimediabili.

**Esempio 3.** Nel terzo caso, una madre tenta il suicidio con il gas di cucina dopo aver legato ed immobilizzato i propri figli in una diversa stanza del proprio appartamento, attendendo che anch'essi muoiano per intossicazione da inalazione. Dopo esser entrata in un profondo stato depressivo, da giorni, perfettamente cosciente di doversi curare e di soffrire di una sintomatologia depressiva, avverte tuttavia voci che s'indirizzano a lei e che annunciano un suo prossimo internamento in un reparto di psichiatria, dal quale non sarebbe più stata dimessa. Soprattutto, si prospetta una tragica fine per i figli, che è certa vengano affidati al servizio sociale e di qui venduti ad un racket dedito al traffico di organi. La donna non riconosce la fonte della voce, femminile, ma è incline ad attribuirlo alla madre, deceduta da anni, per la quale è sempre vivo un profondo cordoglio, costellato da pratiche religiose e devozionali che negli anni si sono accentuate.

**Esempio 4.** Nel quarto caso, un paziente seguito da anni dai servizi psichiatrici locali per un quadro di delirio persecutorio, irrompe nello studio del medico di base, che crede in combutta con i persecutori, minacciandolo se non avesse smesso di seguirlo giorno e notte, così come ritiene accada da tempo. Questa convinzione, cristallizzata, insiste da molti anni, in forma sempre stabile. In quei giorni, irritato da altre vicende legate alla mancata vendita di un appartamento per assenza di compratori, appare molto rivendicativo e minaccioso quando si tocchino argomenti di maggior portata frustrazionale, ma non in una condizione di acuzie clinica relativa-

mente all'impianto ideativo di fondo. Il giorno del fatto si dice deciso, dopo una ponderata riflessione, a "dare una lezione" a chi lo perseguita, proprio con l'intento

di "fare quello che è giusto quando non si viene protetti dalle autorità competenti, come fanno in certi posti dove la gente si fa giustizia da sé!".

Caso	Condizione psicotica	Dimensione/i prevalente/i del dominio psicosi	Coscienza di sintomi/malattia	Coscienza nucleare	Coscienza autobiografica	Significato d'infermità dell'atto
1.a	Acuta	Delirio, Disorganizzazione motoria	Perplessità con coscienza di sintomi	Presente ma in via di risoluzione	Presente	NO
1.b	Acuta	Delirio, Disorganizzazione motoria	Confusione	Assente	Assente	SÌ
2	Acuta	Mania, Delirio	Assente	Presente	Assente	SÌ
3	Acuta	Depressione, Allucinazioni	Coscienza di malattia Non coscienza del sintomo allucinatorio	Presente	Assente	SÌ
4	Cronica	Delirio, Sintomi negativi	Assente	Presente	Presente	NO

Tabella 1. Valutazione dei casi clinici esemplificati.

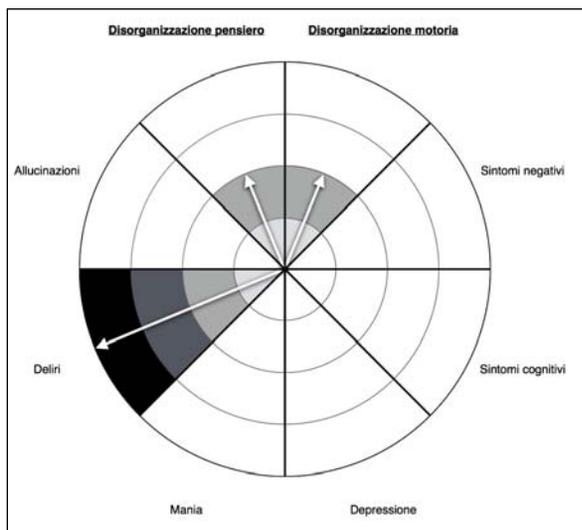


Figura 2. Rappresentazione grafica del caso 1.a.

