

RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ANNO VI N.2 2012

Le catene di Pinel: pratiche riflessive della criminologia e della psichiatria forense*

Pinel's chains: consideration on reflexivity in the field of criminology and forensic psychiatry

Silvio Ciappi

Parole chiave: Epistemologia • DSM • Diagnosi psichiatrico-forense • Colloquio clinico • Criminologia riflessiva

Riassunto

Scopo di questo lavoro è delineare il quadro di avanzamento del sapere criminologico e psichiatrico forense, alla luce delle innovazioni attuariali. In primo luogo verranno analizzate le più importanti politiche criminali degli ultimi anni, in particolare modo le politiche di riduzione del danno, di sicurezza pubblica e di gestione ('management') del rischio. Successivamente si analizzeranno le più importanti teorie che fanno da sottofondo a tali opzioni di politica criminale, legate alle pratiche di riduzione del rischio, come le teorie sulla prevenzione situazionale e quelle sulla neutralizzazione (politiche penitenziarie di riduzione del rischio). Secondariamente verranno analizzati i nuovi parametri di valutazione attuariale in psichiatria forense: in particolare modo verrà discusso l'impianto generale della nosografia ufficiale psichiatrica, quella del DSM, e la sua presunta a-teoreticità e a-causalità. Quindi si prenderanno in esame il colloquio psichiatrico-forense e la diagnosi da esso scaturita: i delitti violenti e la criminalità giovanile verranno considerati come emblema di una opacità diagnostica che mette inevitabilmente in discussione la metodologia nosografica ufficiale. Infine verranno proposte alcune linee operative basate su di una concezione narratologica, ermeneutica ed antiepistemologica dell'azione deviante e dell'operato psichiatrico-forense (criminologia riflessiva).

Keywords: Epistemology • DSM • Forensic psychiatry diagnosis • Clinical assessment • Reflexive criminology

Abstract

Aim of this work is to critically outline the recent updates in the field of criminology, criminal justice and forensic psychiatry. More specifically the most important criminal justice and forensic psychiatric innovations will be discussed from the point of view of the general and cultural transformation of our times. In first place the most important recent criminal policies will be analyzed, particularly the politics of damage reduction, public safety and risk management. Subsequently the most important theories serving as foundations of such options of criminal policy will be analyzed, particularly those connected to the idea of risk reduction and situational prevention, both in preventive and in sentencing practices as a way of incapacitating offenders. Secondly, the contemporary parameters of actuarial evaluation in forensic psychiatry will be assessed and discussed critically, in particular way the general schemata of the official psychiatric diagnostic categorization (that of the DSM), and its presumed a-theoreticity and a-causality; then, the psychiatric-forensic interview and the relative diagnosis will be criticized: some psychiatric aspects of violent and juvenile crimes will be considered as examples of a diagnostic opacity that inevitably puts in discussion the methodology of "official" diagnosis, based on actuarial tools. Some suggestions will be advanced about structuring an hermeneutic approach to the psychiatric (and consequently forensic psychiatric) evaluation and treatment of the criminally insane (reflexive criminology).

Per corrispondenza: Silvio Ciappi, Vicolo Buonaccorsi 2, 53036 Poggibonsi (SI)
e-mail • sciappi@yahoo.it
SILVIO CIAPPI, Docente di Criminologia, Istituto Progetto Uomo, Pontificia Università Salesiana, Roma.

* Relazione tenuta al XXV Congresso della Società Italiana di Criminologia (Cernobbio, 6-8 ottobre 2011)

Le catene di Pinel: pratiche riflessive della criminologia e della psichiatria forense

Pruì, inscí, per schèrs, pensà la mort d'un quajamîs, un fjò,
'n amurtrasà,
'na bara che la dundasü la foppa
memori che la tèracuattarà, prui, per fantasia, quelcamenà
cun l'aria di candir, elpret che roгна,
i face che van de cera in cua del carr,
iöccchêfâ de nientpàrensugnâs...
Mèjl'èspari, vèss surd, bujà, 'm' i can,
lassâssciulà dal diu che magna j òmm,
dígh: L'è mèjmí, ch' i gent che vîv me fan,
mèjtirà 'l rêf, che vèssperdü tra i mort,
tentà l'è mèj, cume che tenta i stèll,
de lüs de lüs de lüs, smursâssinsèm.

(Provate, provate, così per scherzo, a pensare la morte |
d'un qualche amico, un figlio, un amore perduto, | una
bara che dondoli sulla fossa | le memorie che la terra co-
prirà, | provate, per fantasia, quel camminare | con l'aria
delle candele, il prete che roгна, | le facce che vanno di
cera in coda al carro, | gli occhi che fatti di niente sem-
brano sognarsi... | Meglio è sparire, essere sordi, abbaiare
come i cani, | lasciarsi sfottere dal dio che mangia gli uo-
mini, | dirgli: è meglio io che le genti che mi fanno vivo,
| meglio tirare il filo che essere perduto tra i morti, | ten-
tare è meglio, come tentano le stelle, | far luce far luce far
luce, e poi spegnersi insieme).

Franco Loi, *I cart*, Edizioni Trentadue, Milano 1973

1. Pinel e Bicêtre

Mendicanti e vagabondi, nullatenenti, disoccupati e sfac-
cendati, delinquentucoli e dementi, individui politicamente
sospetti, eretici, donne di facili costumi, libertini, sifilitici e
alcolisti, malinconici, idioti e stravaganti, nonché mogli
odiate, figlie disonorate e figli che sperperavano il patrimo-
nio, persone rese inoffensive e invisibili.

'Prego dottore da questa parte', disse il secondino con
la veste untuosa e lo sguardo rassegnato e schifiloso. Le
stanze di Bicêtre erano piccole, non c'era un filo di luce,
solo quel tremendo puzzo di tanfo e di piscio che circon-
davatutto quel bestiario di gente ammassata. Il dottore si av-
vicinò. Lei aveva occhi rosso fuoco, erano vampe quegli
occhi. Lui la scrutò bene e non ebbe paura, perché quelli
erano solo occhi incattiviti dalla pesantezza di quelle catene
arrugginite. Prese le tenaglie e con un colpo secco liberò la
donna. Ci fu un grido collettivo, di liberazione, un urlo an-
cestrale. A uno a uno anche gli altri pazienti vennero liberati
dai ceppi. Era un caldo giorno di settembre dell'anno 1793,
loro non lo sapevano ma quel giorno sarebbe stato uno dei
più importanti nella storia della medicina. Credeva il dottor
Pinel alla psichiatria, a un sapere che doveva liberarsi dal
giogo della metafisica, dai ceppi della stregoneria, dello spi-

ritismo e della religione. Ma soprattutto il giovane dottor
Pinel credeva alla chimica, quella vera, quella dello sguardo,
tra medico e paziente, quando molecole improvvise si atti-
vano e passano da un corpo all'altro iniziando un lento pro-
cesso di guarigione. Fino alla fine dei suoi giorni il dottor
Pinel credette al mondo interiore degli uomini, all'incom-
mensurabile azione del cuore e dello spirito.

Questo lavoro nasce come risposta a un mio precedente
saggio di svariati anni fa apparso sulla Rassegna Italiana di
Criminologia, *L'Isola che non c'è*, nel quale prendevo aper-
tamente posizione per una concezione soggettivistica e ri-
flessiva della criminologia e della psichiatria forense,
intendimento che mi ha accompagnato ossessivamente
lungo gli anni a seguire. Negli oltre quindici anni passati da
quel primo lavoro, molte cose sono cambiate nel panorama
delle scienze forensi e della criminologia. In particolar
modo si è affiancata a una concezione clinica della crimi-
nologia e della psichiatria forense, una dimensione "attua-
riale" che ha coniato nuove parole d'ordine come
"valutazione del rischio" e "criminologia situazionale", ter-
mini accomunati dal desiderio di una criminologia e di una
psichiatria forense meno eziologiche (meno incline cioè a
domandarsi "perché") e più (apparentemente) descrittive
(cioè più inclini a interrogarsi sul "come"). Nelle pagine
che seguono cercherò di discutere intorno alla evoluzione
metodologica e concettuale degli studi di criminologia, di
giustizia criminale e di psichiatria forense, percorsi evolutivi
accomunati dall'identico bisogno di rassicurazioni episte-
mologiche "oggettivizzanti" e di linee di demarcazione che
potremmo definire come attuariali. Partendo da ciò, in que-
sto lavoro intendo gettare le basi per una criminologia e una
psichiatria forense "riflessive" capaci di decostruire e di de-
costruirsi epistemologicamente, e idonee a gettare le basi
per una pratica sociale criminologica e psichiatrica che sia
attraversata dalla logica ermeneutica del dubbio (che ci per-
metta quindi sinteticamente di pensare meglio alle nostre
pratiche d'uso, alle nostre "presupposizioni di senso" che
trovano nella relazione del criminologo o psichiatra forense
con l'autore del reato la loro massima esplicazione). In que-
sto senso la criminologia e la pratica psichiatrico-forense
appaiono come il risultato di un processo di costruzione so-
ciale, divengono prassi contesto-dipendenti, discipline
quindi che costruiscono significati non a partire dalla realtà
ma dalla attività produttiva e riflessiva dell'interprete: "si è
in grado di pensare riflessivamente solo allorché si è di-
sposti a prolungare lo stato di sospensione e ad assumersi il
fastidio della ricerca... Per essere genuinamente pensanti,
noi dobbiamo sostenere e protrarre quello stato di dubbio
che stimola a una completa ricerca, in modo da non accet-
tare un'idea o asserire positivamente una credenza finché
non si siano trovate fondate ragioni per giustificarle"
(Dewey, 1967, p.78).

2. La criminologia attuariale: technè al servizio del “come”

La realtà attuale delle politiche globali di riduzione della criminalità è derivabile dalla complessità e reciproca interdipendenza di programmi di gestione, di recupero e di trattamento della delinquenza spesso disomogenei tra loro. Una sorta di vaso di Pandora, quello delle politiche criminali, nel quale si mescolano tra di loro istituti diversi per finalità, per ideologie di riferimento, per valutazione. Quello che conta è che il sistema giustizia, si dice, funzioni. Questa ideologia rimanda a una posizione di tipo filosofico-epistemologico per cui qualsiasi cosa può andare bene (il riferimento è all'anarchismo metodologico di Paul Feyerabend); traslando il discorso nell'ambito delle politiche criminali attuali si sostiene quindi come ogni apparato di giustizia criminale possa andare bene in astratto purché funzioni, ovvero si risponda allo scopo di diminuire l'apparire (il “fenomeno”) della criminalità in specifici luoghi, di evitare l'aumento di fasce di popolazioni a rischio, di prevedere la diminuzione di determinati comportamenti considerati come illegali.