Le dimensioni psicotiche rappresentate sono quelle di disorganizzazione del pensiero e disorganizzazione motoria, di gravità non elevata, e quella di delirio, di gravità elevata. Le prime due, ma non quella di delirio, sono quelle che motivano l'azione (raggiungere l'amico con un certo grado di fretta) e sono quindi evidenziate. Le frecce vettoriali all'interno delle due dimensioni che muovono all'azione, che raggiungono appena la seconda circonferenza dal centro, rappresentano l'assenza di significato d'infermità nell'azione commessa, che ha determinato il sinistro. Il soggetto sa che sta andando a forte velocità e commette un'azione che egli stesso riconosce come imprudente.

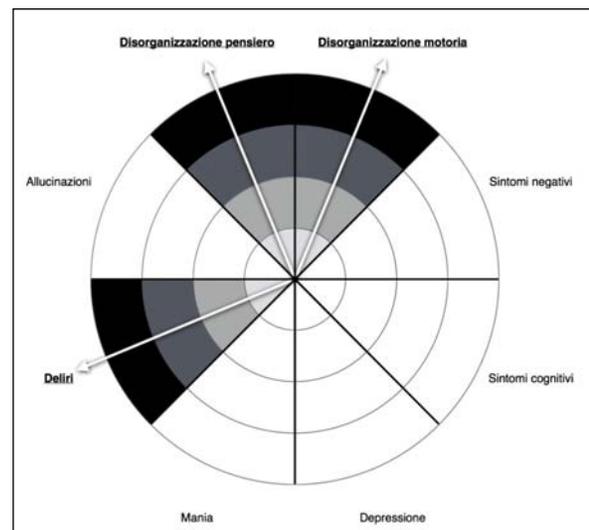


Figura 3. Rappresentazione grafica del caso 1.b.

Le dimensioni psicotiche sono le medesime della figura precedente, tuttavia nel tempo la loro gravità aumenta, non tanto nella dimensione delirio, che resta elevata (ma viene sottolineata, a mostrare che assume ora rilievo per i danneggiamenti commessi), ma nelle dimensioni disorganizzazione del pensiero e motoria, sempre evidenziate a significare che rilevano per le azioni commesse. Queste due ultime dimensioni, assieme a quella del delirio, ora fanno da motore alle azioni di danneggiamento. Il soggetto è confuso e quindi è assente la coscienza nucleare, condizione rappresentata dalle frecce che oltrepassano il limite esterno della figura in tutte e tre le dimensioni. Le azioni del soggetto hanno ora significato d'infermità.

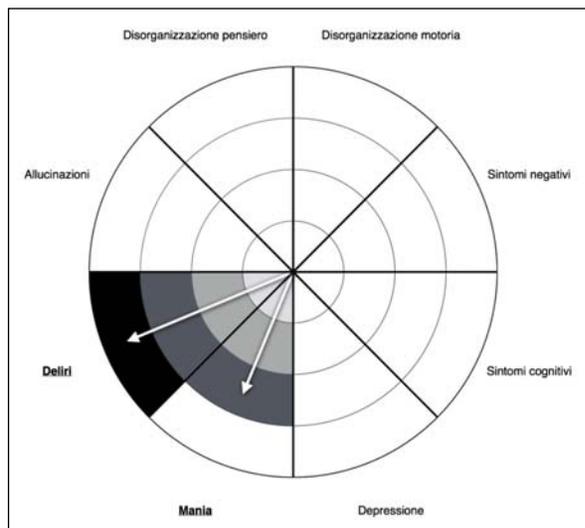


Figura 4. Rappresentazione grafica del caso 2.

Le dimensioni psicotiche rappresentate sono quelle di mania e delirio, di gravità medio-alta la prima, elevata la seconda. Entrambe sono evidenziate, denotando il nesso di causa-effetto tra dimensioni ed azioni commesse, sostanzialmente di atti persecutori verso la persona offesa. Le frecce vettoriali all'interno delle due dimensioni, che si spingono verso l'esterno oltre la seconda circonferenza, denotano la perdita di coscienza autobiografica e quindi il significato d'infermità delle azioni commesse.

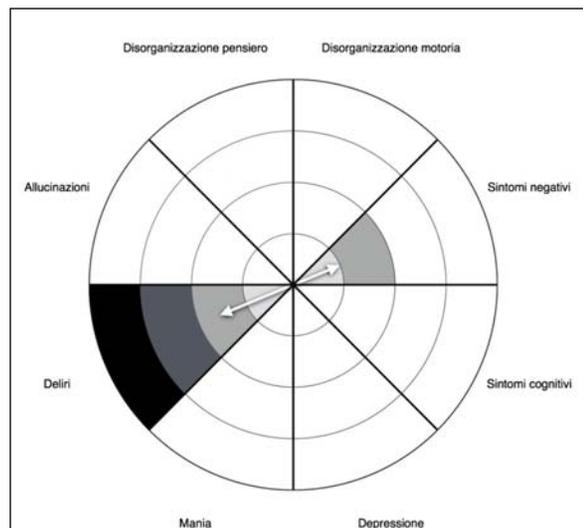


Figura 6. Rappresentazione grafica del caso 4.

Le dimensioni psicotiche rappresentate sono quelle di delirio e sintomi negativi, di gravità media la prima, bassa la seconda. Nessuna delle due è evidenziata, per denotare che la relazione tra dimensioni ed azioni commesse, sostanzialmente delle minacce verso la persona offesa, è assente. Le frecce vettoriali all'interno delle dimensioni – solo fino alla prima circonferenza nella dimensione sintomi negativi e fino alla seconda circonferenza nella dimensione delirio – denotano che ai fini delle azioni commesse non vi è perdita di coscienza autobiografica ed il soggetto era consapevole di compiere un fatto illecito ai danni della persona offesa, pur permanendo un delirio cronico, essendo spinto da ragioni frustrazionali e, si direbbe, passionali, senza che fosse presente una qualche variazione della *base-line* delirante.

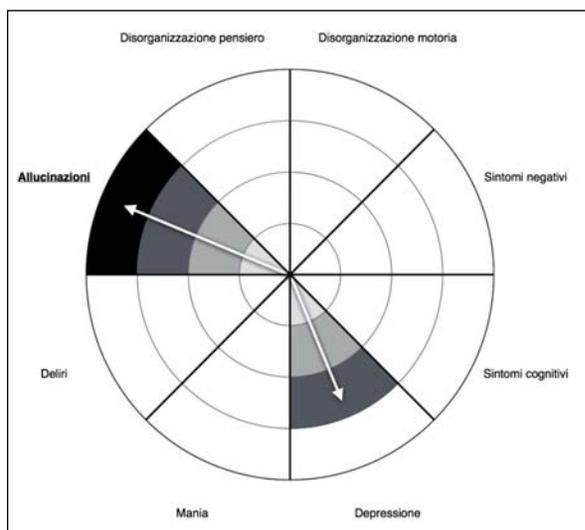


Figura 5. Rappresentazione grafica del caso 3.

Le dimensioni psicotiche rappresentate sono quelle di allucinazioni e depressione, di gravità elevata la prima, medio-alta la seconda. Solo una è evidenziata (allucinazioni) a denotare che la relazione tra dimensioni ed azioni commesse riguarda solo la dimensione allucinazioni e non quella di depressione, di cui il soggetto aveva coscienza e per cui si curava. La freccia vettoriale all'interno della dimensione allucinazioni, che si spinge fin dentro la quarta circonferenza, denota la perdita grave di coscienza autobiografica e quindi il significato d'infermità dell'azione commessa.

In conclusione, lungi dal voler appiattare la valutazione del momento funzionale del procedimento peritale su schemi d'ambito deterministico, che trasformino il perito in un esecutore di algoritmi, riteniamo tuttavia che l'approccio descritto possa essere di utilità sia nell'explorare la psicopatologia, sia nel giungere ad una definizione più sostantiva dei vari momenti del procedimento peritale. Come si può notare dai diagrammi, la nostra proposta ci appare altresì di qualche utilità anche per il momento valutativo, cioè quello eminentemente forense, del giudizio peritale, senza deprimere la libertà del perito nell'integrare nella propria valutazione psicopatologica ogni altra sfaccettatura, personologica ed esistenziale, del soggetto autore di un fatto di reato.