La nuova penalità fa suoi i principi della ragione strumentale, è *logos* rispetto a uno scopo. Non si propone obiettivi generali, non è applicazione di filosofie e intendimenti più generali circa l'uomo, la società, il diritto. Il suo *telos* è interno al sistema: la nuova funzione della pena ad esempio non conosce ideologie ma, solo strumenti, ha come scopo l'elaborazione di politiche di riduzione della criminalità che siano efficienti; non si propone di cambiare l'orizzonte di senso della giustizia penale e della società che intende regolamentare. In questa accettazione la nuova punitività è *technè*, è sapere strumentale, irriducibile a ogni sintesi teorica, sapere pragmatico che prescinde da premesse generali. Prendiamo ad esempio il fenomeno della crescente carcerizzazione nelle democrazie occidentali, fenomeno che è ormai segnalato da molti studiosi impegnati sui temi del controllo sociale (Bauman, 1998; Garland, 2004) i quali evidenziano come negli ultimi anni sia aumentato fortemente il numero delle persone in stato di detenzione, così come le voci di bilancio per le spese di legge e ordine, unitamente alla costruzione di nuove carceri. Per alcuni studiosi (per tutti Wacquant, 2003) la deliberata distruzione dello stato sociale e la crescente ipertrofia dello stato penale negli ultimi venticinque anni sono processi concomitanti e complementari. Ciò è dovuto in gran parte al diffondersi di politiche penali neoliberali che hanno fatto delle questioni securitarie uno dei cardini di molte architetture istituzionali di controllo e difesa sociale. In particolare, il mutamento delle politiche penali è avvenuto nelle democrazie occidentali all'interno di una concezione ‘tardomoderna’ del carcere contrassegnata dal declino dell'idea di trattamento e dal ri-orientamento dei sistemi penali e penitenziari in termini di gestione del rischio, secondo una logica *attuariale*, statistica, mutuata dalle discipline assicurative (*risk management*)¹. Oggi, come ricorda Castel (1991),

1 Parlare di *tarda modernità*, significa, secondo Garland, parlare di una particolare fase storica nello sviluppo della modernità, caratterizzata dall'usura delle categorie del moderno e non

intervenire penalmente significa perlopiù rispondere al delitto con sanzioni che hanno perso il loro carattere risocializzativo e trattamentale: la pena ha oggi spesso solo una funzione di “incapacitazione selettiva” di pura deterrenza, lasciando al semplice contenimento del soggetto la funzione specialpreventiva (Santoro, 2002).

Vien da sé che la devianza non sia più concepita come un aspetto sociale da comprendere e da “curare” ma fenomeno da gestire (Ciappi, 1997). Il sistema sanzionatorio e l'esecuzione penale rispondono non più al criterio liberale di una correlazione tra gravità del reato e pena ma a indici di pericolosità sociale (di qui il richiamo ancora una volta a una concezione *attuariale* della devianza e delle politiche penali e penitenziarie), quali i precedenti penali, il rischio di fuga, il gruppo che l'individuo frequenta abitualmente, ecc. È per questo che in molte legislazioni penali assistiamo ormai alla compresenza di due modelli penali con distinte velocità: “lenti” per soggetti con alta *stake in conformity* (ovvero nei confronti di soggetti *middle-upperclass* che possiedono legami sociali ben consolidati e non appartengono a gruppi né economicamente svantaggiati né *attuariamente* pericolosi), “veloci” per tutti quei soggetti marginali e appartenenti a gruppi a rischio, tra cui ad esempio gli immigrati, soprattutto se privi del permesso di soggiorno.

La presenza in carcere di una popolazione immigrata sempre più consistente ad esempio, ci costringe a ripensare l'adeguatezza degli interventi educativi attivati in ambito penitenziario. In primo luogo le figure dell'educatore, dell'assistente sociale, del criminologo e del mediatore culturale devono fare i conti con identità fortemente destrutturate, soprattutto per quanto riguarda i minori e i giovani adulti stranieri (che compongono la maggior parte della popolazione detenuta straniera). Questi giovani stranieri si trovano perennemente in bilico tra l'accettazione dei loro valori di appartenenza e l'acquisizione di modelli di integrazione sociale che passano spesso solo attraverso la partecipazione attiva alla sfera dei consumi, che è diventata, di fatto, la *conditio sine qua non* del diritto alla cittadinanza. E spesso accade che il reato non rappresenti il mezzo illegittimo capace di dar forma ai rapporti interpersonali, costituendo l'opportunità estrema di accedere ai soldi e ai beni di consumo necessari per poter ottenere riconoscimento sociale, soprattutto per coloro che abitano le aree urbane maggiormente colpite dal degrado e comunemente identificate come *humus* di ogni tipo di problematica sociale (Wacquant, 2003). Al riguardo dichiara Amin Maalouf, prolifico saggista e scrittore francese di origini libanesi: “ci si trova in un rapporto di forze sfavorevole; si teme di essere rifiutati, umiliati, si spia ogni atteggiamento che denoti il disprezzo, l'ironia o la pietà. Il primo riflesso non è di ostentare la propria differenza ma di passare inosservati. Il sogno segreto della maggior parte degli immigrati è di essere scambiati per figli del paese. La loro tentazione iniziale è di imitare i loro ospiti, e talvolta ci riescono” (Maalouf, 1999, p. 45).

dal loro superamento (come invece nella prospettiva postmoderna). La tarda modernità è quindi epoca caratterizzata dall'affievolirsi di categorie moderne come l'assistenzialismo penale, dall'aumento vertiginoso dei reati predatori, e dal radicarsi di un diffuso senso di ‘insicurezza ontologica’ e di vulnerabilità, insicurezza, e precarietà (Garland, 2004, p. 157).

Le catene di Pinel: pratiche riflessive della criminologia e della psichiatria forense

È bene ricordare a questo punto come le stesse scienze penitenziarie siano nel corso dell'ultimo decennio passate dalla centralità di un trattamento individualizzato, fondato sulla osservazione della personalità, alla centralità della valutazione del rischio criminale (*risk management*) di particolari gruppi criminali. La discrezionalità della magistratura di sorveglianza o della magistratura in genere di molti paesi europei (ma anche e soprattutto di Stati Uniti e Canada) nel concedere i benefici previsti dagli ordinamenti penitenziari è sempre più ispirata alla valutazione dei fattori di rischio legati all'appartenenza a determinati gruppi criminali. E la popolazione penitenziaria straniera è indubbiamente una di quelle verso le quali si esercita questo tipo di controllo, all'interno di un'ottica della gestione dei benefici che privilegia le istanze securitarie di allarme sociale.

È pacifico infatti come il momento della criminalizzazione primaria voluta dal legislatore penale degli ultimi anni abbia inteso inaspriarsi non tanto verso i reati "della classe media" ma verso quelli del *Lumpenproletariat* urbano. Le voci di bilancio per l'ordine e la sicurezza stanno crescendo un po' dappertutto nei paesi industrializzati. Lo scopo è quello di disciplinare ampi strati della popolazione e il consenso sul carcere deriva dalla preoccupazione di convincere il proprio elettorato che il crimine sarà affrontato senza esitazioni, che i criminali saranno consegnati alle forze dell'ordine, che sarà fatta giustizia. I problemi inquietanti che stanno dietro ogni carcerazione (problemi di vita, assistenza a fasce sempre più povere e marginali della società, mancanza di opportunità lavorative legali sul territorio) sono temi che spesso vengono trascurati. L'importante, sembra, è poter dimostrare di fare qualcosa per contrastare il diffondersi del crimine che minaccia la propria sicurezza personale.

L'omaggio alla *Sicherheit* si riflette nelle interpretazioni autoritarie dei mali sociali e nella creazione di classi pericolose (Bauman, 2003, Ciappi, 2006)². La nuova dottrina penale e criminologica non prende quasi più in considerazione l'uomo come autore di reati, ma la fascia sociale a rischio alla quale esso appartiene. Alla creazione del nuovo ordine mondiale e penale dove prevalgono rassicurazioni di ordine securitario contribuisce la rinascita delle vecchie nozioni di classi pericolose, tutta quell'*underclass* di scippatori, spacciatori, immigrati, prostitute e ladri contro le quali si scagliano il pubblico clamore e il pubblico sdegno. Anche l'enfasi mo-

strata dai *media* nei confronti di casi di cronaca nera particolarmente atroci serve a nutrire l'angoscia collettiva e a offrire la panacea del più rigido retribuzionismo per placare il senso di smarrimento e di vuoto lasciati dal delitto (Ciappi, 2003). La creazione del nuovo ordine penale mondiale diviene anticorpo efficace e strategico per le ossessioni di sicurezza del cittadino, e gli stranieri ad esempio giocano in questo un ruolo essenziale. Il carcere diviene strumento di "detenzione sociale", strumento contenitivo di quella parte della popolazione nella cui esperienza di vita è centrale un problema sociale, non affrontato affatto o non affrontato in modo adeguato. Il carcere continua quindi a essere discarica sociale e luogo di contenimento di persone per le quali sono mancate o sono fallite soluzioni alternative. L'area della "detenzione sociale" (tossicodipendenti, immigrati, persone in altre situazioni di disagio sociale) è pari a circa i due terzi dei detenuti e anche la sola riduzione di tale percentuale in misura significativa potrebbe invertire il processo di ricarcerazione. È chiaro allora che sul tema degli stranieri e degli emarginati si giochino questioni profonde. Dietro alla loro massiccia e crescente presenza nelle istituzioni del controllo sociale formale si cela una cultura del controllo nella quale campeggia una concezione della criminologia e delle scienze penali che non è più solo quella mutuata dalla criminologia assistenzialista, che descriveva il reo come un soggetto svantaggiato da recuperare, quanto di una "criminologia dell'altro" (come la definisce Garland, 2004) che fa della demonizzazione del delinquente, della paura e del risentimento popolare, uno dei principali motivi ispiratori delle attuali politiche di controllo della criminalità.

Se la filosofia neoretributiva sembra ispirarsi più a logiche securitarie e a valutazioni attuariali, è anche perché la riabilitazione dell'autore di reato da essa combattuta non ha dato sul piano pratico i risultati sperati. Il momento di maggiore affermazione del modello riabilitativo si è avuto in concomitanza con la maggiore fiducia accordata agli strumenti di *welfare penale*, all'interno di una cornice teorica improntata a un clima culturale caratterizzato da un apodittico ottimismo criminologico, che vedeva nella redistribuzione delle risorse socio-assistenziali la chiave di volta di un riformismo penale "dal volto umano" all'interno del quale i nuovi professionisti del modello welfaristico assumevano il ruolo di agenti di prosocialità. Tuttavia, ben presto la crisi profonda di fiducia nella effettività dell'ideale riabilitativo, cavallo di battaglia delle idee socialdemocratiche di gestione e controllo della delinquenza, con la connessa riduzione di fondi e la caduta della legittimità culturale delle ideologie trattamentali e degli strumenti di *welfare*, ha portato alla concomitante crescita di politiche penali ispirate all'individualismo *neoliberale* unitamente a un conservatorismo di tipo autoritario (Ciappi, 2003). L'obiettivo della nuova penologia è stato quello di massimizzare la sicurezza privata e lo scivolamento dell'attenzione criminologica dall'autore di reato (e della sua riabilitazione) allo studio oggettivo delle caratteristiche del reato (del luogo, delle caratteristiche situazionali) e della vittima.