## Riferimenti bibliografici

- Arreghini, E., & Celva, M. (2014). "You fool no one...you thought that you could take me for granted". Il delirio: dalla fascinazione dello psichiatra forense ad un nuovo criterio di valutazione dell'imputabilità. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 291-300.
- Arreghini, E., & Robotti, C.A. (2007). "Il servo arbitrio": dal giustificazionismo dei disturbi di personalità a criteri mutuati dalla ricerca neuroscientifica nella valutazione psichiatrico-forense. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 235-243.
- Bandini, T., & Gatti, U. (1985). *Psichiatria e giustizia: Riflessioni*

- critiche sull'imputabilità del malato di mente. *Dei delitti e delle pene*, 2, 351-367.
- Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 15-20.
- Bentall, R. (2004). *Madness Explained*. London: Penguin Books.
- Bentall, R. (2014). The search for elusive structure: a promiscuous realist case for researching specific psychotic experiences such as hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (Suppl. 4), S198-S201.
- Bertolino, M. (1981). La crisi del concetto di imputabilità. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 190-230.
- Bertolino, M. (1988). Profili vecchi e nuovi dell'imputabilità penale e della sua crisi. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 202-275.
- Bertolino, M. (1990). *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*. Milano: Giuffrè.
- Bertolino, M. (2004). Dall'infermità di mente ai disturbi della personalità: evoluzione e/o involuzione della prassi giurisprudenziale in tema di vizio di mente. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 508-531.
- Bertolino, M. (2006). Empiria e normatività nel giudizio di imputabilità per infermità di mente. *La Legislazione Penale*, 1, 212-220.
- Bertolino, M. (2009). Il reo e la persona offesa. Il diritto penale minorile. In C.F. Grosso, T. Padovani & A. Pagliaro (Eds.), *Trattato di diritto penale: Parte generale* (Vol. 3, Tomo I). Milano: Giuffrè.
- Bricola, F. (1961). *Fatto del non imputabile e pericolosità*. Milano: Giuffrè.
- Bricola, F. (1965). *La discrezionalità nel diritto penale* (Vol. 1: *Nozione e aspetti costituzionali*). Milano: Giuffrè.
- Bricola, F. (1973). Teoria generale del reato. In *Novissimo Digesto Italiano* (Vol. XIX, 7-93). Torino: Utet.
- Cadoppi, A., & Veneziani, P. (2015). *Elementi di diritto penale: Parte generale* (6th ed.). Padova: CEDAM.
- Canestrari, S., Cornacchia, L., & De Simone, G. (2007). *Manuale di diritto penale: Parte generale*. Bologna: il Mulino.
- Carrieri, F., & Catanesi, R. (1994). Psichiatria e giustizia: una crisi di "crescita". In A. Ceretti & I. Merzagora (Eds.), *Questioni sulla imputabilità*. Padova: CEDAM.
- Celva, M. (2014). "The ghost in the machine". Il vizio di mente tra vecchi e nuovi paradigmi: il rilievo attuale del nesso eziologico tra disturbo e condotta. *L'Indice Penale*, 2, 423-467.
- Collica, M.T. (2005). Anche i "disturbi della personalità" sono infermità mentale. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 420-447.
- Collica, M.T. (2007). *Vizio di mente: Nozione, accertamento e prospettive*. Torino: Giappichelli.
- Craddock, N., & Owen, M.J. (2007). Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry*, 6 (2), 84-91.
- Crespi, A. (1970). Imputabilità (Dir. pen.). In *Enciclopedia del Diritto* (Vol. XX, 763-786). Milano: Giuffrè.
- Damasio, A. (2000). *Emozione e coscienza* (trad. prima edizione americana, 1999). Milano: Adelphi.