Le nuove infrastrutture di giustizia criminale, afferma Garland (2004), sono fortemente orientate a obiettivi e priorità (la prevenzione situazionale, la sicurezza, la riduzione del danno e della paura) che sono notevolmente differenti non solo dai fini tradizionali della giustizia penale, ma anche dal rispetto formale dei meccanismi di *due process*. Basti pensare al

2 "La parola tedesca *Sicherheit* unisce le tre esperienze (sorveglianza, sicurezza, certezza) e rifiuta di accettare la loro reciproca autonomia. In un mondo che appare sempre meno sicuro, ritirarsi nel paradiso protetto della territorialità è una tentazione forte; così come la difesa del territorio, la "casa protetta" diventa il *passerpartout* per ogni porta che si sente il bisogno di blindare per sottrarsi a ogni minaccia alla serenità spirituale e materiale. C'è molta tensione attorno alla ricerca di sicurezza, e dove c'è tensione c'è anche un capitale politico che scaltri investitori e agenti di borsa scoveranno in fretta. Non sorprende dunque che le paure relative alla sicurezza trascendano le distinzioni di classe e di appartenenza politica, perché tale è la natura delle paure. È certo vantaggioso per i politici che i naturali timori di insicurezza e incertezza si coagulino attorno all'angoscia securitaria, in modo da poter vantarsi di occuparsi dei primi due aspetti solo ostentando preoccupazione per l'ultimo" (Bauman, 2003a, p. 168).

Silvio Ciappi

britannico *Crime and Disorder Act* inglese del 1998, nel quale si stabilisce che i due principi guida delle politiche penali debbano essere: a) l'introduzione dei concetti di sicurezza urbana e di riduzione delle inciviltà come priorità di ogni modello di giustizia criminale e, b) la delega all'ente locale e alle polizie locali nel gestire i problemi di sicurezza e di criminalità, visti come risultato finale di interventi di gestione locale (comunitaria) del rischio che determinate persone corrono di essere coinvolte in attività delinquenziali (*community governance of crime control*). L'ottica è divenuta manageriale, 'attuariale' ovvero si ricalca dalla logica del rischio e di gestione del rischio che contraddistingue le prassi di tipo assicurativo. Come sostenuto già una quindicina di anni fa da Massimo Pavarini (1995), l'obiettivo perseguito dalle agenzie di controllo sociale mira sempre di più all'implementazione di strategie di controllo su specifici gruppi sociali. L'intero sistema di controllo penale è caratterizzato da un obiettivo di efficienza e di controllo sociale nel quale l'ottica 'attuariale' delle politiche criminali consiste nella gestione (*management*) di gruppi sociali 'a rischio', per ottimizzare le risorse e per raggiungere non più *telos* esterni al sistema (educare, intimidire) ma piuttosto soddisfare esigenze intrasistemiche (neutralizzare, ridurre i rischi).

Il cambiamento di paradigma ha riflessi anche sulla gestione amministrativa della pena. Il passaggio è dalla centralità del trattamento individualizzato, fondato sulla osservazione scientifica della personalità, alla centralità della valutazione del rischio criminale (*risk management*) di particolari gruppi criminali. In ciò consiste la valutazione attuariale della personalità in ambito penitenziario per la quale sono stati conati veri e propri strumenti come *Asset*, in uso nelle carceri inglesi (Ciappi, 2008). La valutazione attuariale in ambito penitenziario fonda la decisione sulla possibile concessione di misure premiali non più su di un dato clinico ma sopra il *calcolo statistico dei rischi* per popolazioni criminali e gruppi sociali devianti.

La valutazione di questi strumenti metodologici attuariali, basati su interviste semi-strutturate adoperate per valutare fattori di rischio differisce enormemente dagli strumenti clinici per valutare la pericolosità sociale: tutto sta nel metodo differente di valutazione del rischio, clinico e attuariale.

La valutazione *clinica* del rischio richiede infatti l'osservazione di un aggressore da parte di uno psichiatra/psicologo, basata sulla sua esperienza professionale, sulle sue conoscenze e formazioni specifiche, e condotta attraverso il colloquio, la somministrazione di test e di *checklist*. Si sostiene come spesso la valutazione clinica sia fortemente condizionata da alcune variabili, come la gravità del reato commesso, la diagnosi psichiatrica, l'età e i precedenti penali, che spesso influenzano la decisione del perito e determinano numerosi 'falsi positivi' consistenti nella errata classificazione di criminali a basso rischio di recidiva (*low risk*) in criminali a elevato rischio (*high risk offenders*). Inoltre spesso la *reliability* (affidabilità) della scientificità della valutazione clinica è messa in discussione dalla divergenza di opinioni e previsioni di rischio nella valutazione di un medesimo caso, cosicché il destino di un imputato o condannato viene spesso a dipendere da chi conduce la valutazione³.

3 Spesso i 'bravi' periti sono coloro che non tradiscono le aspettative del committente (avvocato, pubblico ministero o giu-

La valutazione *attuariale* è invece finalizzata alla predizione del comportamento individuale sulla base della similarità del comportamento attuale con comportamenti simili sfociati in atti violenti. I metodi attuariali prendono in considerazione una grande quantità di informazioni, ovvero fattori di rischio *statici* (ritenuti imm modificabili) e *dinamici* (ritenuti modificabili). Differentemente dalla valutazione clinica, l'analisi attuariale prende in considerazione elementi (quali la storia giudiziaria del soggetto, l'anamnesi clinica, il comportamento durante la detenzione, le variabili relative allo stile di vita, eccetera), ritenuti maggiormente oggettivi e quindi capaci di eliminare dal sistema penale l'arbitrarietà dei giudizi relativi alla valutazione clinica. La valutazione attuariale fornita da test come RSVP, VRAG o SARA prescinde dalla attribuzione di punteggi secondo l'opinione professionale del clinico (come invece avviene in strumenti come JSAT o PCL-R, di uso comune in ambito penitenziario internazionale), ragion per cui, si sostiene, corti e professionisti che operano nell'ambito della giustizia criminale dovrebbero affidarsi unicamente a questo tipo di strumenti.

Uno dei modelli attuariali maggiormente utilizzati in Gran Bretagna per la predizione della recidiva è appunto *Asset*, uno strumento elaborato dal Centro di Criminologia dell'Università di Oxford, considerato oggi valido a livello nazionale (per tutta l'Inghilterra e il Galles), in uso presso gli *Youth Offender Team* (ovverosia i servizi di valutazione del rischio), cioè presso i comitati di valutazione della pericolosità sociale e quindi di predisposizione di misure di controllo per i giovani autori di reato.

Anche la ricerca criminologica ha fatto sue alcune derive attuariali. Innanzitutto negli ultimi anni uno dei più importanti temi della ricerca è stato lo studio delle carriere criminali, studi nei quali si sono identificate classi di popolazioni a rischio (*persistent o chronic offenders*) rispetto a fasce di popolazioni con minori fattori di rischio (per tutti, Piquero, Farrington & Blumstein, 2007 e Piquero, Hawkins & Kazemian, 2011)⁴. Le

dice che sia), di modo che spesso, nel nostro paese, la rilevanza nosografica di disturbi integranti il vizio parziale e il vizio totale di mente viene con molta più facilità evidenziata dai periti della difesa che non da quelli del pubblico ministero i quali invece tendono nella maggior parte dei casi a esprimersi nei termini della piena imputabilità.

- 4 In sintesi la ricerca sulle carriere criminali dimostra che:
- L'età media di commissione del primo reato varia da 8 a 14 anni, più tardi secondo le statistiche ufficiali; l'età di desistenza dal crimine si aggira invece intorno ai 20-29 anni;
 - il maggior numero di reati si realizza nella fascia d'età 15 ai 19 anni;
 - una età più bassa nella commissione del primo reato determina una più lunga carriera criminale;
 - c'è una forte continuità tra comportamenti antisociali e comportamenti criminali: chi commette più reati all'interno di una fascia di età ha una probabilità significativa di commetterne maggiori nella fascia d'età successiva (cfr. Mulvey, 2004);
 - una piccola frazione della popolazione (*chronic offenders*) commette la maggior parte dei reati: questi individui tendono ad avere una più bassa età di esordio e una più lunga carriera criminale;
 - la commissione dei crimini è perlopiù versatile e non spe-

teorie criminologiche in uso ruotano (stancamente) intorno a varianti sociologiche della macroteoria del controllo sociale.

Un primo fascio di elaborazioni teoriche fa capo infatti alla cd. "teoria evolutiva" (*developmental- life coursetheory*) che introduce una distinzione attuariale degli autori di reato in due diverse tipologie (Moffitt, 2006): 1) i persistenti ("*life coursepersistent*"), caratterizzati dall'interazione tra modesti funzionamenti neuropsicologici, scarso *parenting* e fattori socio-economici deficitari, e 2), gli autori la cui criminalità si conclude al termine dell'adolescenza ("*adolescence-limited*"), individui che limitano le loro attività al periodo adolescenziale e che hanno maggiori capacità di recupero visto il più alto numero di variabili pro sociali possedute.

Una seconda elaborazione teorica è quella che fa capo invece alla teoria del controllo sociale informale (*social bond theory*). Questa teoria (detta anche "teoria della scelta", *situated choice theory*) fa sua una nozione di base (Laub e Sampson, 2003): la commissione di delitti in adolescenza può essere interpretata come il risultato di fattori strutturali quali la mancanza di controllo sociale informale come quello esercitato dalla scuola o la famiglia; anche durante l'età adulta sono i fattori contestuali e situazionali che possono determinare un abbassamento dei controlli e dei legami sociali informali, così come l'aver precedentemente infranto la legge (*cumulative disadvantage*).

In sostanza, gli studi di *criminal justice* attuali tendono in massima parte a concentrarsi su politiche di riduzione dei rischi e di prevenzione situazionale e quindi in ultima analisi su politiche criminali di tipo attuariale, caratterizzate dal venir meno delle indagini relative alle cause dei fenomeni criminali e dalla contemporanea predisposizione di strumenti di gestione del rischio (*riskmanagement*). In questo senso la capacità riflessiva degli studi di *criminal justice* sembra venire meno e limitarsi a una predisposizione tecnica di strumenti vuota di ogni orizzonte teorico.

3. Psichiatria e psichiatria forense "attuariali": uno sguardo alla logica del DSM

"La pretesa di comprendere l'altro in anticipo adempie la funzione di mantenere a distanza le istanze dell'altro" (Gadamer, 1960, p. 63).

Come accennato nella *Introduzione* di questo saggio anche la psichiatria, e di conseguenza la psichiatria forense, non si è sottratta alla contaminazione "attuariale", in nome di un

cialistica; in particolare gli autori di reati violenti commettono generalmente altre tipologie di crimini (cfr. Monahan&Piquero, 2009);

- dai 20 anni in poi la commissione di reati diventa più individuale e ispirata a criteri utilitaristici, mentre adolescenti e giovani adulti hanno una maggior probabilità di agire in gruppo secondo motivazioni più emotive (noia, rabbia, appartenenza a un gruppo, ecc.); sul punto vedasi Nagin&Piquero (2010);
- esiste una progressione criminale (dal furto, alla violazione di domicilio, alla rapina); ma tale progressione si interrompe intorno ai 20 anni e la commissione dei crimini diviene più specialistica.

approccio scientifico presuntivamente definibile come a-teoretico, avalutativo e oggettivo. Nei paragrafi che seguono cercherò di ragionare intorno a tale impostazione metodologica "scientizzante", caratterizzata dall'enfasi posta su di una presunta oggettività diagnostica, basata sulla mera rilevazione di indici di rischio.

3.1 Cambiare di paradigma: il vizio antico delle scienze psichiatriche

"Allora mi può dire perché lei ha fatto ciò che ha fatto?", "Su, perché ha tirato fuori all'improvviso quel coltello e l'ha colpita ripetutamente, al posto?".

La psichiatria, ovvero la disciplina che si occupa dello studio e della cura delle patologie della mente, si caratterizza come molte altre discipline cliniche per la coincidenza tra l'aspetto nosografico e quello diagnostico, ovvero tra la classificazione sistematica dei sintomi morbosi e la loro rilevazione. Essendo disciplina clinica, la tassonomia indirizza il procedimento diagnostico. Fare diagnosi non è che il risultato di un *procedimento di sussunzione*, dal particolare al generale, ovvero tra l'attribuzione a, o incasellamento di una specie morbosa in, una determinata specie nosografica (sul punto anche Raineri, 1989, p. 5). Come sappiamo, il DSM IV-TR è il principale manuale nosografico: adottarlo, come avviene nella maggior parte dei paesi occidentali, significa adottare una tassonomia comune, ovvero dotarsi di una capacità di classificazione e interpretazione che permetta di condividere gli stessi aspetti della realtà osservata. Tale approccio costituisce il paradigma principale della psichiatria contemporanea, si basa sull'orientamento c.d. "analitico" in filosofia⁵, e costituisce la risposta scientifica alla contrapposizione e alla discussione sollevate dalle correnti antipsichiatriche che mettevano in dubbio l'esistenza della malattia mentale e denunciavano gli aspetti oppressivi della reclusione manicomiale.

Uno dei promotori dell'istituzione ospedaliera psichiatrica era stato appunto Philippe Pinel, che nel 1793 aveva pensato all'ospedalizzazione psichiatrica come a un rimedio etico nei confronti della mostruosità della detenzione. Nel corso degli anni e soprattutto con il diffondersi della psicoanalisi negli anni Cinquanta (ma anche con la pubblicazione di *Asylums* di Ervin Goffman, e dei lavori di intellettuali come Michel Foucault, Gilles Deleuze e Felix Guattari che vedevano nel sintomo una istanza sociale rivoluzionaria e antiborghese), il modello razionalista dominante, con la sua idea di normalità divenne il bersaglio degli antipsichiatri e di una psichiatria umanistica e controcorrente come quella propugnata da Ronald Laing, David Cooper, Joseph Berke e Leon Redler. La malattia mentale iniziò ad essere vista come metafora di un significato nascosto (e forse più autentico) del mondo o come il prodotto di una alterazione non del singolo, ma delle relazioni tra individui (si pensi ai lavori di Gre-

- 5 Ricordiamo la distinzione tra due grandi correnti di pensiero del Novecento, la filosofia analitica e la filosofia continentale: la prima è caratterizzata dal rigore del ragionamento formale e dal primato dell'osservabilità e della logica; la seconda è caratterizzata da una dimensione antiscientista, umanistica e asistemica.

Silvio Ciappi

gory Bateson e Harry Stack Sullivan ma anche di Carl Rogers e Paul Watzlawick e a teorie come quelle del “doppio legame” secondo le quali il sintomo non è che il risultato dell’alterazione della comunicazione dovuta all’incongruenza tra il livello del discorso esplicito e il livello metalinguistico dei gesti, degli atteggiamenti, del tono di voce). In questo filone si inseriscono le teorie dell’etichettamento, care a studiosi come Edwin Lemert e Howard Becker, secondo le quali, una volta diagnosticata la malattia mentale o agito un comportamento deviante, una volta cioè che la persona sia stata “etichettata”, si produce un’alterazione della sua identità a e del suo status sociale, che viene internalizzata producendo una nuova identità (deviante) che costringe l’individuo a comportarsi come ci si aspetta si comporti un appartenente a tale categoria.

L’idea di una psichiatria umanistica poggia su un’idea epistemologicamente relativista della scienza, secondo la quale non esistono *metacriteri* per giudicare razionalmente la superiorità o l’inferiorità dei criteri di verità in nostro possesso (ci riferiamo qui a pensatori come Martin Heidegger, Richard Rorty, Jacques Derrida). In questo senso si afferma come la psichiatria e con essa tutta la scienza moderna siano incapaci di descrivere il mondo, e costituiscano invece saperi normativi specifici di una certa cultura e definizione di normalità e devianza (si pensi alla teoria di alcuni antropologi culturali americani, come ad esempio R. Benedict): è all’interno di ogni cultura storicamente data che si afferma la specifica idea di verità a lei propria. Lo afferma Michel Foucault: “in una cultura e a un momento preciso, non esiste che una sola *episteme*, la quale definisca le condizioni di possibilità di ogni sapere: sia quello che si manifesta in una teoria, sia quello che è silenziosamente investito in una pratica” (Foucault 1998, p.185).

All’interno della cornice relativista non esistono fatti, ma interpretazioni e quindi opinioni. Nel relativismo ontologico di Martin Heidegger o Richard Rorty ad esempio si sostiene come solo le credenze e le asserzioni possano essere vere e che quindi se è pur vero che anche in un mondo senza la mia mente ci sarebbero gli occhi del signor X, è solo grazie alle mie operazioni interpretatrici, ai miei schemi concettuali, che posso dire se questi occhi sono quelli di un uomo sano o di un folle (sul punto mi si consenta di rimandare a Ciappi & Traverso, 1997). Importante diviene allora il riferimento a Thomas Kuhn il quale afferma che compito della scienza è descrivere e interpretare entro una certa cornice teorica, comprendente un’ontologia, sempre rivedibile in futuro.

All’interno delle posizioni relativiste va collocata, a mio parere, anche la posizione *naturalista* secondo la quale (cfr. ad es. Nannini 2007) la mente è un prodotto del cervello. In questo ambito, la malattia mentale è spiegabile in termini prettamente mentali. Questa posizione naturalista si presta al dualismo in quanto si suppone che le due entità appartengano a mondi sostanziali indipendenti. Il problema dell’esistenza della malattia mentale starebbe nel dimostrare che essa è un prodotto mentale, e quindi capire come tale prodotto mentale possa radicarsi in una malattia fisica. Si colloca in questo luogo il dilemma delle scienze cognitive contemporanee, relativo al rapporto mente-corpo (al quale non sono indifferenti nemmeno gli psicanalisti - sul punto vedasi il testo recente di Eric Kandel, dal titolo *Psichiatria, psicoanalisi e la nuova biologia della mente*: cfr. Kandel 2007).

Questa dicotomia è importante perché mette in crisi il criterio descrittivo della diagnosi (come quello del DSM) in favore di una tassonomia più eziologica basata sulle neuroscienze cognitive.

All’interno delle posizioni naturalistiche e dualistiche si inseriscono gli studi di costruttivismo cognitivo di Humberto Maturana e Francisco Varela (Maturana & Varela 1980), eredi dell’approccio psicologico che fu di Jean Piaget e Lev Vygotskij. Oppure, per quanto riguarda la psicoterapia cognitiva, le originali elaborazioni di Vittorio Guidano (1988). Guidano non sembra negare affatto, da psicoterapeuta, la realtà della malattia mentale, che interpreta però in chiave costruttivista.

3.2 Nosografia e diagnosi: l’evoluzione della tassonomia DSM

In medicina generalmente si distinguono una nosografia descrittiva (che potremo anche ridefinire come nosografia fenomenologica), e una nosografia eziologica relativa invece alla spiegazione teorica delle cause di ciascuna unità morbosa. La scelta di manuali di psichiatria come il DSM e l’ICD di non volersi appoggiare ad alcuna teoria eziopatogenetica rimanda a una opzione di *ateoreticità*, ovvero a una sorta di sospensione del giudizio riguardo all’origine della malattia in termini di causa (Sirgiovanni, 2008). Il sintomo stesso racchiude il vissuto del paziente come da esso riferito (*sintomatologia soggettiva*), mentre il “segno” (*sintomatologia oggettiva*), risponde a un criterio oggettivo, rilevato dal clinico, mediante l’uso di test o la semplice osservazione (Radden, 2003).

La presunta ateoreticità è il punto principale che oggi viene messo in discussione: per riportare il dibattito, esamineremo per sommi capi la storia del DSM, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, il manuale la cui diffusione internazionale ha segnato la costituzione di una sorta di ortodossia psichiatrica: la sua prima stesura (DSM-I) da parte dell’Associazione Psichiatrica Americana (APA) risale al 1952. Da allora, si sono succeduti il DSM-II del 1968, il DSM-III del 1980, il DSM-III-Revised del 1987, il DSM-IV del 1994 e il DSM-IV-Text Revision, versione ancora attuale, del 2000. Il manuale non intende fornire alcuna spiegazione casuale, si afferma in ognuna di queste stesure.

Questa ateoreticità è anche terminologica. Viene infatti preferita la nozione di “disturbo” (*disorder* in inglese, termine che fa riferimento a una condizione clinica di cui sia ignota l’eziopatogenesi), alla nozione di “malattia” (che in inglese può essere definita sia dal termine *disease* - la malattia propriamente intesa - che da *illness* - una condizione medica soggettiva). Secondariamente il DSM fa sua la nozione di “sindrome”, intesa come insieme di sintomi e segni clinici la cui eziologia non è ancora nota. In terzo luogo, esso identifica i disturbi e li suddivide in base ai sintomi e i segni che in essi si manifestano.

Un’altra caratteristica del DSM è la *politeticità*. Il sistema politetico si oppone a quello monotetico, in cui la classe è formata da tutti gli individui che hanno lo stesso gruppo di attributi. Mentre il DSM-III sposava un approccio categoriale misto monotetico/politetico, a partire dal DSM-III-R i criteri monotetici sono scomparsi a favore di una diagnosi politetica. Per la diagnosi di schizofrenia, ad esempio, il criterio A richiede, salvo casi particolarmente tipici,

due o più dei 5 sintomi elencati per un periodo di un mese (DSM-IV-TR 2002, p. 340); la Depressione Maggiore cinque o più di nove sintomi per due settimane; l'Attacco di Panico quattro o più tra tredici sintomi elencati nel giro di dieci minuti; e così via. Ciò significa che tali criteri politetici prevedono una soglia diagnostica, ovvero un numero minimo di sintomi e un periodo di tempo entro cui questi si verificano, che nel DSM è stabilito su base convenzionale.

Da un punto di vista filosofico la classificazione DSM si rifà all'*operativismo* di Percy Bridgman secondo cui i concetti scientifici vanno definiti come risultati di operazioni. Più precisamente, il significato dell'enunciato di una teoria è dato dalla procedura empirica mediante la quale è possibile stabilire la presenza o l'assenza delle condizioni di verità dell'enunciato stesso. In psichiatria, tale dottrina è stata suggerita da Carl Hempel (1965) ed è la teoria che sottostà all'impostazione DSM, soprattutto del DSM III, che ha costituito per Aragona (2006) il punto di rottura col sistema nosografico precedente. Il primo manuale DSM (1952) aveva infatti un orientamento prettamente psicanalitico, e in esso abbondavano concetti freudiani quali quello d'inconscio, e di conflitto. Anche il DSM II del 1968 era infarcito di freudismo con termini come "nevrosi" (che ricorreva 55 volte) e "isteria", ma per la prima volta veniva sottolineata la necessità di osservare adeguatamente i sintomi. Il DSM III segnerà infatti l'abbandono della prospettiva psicoanalitica nella nomenclatura psichiatrica (basti pensare all'abolizione del termine "nevrosi", espressione per taluni della vittoria della scienza contro le correnti psicodinamiche, Klerman et al., 1984).