- Demjaha, A., Morgan, K., Morgan, C., Landau, S., Dean, K., Reichenberg, A., Sham, P., Fearon, P., Hutchinson, G., Jones, P.B., Murray, R.M., & Dazzan, P. (2009). Combining dimensional and categorical representation of psychosis: the way forward for DSM-V and ICD-11? *Psychological Medicine*, 39 (12), 1943-1955.
- Dietz, P.E. (1992). Mentally disordered offenders: Patterns in the relationship between mental disorder and crime. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 15 (3), 539-551.
- Fiandaca, G., & Musco, E. (2014). *Diritto penale: Parte generale* (7th ed.). Bologna: Zanichelli.
- Fioravanti, L. (1988). *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*. Padova: CEDAM.
- Fornari, U. (2012). *Al di là di ogni ragionevole dubbio: Ovvero sulla cosiddetta prova scientifica nelle discipline psicoforensi*. Torino: Espress.
- Fornari, U. (2013). *Trattato di psichiatria forense* (5th ed.). Torino: Utet Giuridica.
- Fornari, U. (2015). *Trattato di psichiatria forense* (6th ed.). Milanofiori Assago: Utet Giuridica.
- Freeman, D., Pugh, K., Vorontsova, N., Antley, A., & Slater, M. (2010). Testing the continuum of delusional beliefs: an experimental study using virtual reality. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (1), 83-92.
- Gallo, M. (2015). *Diritto penale italiano: Appunti di parte generale* (Vol. II). Torino: Giappichelli.
- Grosso, C.F., Pelissero, M., Petrini, D., & Pisa, P. (2013). *Manuale di diritto penale: Parte generale*. Milano: Giuffrè.
- Gulotta, G. (1973). *Psicoanalisi e responsabilità penale*. Milano: Giuffrè.
- Gulotta, G. (2005). *Psicoanalisi e responsabilità penale* (2nd ed.). Milano: Giuffrè.
- Gur, R.E., Keshavan, M.S., & Lawrie, S.M. (2007). Deconstructing psychosis with human brain imaging. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (4), 921-931.
- Heckers, S., Barch, D.M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophrenia Research*, 150 (1), 11-14.
- Henry, C., & Etain, B. (2010). New ways to classify bipolar disorders: going from categorical groups to symptom clusters or dimensions. *Current Psychiatry Reports*, 12 (6), 505-511.
- Hill, S.K., Reilly, J.L., Keefe, R.S., Gold, J.M., Bishop, J.R., Gershon, E.S., Tamminga, C.A., Pearson, G.D., Keshavan, M.S., & Sweeney, J.A. (2013). Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study. *American Journal of Psychiatry*, 170 (11), 1275-1284.
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12 (3), 271-287.
- Jaspers, K. (1988). *Psicopatologia Generale* (trad. settima edizione tedesca, 1959). Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Johns, L.C., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T.M., Longden, E., Preti, A., Alderson-Day, B., Badcock, J.C., Cella, M., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., Peters, E., Raballo, A., Scott, J., Siddi, S., Sommer, I.E., & Larøi, F. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (Suppl. 4), S255-S264.
- Kendall, R.E. (1998). Diagnosis and Classification. In R.E. Kendall & A.K. Zeally (Eds.), *Companion to Psychiatric Studies* (4th ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160 (1), 4-12.
- Keshavan, M.S., Morris, D.W., Sweeney, J.A., Pearson, G., Thaker, G., Seidman, L.J., Eack, S.M., Tamminga, C. (2011). A dimensional approach to the psychosis spectrum between bipolar disorder and schizophrenia: the Schizo-Bipolar Scale. *Schizophrenia Research*, 133, 250-254.
- Knoll, J.L., IV, & Resnick, P.J. (2008). Insanity Defense Evaluations: Toward a Model for Evidence-Based Practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8 (1), 92-110.
- Lake, C.R., & Hurwitz, N. (2007). Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease-there is no