3.3 Affidabilità e validità diagnostica

Come sappiamo una classificazione psichiatrica dovrebbe basarsi su tre criteri: (1) *affidabilità*, ovvero accordo sulle diagnosi effettuate da operatori diversi; (2) *validità*, corrispondenza dei costrutti teorici alle entità eziopatogenetiche reali; (3) *utilità*, capacità di previsione e direzione per la terapia e la ricerca.

I fautori del DSM sostengono che il grande pregio del DSM è quello di offrire una nomenclatura e una classificazione dei disturbi mentali comune a tutti i clinici. In questo senso si ritiene che il DSM sia uno strumento ad alta affidabilità (*reliability*) diagnostica.

Alcuni autori invece sostengono (Andreasen, 2007) che il DSM contiene una nomenclatura probabilmente sbagliata: ciò sarebbe dovuto al fatto che si è deciso di puntare sull'affidabilità, in base alle idee operativistiche che sorreggono l'impalcatura teorica dello strumento. Si è ritenuto che insomma, alla fine, una volta raggiunta l'affidabilità, si sarebbe raggiunta anche la validità dei costrutti teorici.

Le critiche al DSM sono numerose ma, d'accordo con Sirgiovanni (2008), si possono raggruppare in quattro categorie: (1) vaghezza ed arbitrarietà, (2) proto-scientificità, (3) presunta ateoreticità e (4) dubbia utilità clinica.

3.3.1. Vaghezza

La vaghezza deriva dalla politeticità dell'impianto: assumere criteri politetici di diagnosi significa accettare che ogni categoria o classe diagnostica possa essere determinata da un insieme di condizioni sufficienti ma non individualmente necessarie. Si pensi ad esempio, sostiene Sirgiovanni (2008),

al disturbo depressivo, identificato da cinque di nove sintomi (cfr. DSM-IV-TR 2000, p. 387): (1) umore depresso; (2) marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività; (3) perdita o aumento di peso; (4) insonnia o iperinsonnia; (5) agitazione o rallentamento psicomotorio; (6) faticabilità; (7) sentimenti di svalutazione eccessivi; (8) ridotta capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione; (9) pensieri ricorrenti di morte. Oppure al disturbo di personalità borderline (cfr. DSM-IV-TR 2000, p. 756), caratterizzato da cinque o più dei seguenti sintomi: (1) sforzi per evitare un reale o immaginario abbandono; (2) relazioni interpersonali instabili e intense; (3) alterazione dell'identità; (4) impulsività in aree dannose, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate; (5) ricorrenti minacce e comportamenti suicidari o automutilazione; (6) instabilità affettiva; (7) sentimenti cronici di vuoto; (8) rabbia immotivata e intensa; (9) ideazione paranoide. Se ben vediamo, due individui possono essere accomunati dalla medesima categoria diagnostica pur possedendo differenti caratteristiche o sintomi (ad esempio, alcuni pazienti possono manifestare i sintomi n. 1-3-4-5-6 e altri pazienti i sintomi n. 2-6-7-8-9). Non solo ma il numero di condizioni o sintomi che si ritengono sufficienti per l'inclusione di una persona all'interno di una categoria diagnostica è spesso convenzionale.

3.3.2. Protoscientificità

Il DSM utilizza termini del linguaggio comune per descrivere sintomi e categorie diagnostiche: ma il linguaggio ordinario mina la presunta a-teoreticità e a-causalità del DSM, in quanto rinvia a universi di significato prestabiliti e quindi teorici. Basti pensare al riferimento a termini come intelligenza, attenzione o memoria, che non fanno riferimento ai dati della psicologia sperimentale o delle neuroscienze. I segni e i sintomi che vanno a costituire la base dell'impalcatura diagnostica vengono così raccolti in base a procedure qualitative e quindi soggettivamente interpretate. Molto spesso, inoltre, i sintomi sono inferiti dalle narrazioni del paziente oppure basati su giudizi intuitivi dello psichiatra, che possono essere altamente fallibili e carichi emotivamente.

3.3.3. Ateoreticità

"Ateoreticità" vuol dire in primo luogo astensione riguardo all'eziopatogenesi di un disturbo mentale. In realtà il DSM rinvia alla concezione delle cd. "*syndromes with unity*" (Poland et al. 1994, p. 241), secondo cui le categorie definite in base all'osservazione identificano generi naturali e cioè realtà cliniche. Tale concezione si basa sul postulato che tra il nome diagnostico e la sottostante categoria clinica esista una sorta di isomorfia, il che equivale a dire che esser riusciti a soddisfare alcuni criteri diagnostici significa allo stesso tempo aver inquadrato una nosografia. Ma spesso la medicina ha dimostrato che nomi diversi rimandano a una medesima patologia, così come segni appartenenti a una medesima categoria diagnostica si sono rivelati appartenere a patologie diverse.

3.3.4. Dubbia utilità clinica

Uno degli effetti dell'impostazione DSM è quello di produrre una troppo frequente diagnosi di comorbidità (*comorbidity*), ovvero di diagnosticare la presenza di più patologie in un solo individuo. Ciò deriva dalla mancata distinzione tra sintomi fondamentali e accessori (Sullivan & Kendler

Silvio Ciappi

1998): i sintomi in comune a due o più patologie vengono contati tra i criteri diagnostici di entrambe. Se, ad esempio, una patologia A è caratterizzata dai sintomi 1, 2, 3, 4, 5, 6, mentre quella della patologia B fa riferimento ai sintomi 1, 2, 7, 8, 9, 10, e la soglia diagnostica è di tre sintomi per ciascuna patologia, allora basterà che il paziente presenti i sintomi 1, 2, 3 ed uno dei sintomi di B perché gli vengano attribuite entrambe le patologie (cfr. First et al. 2002, p. 129).

Da aggiungere come il sistema DSM non permetta indicazioni prognostiche né indicazioni terapeutiche significative e ciò avviene in quanto la diagnosi così formulata non permette di individuare alcune caratteristiche più profonde ma si arresta a un'analisi superficiale, con possibilità di manipolazione dei sintomi stessi da parte del paziente.

3.4 Alcune proposte alternative

Una prima proposta alternativa al modello DSM è quella di prendere in considerazione una teoria *dimensionale*. L'ipotesi teorica dimensionale parte dal presupposto che il DSM e con esso tutti i sistemi di classificazione considerino i disturbi mentali come entità discrete, cioè come entità dai confini netti. Tutto ciò fa sì che il livello della comorbidità sia alto anche perché in un sistema nosografico-classificatorio è facile distinguere il disturbo dalla normalità. I teorici della dimensionalità affermano invece che esiste una sorta di continuum tra i vari disturbi, che quest'ultimi non sono nettamente separati tra loro e che i sintomi non costituiscono altro che alterazioni quantitative di tratti presenti in ciascuno (l'ansia non sarebbe che la dimensione patologica dell'apprensività: cfr. ad es. Kraemer, 2007). La critica alle proposte dimensionali sta nella loro a-causalità: le dimensioni riguardano solo il piano fenomenico e non forniscono indicazioni circa le cause.

Similmente, le *teorie eziopatogenetiche* partono dal presupposto che i sintomi patologici debbano essere ricondotti a processi fisici causali e che quindi abbiano una causa biologica. Una tipica espressione di tale opzione causalistica è il rapporto tra genetica, apprendimento e malattia mentale, secondo la quale tutti i processi mentali sono funzioni del cervello, a loro volta determinate geneticamente (cfr. ad es. Kandel, 1998). L'apprendimento o condizionamento sociale produce ulteriori alterazioni dei geni che determinano la configurazione delle interconnessioni tra neuroni nel cervello, e quindi tutto il comportamento, incluso quello sociale. Va da sé come tali modelli poggino su una concezione riduzionistica del funzionamento mentale e dell'eventuale disturbo: il riduzionismo deriva dalla concezione della scienza propria del modello nomologico-deduttivo neopositivistico, per cui le spiegazioni scientifiche sono argomenti che, da premesse che descrivono leggi di natura e condizioni antecedenti, arrivano a una conclusione che descrive il fenomeno. La spiegazione eziopatogenetica dei disturbi in chiave meccanicistica intende, pertanto, quest'ultimi come effetto di un danno presente in qualche componente o attività del meccanismo coinvolto: meccanismo che, in quanto locus di controllo, diventa il criterio definitorio del disturbo.

Esiste poi una ulteriore posizione, quella del *cognitivism post-razionalista* di Vittorio Guidano, che in psichiatria, e soprattutto nella sua componente applicativa forense, può essere utile allo scopo di impostare correttamente i termini della

comprensione della malattia e del cattivo funzionamento e adattamento sociale. Dal punto di vista filosofico il post-razionalismo parte dalla distinzione tra 'ontico' e 'ontologico'. Per Martin Heidegger tutto ciò che è ontologico fa parte del *Dasein*, della sfera dell'esserci, che non può essere oggettivata e ridotta quindi a una dimensione 'ontica' (come dire che l'uomo a differenza degli animali, non solo è oggetto tra altri 'oggetti', non solo 'è', ma anche si accorge di 'esserci', immerso nella sua temporalità). Il *self*, secondo Guidano (2010) avrebbe a che fare con una dimensione interna ('ontologica', aggiungo io), emotiva e una esterna, aperta agli altri, segnata dalla incessante gioco tra bisogno di appartenenza e necessità di demarcazione. La relazione osservatore-osservato si svolge all'interno di un processo circolare nel quale l'esperienza immediata e globale di sé e del mondo viene a ristrutturarsi in un processo continuo di rimodellamento e riordinamento. In sostanza, la coscienza diviene un processo ontologico nel quale il soggetto è capace di operare una distinzione tra l'Io che esperisce (l'esperienza immediata) e il Me che valuta e che dà senso, che "spiega" il vivere. Il Me è anche capace di valutare il giudizio degli altri, possiede cioè una teoria della mente, sa muoversi attraverso il gioco delle relazioni in corso. Nel lavoro psicoterapeutico non esiste un criterio di razionalità prefissato, ma questo va visto come un qualcosa di relazionale e concreto, che fa sì che il compito della terapia psicologica consista nella sua non direttività, cioè, semplificando, nel non inculcare nel paziente una concezione di normalità che *noi* riteniamo vera, contrabbandandogli i nostri valori di vita⁶. Un trattamento terapeutico o riabilitativo del soggetto non può che passare attraverso la ricostruzione di nuovi legami di senso col mondo⁷.

- 6 Il pensiero di Guidano si inserisce all'interno del *costruttivismo post-razionalista*, il quale mette in discussione la possibilità di una conoscenza 'oggettiva', in quanto sapere totale che rappresenti in modo fedele un ordine esterno indipendente dall'osservatore; la stessa osservazione diretta dei fenomeni non è più considerata fonte privilegiata di conoscenza obiettiva (in linea con gli assunti epistemologici di Maturana e Varela, 1985, secondo i quali si nega la possibilità di una conoscenza oggettiva della realtà indipendentemente dall'osservatore). Un concetto di fondamentale importanza nell'opera di Guidano è quello di *Organizzazione di Significato Personale*, concetto sganciato da un riferimento diretto a condizioni psicopatologiche e definito come semplice modalità di organizzazione della coscienza (sul punto vedasi Picardi e Mannino, 2001). Le organizzazioni di significato sono quattro: l'organizzazione depressiva (DEP), l'organizzazione fobica (FOB), l'organizzazione tipo disturbi alimentari psicogeni (DAP) e l'organizzazione ossessiva (OSS). Durante l'operazione di ricostruzione psicoterapeutica è possibile analizzare e prendere coscienza delle criticità del proprio vissuto e considerarlo non più come imm modificabile e oggettivo, ma bensì inquadralo all'interno delle quattro modalità o organizzazioni caratterizzate dal significato di "disconferma" (come avviene nelle organizzazioni DAP), di "imperfezione" (organizzazioni OSS), di "non controllo per mancanza di protezione o per costrizione" (organizzazioni FOB), e di "non valore personale e colpa" (organizzazioni DEP).
- 7 Anche in campo criminologico un simile atteggiamento decostruttivo della nosografia classica tradizionale e relativo a una maggiore apertura verso atteggiamenti antiepidemiologici ed ermeneutici lo ritroviamo in Ceretti (1992), Ciappi e Traverso (1996), Verde e coll. (2006), Verde e Barbieri (2010), Francia (2010), Merzagora (2011).

4. La riscoperta dello sguardo clinico e l'oscenità del sintomo

Tutto è portare a termine e poi generare. Lasciar compiersi ogni impressione e ogni germe d'un sentimento dentro di sé, nel buio, nell'indicibile, nell'inconscio irraggiungibile alla propria ragione, e attendere con profonda umiltà e pazienza l'ora del parto d'una nuova chiarezza

Rainer Maria Rilke, *Lettere ad un giovane poeta*

Abbiamo detto come il DSM, con la sua presunta ateoreticità, si proponga di semplificare la diagnosi psichiatrica e quindi si ponga come strumento eminentemente operativo; in realtà si è visto come rappresenti invece un manuale per niente affatto privo di presupposti teorici, anche se la sua posizione epistemologica corrisponde a quella del riduzionismo più estremo, cioè il funzionalismo operazionistico-radical. Caratteristica tipica di questa impostazione scientifica è l'estremo riduzionismo che porta a considerare l'esperienza nella sua più assoluta immediatezza, come riducibile a una concettualizzazione su base statistica. All'interno di questa prospettiva il sistema DSM diviene un modo di fare psicopatologia secondo formalismi descrittivi, ignorando totalmente le motivazioni profonde e le cause del disturbo, oltre alla visione personale del paziente e della sua storia. Tale impostazione non rappresenta una sintesi e un miglioramento della psicopatologia classica perché elimina sia l'impostazione epistemologica della psichiatria strutturalistico-riduzionistica basata sul principio dell'entità nosografica come definita da Kraepelin (che distingue nettamente tra fenomenologia psicopatologica e suo substrato neurobiologico), che la visione della psichiatria funzionalistica integrazionista che ha introdotto il concetto di sindrome psicopatologica per evitare le problematiche incontrate, nella pratica clinica, nell'applicazione di rigide entità nosografiche. La psichiatria accademica, con l'ausilio del DSM, ha quindi ridotto la nosografia psichiatrica a un mero inventario di quadri clinici senza giustificazione epistemologica. Questo atteggiamento riduttivistico ha investito anche le scienze forensi in quanto sia il criminologo che lo psichiatra forense hanno utilizzato sempre più la logica DSM nell'incontro con l'autore di reato, così riducendolo, sia in ambito peritale che in ambito penitenziario, a un mero oggetto di ricerca di sintomi. Si perde così la peculiarità di tale contatto: il colloquio con l'autore di reato costituisce infatti un momento ermeneuticamente complesso (cioè ricco di pregiudizi e pre-comprensioni) di incontro con l'Altro. Ho sempre creduto, infatti, che non basti per chi lavora in carcere e per mandato deve osservare e valutare le storie di vita altrui rifugiarsi nel candore di una pseudo-scientificità. Non basta adoperare i classici ferri del mestiere, i test psicologici, le scale di valutazione, le procedure stereotipate degli addetti al trattamento ed alla punizione: credo che occorra destrutturare l'importanza di tali strumenti, la loro arroganza nel predire, valutare, descrivere (cfr. Ciappi & Traverso, 1994). Occorre qualcosa di più: gli strumenti diagnostici e le procedure burocratiche servono tutt'al più come mezzo di appoggio. Spesso mi sono reso conto che tali strumenti possono costituire anche alibi per stornarci da una mole di lavoro e di fatica in più nell'entrare dentro al caso, alla situazione. Consideriamo, ad esempio, l'attività clinica di osservazione e valutazione legata al colloquio penitenziario o psichiatrico-

forense: in tale ottica il processo di acquisizione di conoscenze attraverso l'osservazione non deve essere pensato né come attività oggettiva né come attività descrittiva *tout court*, bensì come attività tipicamente "abduktiva", un susseguirsi di ipotesi e congetture su una certa regolarità di comportamento tramite una scelta tra possibili interpretazioni offerte da un oggetto di conoscenza che non può essere ridotto a oggetto *neutro*. Riemerge ancora una volta, prepotentemente, il problema della "diagnosi", nodo centrale dell'attività psicologica (sia clinica, sia forense): fare una diagnosi psicologica è cosa ben diversa dal descrivere un fatto o un comportamento sociale; in essa, infatti, confluiscono fattori soggettivi e sociali che condizionano fortemente i processi conoscitivi, limitando fortemente la possibilità, per il tecnico, di raggiungere una qualche purezza descrittiva. Per giunta, il discorso psicologico-psichiatrico non può essere qualificato come "vero" o "falso" (ovverosia non è linguaggio F-vero, usando la terminologia di Carnap). L'oggetto primo dell'attività del clinico, infatti, non ha a che fare con la soddisfazione del criterio di verità delle proposizioni, stabilendo connessioni tra *significato* e verifica empirica, piuttosto con l'utilizzazione di un linguaggio metaforico che pretenda di sondare il *sensu* nascosto delle cose; ricordiamo a questo punto la differenza di Frege tra significato (*Sinn*) e senso (*Bedeutung*), distinzione che attiene alla referenza (il senso è significato senza referenza); appare chiaro come la contrapposizione 'significato' vs 'senso' divenga contrapposizione anche tra un atteggiamento analitico e un atteggiamento ermeneutico. Pertanto, se di "scienza psichiatrico-forense" si vuol parlare, ci si riferirà con tale terminologia a una scienza interpretativa e valutativa, non riducibile a linguaggio descrittivo (qualificabile con i classici criteri del "vero" e del "falso"), ma pur sempre sottoponibile a giudizi di validità (mutuando l'uso del termine dai giuristi), in quanto il linguaggio psichiatrico-forense è logicamente derivabile ("valido" seguendo la terminologia di Carnap) dal meta-linguaggio psichiatrico, ovverosia da tutte quelle presupposizioni, diagnostiche e non, che stanno a monte dell'attività interpretativa e valutativa dello psichiatra forense e che costituiscono l'unica forma di referenza possibile del discorso psichiatrico-forense e criminologico clinico⁸. Fare diagnosi⁸ significa, in questa accezione, mettere in gioco, oltre alla com-

8 Come sostenuto da Ciappi & Traverso (1994 p.143): "In quest'ottica il processo di acquisizione di conoscenze che conduce alla osservazione non deve essere pensato né come attività oggettiva né come attività descrittiva *tout court*, bensì tipicamente "abduktiva", un susseguirsi di ipotesi e congetture su una certa regolarità di comportamento tramite una scelta tra possibili interpretazioni offerte da un oggetto di conoscenza che non può essere ridotto ad oggetto *neutro* di conoscenza. Infatti l'oggetto d'indagine clinica è molto spesso un oggetto pigro che vive sul "plusvalore di senso" introdotto dall'interprete che non si limita a descrivere l'oggetto ma lo avvicina secondo una prospettiva ideologica personale, parte integrante delle proprie conoscenze e competenze, interpretandolo, di conseguenza, con un margine largamente insufficiente di univocità semantica: la via che prende la diagnosi, davanti alla struttura "aperta" dell'oggetto di conoscenza, è quindi l'interpretazione (potremo anche chiamarla "attività semiotica") condizionata dal corredo selezionato di conoscenze che A tecnico, come membro portatore di un sapere e di un linguaggio specifico, possiede."

Silvio Ciappi

preensione verbale, tutte le forme di comprensione pre-verbali, in una sorta di 'compenetrazione' tra osservatore ed osservato. La diagnosi (seguiamo su tal punto le idee di Jaspers, Minikowsky, Blankenburg) è una sorta di percorso che va dal paziente all'analista, lungo il crinale pericoloso fra ciò che arbitrariamente definiamo come normalità e quella che definiamo patologia, e si basa sulla capacità empatica di immedesimarsi nell'esperienza dell'altro: oggetto della psicopatologia è infatti l'accadere psichico reale e cosciente, la comprensione dell'esperienza umana come categoria conoscitiva, come rapporto che la persona intrattiene con se stessa e col mondo. Centrale nelle concettualizzazioni che prevedono un ritorno della psichiatria a una dimensione clinica è quindi l'enfasi posta sulla relazione medico-paziente, e soprattutto una concezione del malato di mente (e autore di reato) non come semplice "marchingegno da riparare". La malattia costituisce, per dirla con Blankenburg (1971), la perdita dell'evidenza naturale del mondo, e al contempo il terreno in cui può svilupparsi un'attenzione diversa verso il mondo che può trasformare il soggetto. Ritornare a una prospettiva ermeneutica significa quindi recuperare un modo davvero "clinico" di fare psichiatria. Lo sguardo clinico ha infatti sempre più abbandonato la componente umanitaria fondata sulla comunicazione medico-paziente per attenersi all'oggettività esteriore dei dati: lo sosteneva già Karl Jaspers, e spesso ancor di più adesso accade che gli psicologi o psichiatri svolgano una mera attività nosografica, abdicando agli aspetti interpersonali della relazione, all'esame delle nebulose di senso che indirizzano 'abduktivamente' l'attività diagnostica⁹. Alla coscienza della malattia, che è uno stato soggettivo, subentra la conoscenza interpersonale e oggettiva del disturbo psichico o della malattia, l'unica di rilievo per il medico. Così la medicina, continuando a seguire l'approccio delle scienze esatte e in particolare della meccanica, ha portato all'equazione "uomo=macchina" (di conseguenza, "uomo malato=macchina guasta") e all'identificazione tra media statistica e normalità. Si ritorna qui al problema della definizione di fisiologia, normalità, salute, patologia, che sono concetti non totalmente oggettivabili. Certo, il fatto che si sia partiti dalla medicina come pratica artigianale, basata sull'accumulazione di singole esperienze e sui rapporti tra medico e paziente, per andare verso una medicina che si basa su procedure il più possibile obiettive e generalizzate, costituisce un progresso, anche se pare necessario evitare derive eccessivamente riduzionistiche. La nosografia psichiatrica attuale appare perfettamente riducibile a catene sintagmatiche, che si vogliono tra loro coerenti e asserragliate in un sistema chiuso e coerente, ma basato su prospettive molto remote dall'*ermeneutica simbolica*, implicita a mio parere nello statuto clinico della psichiatria e ancor più della psichiatria forense, dove la decifrazione del sintomo passa

9 Il movimento psicanalitico postfreudiano ha infatti allargato la trattazione del simbolo dall'onirico all'intero processo di formazione dell'identità del soggetto. La dimensione simbolica permea la relazione tra analista e analizzando in quanto seguendo ad esempio Cassirer (1923, p. 31), "simbolica" è qualsiasi attività che permetta la compenetrazione di un elemento sensibile (*materiale*) e di un elemento significativo (*spirituale*): le particolarità sensibili non rimangono isolate, ma si connettono in un'unità cosciente e solo da essa ricevono il loro significato.

attraverso lo sguardo, l'incrociarsi di almeno due prospettive, quella di chi valuta e cura e di chi ne è cliente, soggetti attivi nella costruzione di significati.