- schizoaffective disorder. *Current Opinions in Psychiatry*, 20 (4), 365-379.
- Lichtenstein, P., Yip, B.H., Bjork, C., Pawitan, Y., Cannon, T.D., Sullivan, P.F., & Hultman, C.M. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet*, 373 (9659), 234-239.
- Linscott, R.J., & van Os, J. (2010). Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 391-419.
- Manna, A. (2006). L'imputabilità tra prevenzione generale e principio di colpevolezza. *La Legislazione Penale*, 1, 220-247.
- Mantovani, F. (2015). *Diritto penale: Parte generale* (9th ed.). Padova: CEDAM.
- Marini, G. (1992). Imputabilità. In *Digesto delle Discipline Penali* (Vol. VI, pp. 243-272). Torino: Utet.
- Marinucci, G., & Dolcini, E. (2015). *Manuale di diritto penale: Parte generale* (5th ed. aggiornata da E. Dolcini e G.L. Gatta). Milano: Giuffrè.
- McDonald, C., Bullmore, E., Sham, P., Chitnis, X., Suckling, J., MacCabe, J., Walshe, M., & Murray, R.M. (2005). Regional volume deviations of brain structure in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: computational morphometry study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 369-377.
- Möller, H.J. (2003). Bipolar disorder and schizophrenia: distinct illnesses or a continuum?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (Suppl. 6), 23-27.
- Morse, S.J. (1978). Crazy Behavior, Morals and Science: An Analysis of Mental Health Law. *S. Cal. L. Rev.*, 51, 527-654.
- Morse, S.J. (2011). Mental Disorder and Criminal Law. *The Journal of Criminal Law & Criminology*, 101 (3), 885-968.
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J.L. (2010). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (3), 475-485.
- Padovani, T. (2012). *Diritto penale* (10th ed.). Milano: Giuffrè.
- Peralta, V., & Cuesta, J.M. (2007). A dimensional and categorical architecture for the classification of psychotic disorders. *World Psychiatry*, 6 (2), 100-101.
- Ponti, G.L. (1980). *Compendio di criminologia* (2nd ed.). Milano: Raffaello Cortina.
- Ponti, G., & Gallina Fiorentini, P. (1982). Compatibilità tra psicosi e piena imputabilità. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 97-110.
- Ponti, G., & Merzagora, I. (1993). *Psichiatria e giustizia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Potuzak, M., Ravichandran, C., Lewandowsky, K.E., Ongür, D., Cohen, B.M. (2012). Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (8), 1118-1129.
- Pulitanò, D. (1976). *L'errore di diritto nella teoria del reato*. Milano: Giuffrè.
- Pulitanò, D. (1988). Una sentenza storica che restaura il principio di colpevolezza. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 686-730.
- Pulitanò, D. (2013). *Diritto penale* (5th ed.). Torino: Giappichelli.
- Romano, M., & Grasso, G. (2012). *Commentario sistematico del codice penale: Art. 85-129* (4th ed. rev.). Milano: Giuffrè.
- Rossi Monti, M. (2007). Nosografia. In F. Barale, M. Bertani, V. Gallese, S. Mistura & A. Zamperini (Eds.), *Psiche: Dizionario di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze* (Vol. II, 758-763). Torino: Einaudi.
- Russo, M., Levine, S.Z., Demjaha, A., Di Forti, M., Bonaccorso, S., Fearon, P., Dazzan, P., Pariante, C.M., David, A.S., Morgan, C., Murray, R.M., Reichenberg, A. (2014). Association between symptom dimensions and categorical diagnoses of psychosis: a cross-sectional and longitudinal investigation. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (1), 111-119.
- Salokangas, R.K.R. (2003). Symptom dimensions and outcome in schizophrenia. *World Psychiatry*, 2 (3), 172-178.
- Scharfetter, C. (1986). Psychosis. In M. Shepherd & O. Zangwill (Eds.), *Handbook of Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tamminga, C.A., & Davis, J.M. (2007). The Neuropharmacology of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (4), 937-946.
- Tamminga, C.A., Pearlson, G., Keshavan, M., Sweeney, J., Clementz, B., & Thaker, G. (2014). Bipolar and Schizophrenia Network for Intermediate Phenotypes: Outcomes Across the Psychosis Continuum. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (Suppl. 2), S131-S137.
- van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635-645.
- van Os, J., & Tamminga, C. (2007). Deconstructing Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (4), 861-862.
- van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeyns, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39 (2), 179-195.
- Veneziani, P. (2000). *Motivi e colpevolezza*. Torino: Giappichelli.
- Wright, A.G.C., Krueger, R.E., Hobbs, M.J., Markon, K.E., Eaton, N.R., & Slade, T. (2013). The structure of Psychopathology: towards an expanded quantitative empirical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 122 (1), 281-294.