Riscoprire lo sguardo clinico, e con esso una criminologia clinica meno (presuntivamente) oggettiva e più (umanamente) soggettiva, coinvolge anche la nostra abilità nel sapersi relazionare all'altro, al perturbante (*das Unheimliche*), così definito da Sigmund Freud: "Il perturbante è quella sorta di spaventoso che risale a quanto ci è noto da lungo tempo, a ciò che ci è familiare" (Freud, 1980, p. 270).

Aderire a un'ottica umanistica significa anche auspicarsi il ridimensionamento di una concezione prettamente oggettivistica delle malattie, entità da inserire non solamente nel registro del corpo ma in quello del vissuto personale, che esprimono organizzazioni di significato che non si verificano nel soma ma nella vita del soggetto, nel qui e nell'ora. Il disturbo psichico, al di là della sua dimensione organica, è anche il precipitato di vissuti esistenziali (Galimberti, 2007): il fatto è che spesso il medico vede una "malattia" e il paziente sente un "dolore", una sofferenza, una perdita di senso: due cose diverse. Il dolore è un vissuto soggettivo che il paziente narra e non coincide col male soggettivo che il medico cerca. Spesso la rigidità del soggetto, l'aggressività, le sensazioni di inferiorità indeboliscono l'io, generando un profondo senso di colpa: così gli individui spesso appaiono vivere vite svuotate di senso, fedeltà a oggetti d'amore che non danno amore, legami capaci solo di creare stritolanti dipendenze (Carotenuto, 2004).

La medicina, e soprattutto la psichiatria e ancor di più la psichiatria forense, devono quindi riappropriarsi della loro componente filosofica, intendendo con tale terminologia una pratica di comunicazione ("*iatros philosophos isotheos*"). Nell'Ottocento la medicina era iscritta nelle scienze umane, e i medici studiavano anche la filosofia: Freud ha inventato la psicanalisi perché era andato a lezione da Franz Brentano, secondo cui alla base dei fenomeni psichici sta l'intenzionalità, termine che traduce l'*intentio* del filosofo tardoscolastico Guglielmo da Ockham e che indica la tensione verso l'oggetto, sempre reale, cui si riferiscono i fatti mentali. È lo stesso Freud in una lettera a Fliess ad affermare: "Da giovane non ero animato da altro desiderio che non fosse quello della conoscenza filosofica, e ora, nel mio passare dalla medicina alla psicologia, quel desiderio si sta avverando" (Freud, 1990, p. 187). Se guardiamo alla storia, è a partire dal 1750 in Inghilterra, da circa il 1800 in Francia e dal 1850 in Germania che si comincia a specificare "l'offerta terapeutica" per i devianti. In quel contesto si iniziano a creare istituzioni specializzate nelle quali gli individui che non potevano essere impiegati per il processo di produzione industriale vengono confinati: ospizi, case di cura, orfanotrofi, case speciali, case di educazione al lavoro, prigioni e le cliniche psichiatriche. Questa costituisce in fondo la nascita della psichiatria in Europa, una disciplina che aiutava a risolvere problemi di tipo sociale¹⁰. All'inizio nelle

10 Nella seconda metà del XVIII secolo in Inghilterra la psichiatria diventa scienza. Battie fonda nel 1751 una clinica psichiatrica e s'iniziano a classificare i sintomi psichiatrici. In Francia si celebra la liberazione dalle catene degli ammalati psichici grazie a Pinel. In Germania, Austria, Berlino e Vienna si costruiscono cliniche psichiatriche nelle quali si cominciano a separare i pazienti acuti

cliniche psichiatriche, accanto ai medici, c'erano anche altre figure (insegnanti, farmacisti, preti, filosofi, giuristi) che si occupavano della clinica e del trattamento degli ammalati. L'atteggiamento di base, rispetto agli ammalati era attivo, "pedagogico": venivano praticate la terapia del lavoro e parzialmente anche la terapia comportamentale, unitamente a pratiche come i bagni freddi, i bagni in vasca con anguille, e l'utilizzo di macchine che facevano perdere coscienza attraverso la rotazione veloce. Se fino all'ottocento inoltrato, quindi, la medicina era anche filosofia e motivi fisici, psichici e sociali erano ugualmente considerati allo scopo di spiegare le malattie psichiche, la visione unicamente somatica attuale porta invece tutta una serie di svantaggi legati alla svalutazione dell'aspetto soggettivo, personale del paziente psichiatrico a vantaggio dell'aspetto somatico, oggettivo, misurabile.

L'approccio descrittivo vigente, basato sulla sola enucleazione di segni e sintomi del paziente, si rivela insufficiente per una disciplina che si colloca tuttora con difficoltà nel panorama delle scienze biomediche: credo che non bastino più le classiche nosografie nelle quali abbiamo cercato rifugio come criminologi e psicologi. Il DSM IV agisce come un sapere prestabilito, rende efficiente il lavoro di diagnosi, ma risponde essenzialmente al desiderio del clinico di trovare una casellina diagnostica che corrisponda il più esattamente possibile ai sintomi del paziente.

Spesso il invece il "sintomo" è insidioso, pieno di chiaroscuri, sfida la visibilità delle cose e nasconde ciò che sta "fuori di scena" (*l'ob-scenum*). Ancor più occorre evitare l'ossessione nosografica e cercare di vedere il sintomo come metafora di una complessità esistenziale più vasta. Il *sintomo* è ciò che emerge attraverso il colloquio, attraverso la parola, la parola che è oggetto, la parola che è quindi in grado di manipolare la realtà, la parola che può anche spezzare la realtà che le corrisponde. E come sappiamo dagli apporti della psicologia dinamica e soprattutto dall'eredità del kleinismo, l'oggetto è potenzialmente sempre un oggetto *cattivo*, persecutore, un seno cattivo che si nega, e che si trasforma nel sintomo. Solo se si riesce a reintegrare questo oggetto cattivo nell'io, si è capaci di una buona tolleranza alla frustrazione. Reintegrare significa sostituire a un seno *cattivo*, un seno *assente* e a un seno assente, il *desiderio* del seno (cfr. Carotenuto, 2004). Reintegrare e trasformarsi attraverso la parola significa far luce sulla penombra dei ricordi, delle proprie storie e iniziare a guardare il sintomo come metafora di tutta una vita, che è in fase di attesa, che è *chaos* disgregante ed esperienza del vuoto, frammento percettivo non ancora interpretato, che non è ancora *kosmos*, non è ancora riparazione e fiducia verso quella madre totale che è la realtà. In questo senso il sintomo viene a rappresentare l'*eccesso di normalità*, un funzionamento della psiche normale in via di ristrutturazione, non più simbolo di malattia.

È basandosi su queste concezioni che è utile analizzare i reati di oggi, in particolar modo la delittuosità violenta. Spesso però i comportamenti delinquenti dell'oggi sono di una opacità irrimediabile: atti senza un immediato mo-

da quelli cronici. Nel 1845 Griesinger descrive gli aspetti fisici e psichici, soggettivi ed oggettivi, ideologici e materiali della malattia psichica. Egli sviluppa anche l'ipotesi di curare gli ammalati psichici preferibilmente nel loro ambiente.

vente, che si impongono allo "sguardo" pubblico solo in virtù del gesto deviante: espressione di aggressività e pulsione di morte che all'improvviso esplodono, facendo deflagrare persone che sino a un momento fa avremmo giudicato normali, bravi studenti, integerrimi madri e padri di famiglia.

5. Verso una psicopatologia del vuoto. Conclusioni

Probabilmente la sofferenza più grande nel mondo è quella delle persone normali, sane o mature.

(Winnicott, 1988, p. 89)

Spesso i delinquenti che non siano marcatamente segnati da disturbi psichici ci invitano a entrare nel loro essere-nel-mondo se vogliamo capire di più e meglio il perché dei loro gesti. Provo a fare un esempio. Nelle nostre società del dominio è un imperativo categorico mostrarsi "forte" saper affermarsi e dominare sugli altri. È questo ciò che ti insegnano la scuola, il mondo del lavoro, la pubblicità ingannevole dei *media*. L'importante è vincere: spesso succede che in questa etica ed estetica del dominio l'essere *all'altezza* costi all'individuo quote inconse di paura. Innanzitutto gioca qui il ruolo della paura di scivolare un giorno nel novero dei perdenti: ciò che è davvero importante è però il sapersi confrontare con le proprie fragilità. Anche la condizione del vincente a ben pensare può essere grave quanto quella di chi fallisce: il trionfo recide ogni legame con le proprie fragilità e complessità. In questo senso, l'etica del trionfo e del dominio è distruttiva (Benasayag & Schmit, 2007): se vogliamo far capire l'inutilità della scelta deviante, dobbiamo per esempio aiutare il giovane adulto a uscire dalla logica del dominio, andare aldilà della clinica della persona (in cui l'individuo, attraverso una diagnosi puramente sintomatica e classificatoria, viene sezionato e visto come un catalogo di sintomi psicologici e sociali), aiutarlo a ristabilire nuovi legami di senso col mondo, e farlo ridiventare consapevolmente fragile, insegnargli che gli insuccessi non sono carta straccia da buttare via, che la minaccia del futuro (incerto) può essere uno stimolo a vivere meglio il presente, non a cercare scoriaioie per vivere meglio in una società caratterizzata dalla lotta economica di tutti contro tutti (Bauman, 2003a). Questo è almeno ciò che spesso mi trovo a ripetere ai ragazzi e giovani adulti autori di gesti folli o "banalmente" cattivi (rimando in questa locuzione avverbale al celebre e importante libro di Hannah Arendt, *La banalità del male*).

Il discorso riguarda però il sistema sociale in generale. Prima pensavamo che fossero le idee politiche e sociologiche a dirci perché viviamo in questo mondo, cosa possiamo fare per cambiarlo e quali interpretazioni dare. Adesso le grandi spiegazioni filosofiche lasciano un po' sempre il tempo che trovano. Forse perché l'uomo è sempre meno politico e sociale e sempre più individuo che fa parte a sé e comunica poco col gregge di riferimento. Ecco perché sono di gran moda le religioni orientali, i manicheismi (la tendenza a scindere la realtà in "tutto bene" e "tutto male"), i fanatismi religiosi, in breve l'intolleranza. Questo perché le fedi ci danno un senso di comunità, di appartenenza, un "centro di gravità permanente che non ci faccia mai cambiare idea", per parafrasare una celebre canzone di Battiato. Pullulano le psicoterapie, le filosofie *new age*, le tribù costituite da aggregazioni temporanee di individui (di "sciami"

Silvio Ciappi

come efficacemente le definisce Zygmunt Bauman, 2003b), tenute insieme solo da fini e aspirazioni temporanee. Viviamo anche nel grande mondo caratterizzato da depressioni di massa, soprattutto da depressioni e solitudini non dichiarate, non cliniche, non morbose. Da forme di disagio che non derivano da stati psicologici alterati ma da condizioni esistenziali di inutilità, di rabbia e sgomento.

Viviamo, afferma Umberto Galimberti (2007), nell'epoca delle passioni tristi, della tristezza e del disagio per un mondo incomprensibile, il cui senso ci è lontano, in una giungla dove per poter sopravvivere non occorre prendersi cura di se stessi, non pensare al futuro, ma sopravvivere. Il futuro nella giungla è sempre una minaccia. Ecco perché gli studi degli psicologi sono pieni di gente che non è malata, e le carceri sono piene di assassini che non sono criminali: è gente che esprime il sentimento di vuoto dell'oggi dovuto allo sgretolamento del nostro conglomerato ereditario, overosia di tutte quelle credenze e quei miti che avevamo in serbo. Anche la prospettiva scientifica, la *technè*, se da un lato funziona, offre dei risultati, dall'altro è incapace di dare un senso alle cose (Galimberti, 2007). E quindi si manifesta l'angoscia diffusa, emergono le ansie irrazionali alimentate anche dall'irrigidirsi di tutte le credenze, di tutte le religioni in dogmi inconfutabili. Sembra di muoversi in un'epoca simile all'ellenismo, quando il vuoto lasciato dai precedenti culti religiosi venne colmato con la diffusione di pratiche magiche, astrologiche, amuleti, dalla paura degli spiriti maligni, dei vampiri, dei demoni: tutti iniziarono a sentirsi più spaesati e bigotti, convinti che il mondo fisico fosse governato da potenze malvage. L'individuo, impaurito dal fardello delle proprie responsabilità quotidiane, preferì, come sostiene Eric Dodds (2003), voltare le spalle alla propria libertà intellettuale e rifugiarsi nell'irrazionalità, nei responsi degli oracoli caldei, nel pensiero gnostico e nei culti misterici orientali. Anche oggi il disincanto dal mondo ha prodotto un vuoto nella ricerca continua dell'uomo di dare un "senso" alle cose (Ciappi, 2007, 2010). Da oltre venti anni faccio questo mestiere: vedere persone con problemi, problemi seri, per poi ricavarne una impressione che altri trasformeranno in una valutazione legale. La mia "clientela" negli ultimi anni si è andata però trasformando se fino a ieri era facile "codificarla", in quanto erano persone diverse da noi, oggi questo criterio è venuto meno. La distanza tra me e loro, tra noi e loro si è abbreviata, accorciata, enormemente. I miei clienti ci stanno sempre di più assomigliando. E la cosa è grave. Almeno dal mio punto di vista. E allora viene da dire che forse dobbiamo recuperare lo sguardo clinico non solo sui cosiddetti pazienti o sui folli ma su un'intera parte di società, in cui siamo immersi tutti, fino al collo.

Me lo immagino allora così, il dottor Pinel, se per un attimo potessimo farlo rivivere oggi, confuso in una complessità dove esiste una continuità simbolica tra normalità e devianza, dove "quelli là", quelli che commettono delitti e dichiarati folli solo "ex post", non sono marziani venuti da un altro mondo. Me lo immaginerei con il suo cappello a larghe falde e il passo sicuro. Lo sguardo basso e torvo. Li guarderebbe questi piccoli nostri mostriciattoli, di Cogne, Erba, Perugia, Avetrana, Ascoli Piceno, frutto non della urbanizzazione ma del quieto vivere della provincia, di piccole città, che poi si rivelano bastardi posti. E allora il dottor Pinel, mentre si farebbe largo tra i giornalisti e i riflettori, penserebbe che non c'è forse nessuna catena dalla quale liberare questa massa di persone insignificanti.

Richiuderebbe la cella, li guarderebbe con la pietà di sempre ma con meno empatia. Poi lento lento si incamminerebbe nella città, sotto i lampioni, tra gli schizzi di fango e le luci al neon di un bar. E penserebbe che è facilissimo essere cattivi oggi. Penserebbe che i tanti piccoli autori di omicidio di cronaca non odiano, semplicemente non provano niente, e quando non provi niente la vita e la morte sono concetti mutuabili, si può pensare di uccidere per qualsiasi motivo, anche ridicolo. E per un attimo proverebbe paura anche del buio, della città e dei suoi quartieri, della periferia ma anche dei palazzi del centro, anche del cane che gli attraversa la strada e che quatto quatto gira veloce l'angolo.

Bibliografia

- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1, 108-112.
- Aragona, M. (2006). *Aspettando la rivoluzione: Oltre il DSM-V: le nuove idee sulla diagnosi tra filosofia della scienza e psicotologia*. Roma: Editori Riuniti.
- Benasayag, M. & Schmit, G. (2007). *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli.
- Bauman, Z. (2003a). Questioni sociali e repressione penale. In S. Ciappi (Ed.), *Periferie dell'impero: Poteri globali e controllo sociale* (pp. 57-68). Roma: Derive/Approdi.
- Bauman, Z. (2003b). *Intervista sull'identità*. Roma-Bari: Laterza.
- Blankenburg, W. (1971). *La perte de l'evidence naturelle*. Paris: PUF (trad. it. *La perdita dell'evidenza naturale*, Raffaello Cortina, Milano, 1998).
- Carotenuto, A. (2004). *Le lacrime del male*. Milano: Bompiani.
- Cassirer, E. (1979). *Sulla logica delle scienze della cultura*. Firenze: La Nuova Italia.
- Ceretti, A. (1992). *L'orizzonte artificiale: Problemi epistemologici della criminologia*, Padova: Cedam.
- Ciappi, S. & Traverso, G.B., (1994). La Voce universale ed il Contesto critico. Fondamenti teorici e pratiche di fondo in criminologia e psichiatria forense. In Ceretti A., & Merzagora I., *Questioni sull'imputabilità* (pp. 89-98). Padova: Cedam.
- Ciappi, S. (1997). L'isola che non c'è. Riflessioni sul trattamento penitenziario e sul ruolo dell'esperto criminologo. *Rassegna italiana di criminologia*, IV, 421-450.
- Ciappi S. (2003). La costruzione del ghetto. Appunti di criminologia critica. In S. Ciappi (Ed.), *Periferie dell'Impero. Poteri globali e controllo sociale* (pp. 102-116), Roma: Derive/Approdi.
- Ciappi, S. (2006). Vuoti a perdere, ovvero sulla condizione giuridica e sociale dello straniero in carcere. *Quaderni di sociologia*, L, 40, 87-98.
- Ciappi, S. (2008). *La Nuova Punitività: Gestione dei conflitti e governo dell'insicurezza*. Soveria Mannelli: Rubbettino.
- Ciappi, S. (2009). Qualifying elements of a good practice: some intervention praxis of inclusion and treatment with young offender in Italy. In Martinez I. A., Lopez G.G., & Becerra L. O. *La Nueva Justicia Integral para Adolescentes* (pp. 34-56), Città del Mexico, Messico: Editora por Federacion Mexicana de Medicos y Peritos en Ciencias Forenses.
- Ciappi, S. (2010). *Il vuoto dietro: Esercizi di anticriminologia*. Soveria Mannelli: Rubbettino.

Le catene di Pinel: pratiche riflessive della criminologia e della psichiatria forense

- Ciappi, S. & Traverso, G.B. (1994). La Voce universale ed il Contesto critico. Fondamenti teorici e pratiche di fondo in criminologia e psichiatria forense. In Ceretti, A. & Merzagora, I., *Questioni sull'imputabilità* (pp. 34-49), Padova: Cedam.
- Ciappi, S. & Traverso G.B. (1996). Criminologia e Retorica. Considerazioni epistemologiche e semiotiche sul linguaggio psichiatrico-forense e criminologico. *Rassegna Italiana di Criminologia*, VI, 1, 58-74.
- Dewey, J. (1967). *Come pensiamo*. Firenze: La Nuova Italia.
- Dodds, E. (2003). *I greci e l'irrazionale*. Milano: Sansoni.
- DSM IV-TR. (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition Text Revision (DSM-IV-TR), American Psychiatric Press, Washington. (tr. it., DSM IV-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 2002).
- First, M. B., Bell, C. C., Cuthbert, B., Krystal, J. H., Malison R., Offord, D. R., Reiss, D., Shea, M. T., Widiger, T., Wisner & K. L. (2002). Personality disorders and relational disorders. In Kupfer D., First M. & Regier D. (Eds.). *A research agenda for DSM-V* (pp.123-199), Washington: American Psychiatric Publishing.
- Foucault, M. (1998). *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*. Milano: Rizzoli.
- Francia, A. (2010). *Il delitto raccontato. Una lettura criminologica delle novelle di Guy de Maupassant*. Milano: Franco Angeli.
- Freud, S. (1980). Il perturbante. In Freud S. *Saggi sull'arte la letteratura, il linguaggio*. Vol. I. Torino: Bollati-Boringhieri.
- Freud, S. (1990). *Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1904*. Torino: Boringhieri.
- Galimberti, U. (2007). *L'ospite inquietante: Il nichilismo e i giovani*. Milano: Feltrinelli.
- Gadamer, H. G. (1983). *Verità e Metodo*. Milano: Bompiani.
- Garland, D. (2000). The new criminologies of everyday life. In Von Hirsh A. (Ed.). *Ethical and Social Issues in Situational Crime Prevention* (pp. 98-131), Oxford: Hart Publishing.
- Garland D. (2004). *The Culture of Control*. Oxford: University Press (tr.it., *La cultura del controllo*, Il Saggiatore, Milano).
- Graham, G. & Stephens, L. (Eds.) (1994). *Philosophical Psychopathology*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Guidano, V. (1988). *La complessità del Sé*. Torino: Boringhieri.
- Guidano, V. (1992). *Il Sé nel suo divenire: Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Boringhieri.
- Hempel, C.G. (1965). *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*. New York: The Free Press.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Kandel, E.R. (2007). *Psichiatria, psicoanalisi e la nuova biologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Klerman, G., Vaillant, G., Spitzer R. & Michels R. (1984). A debate on DSM-III: The advantages of DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 141, 539-553.
- Kraemer, H.C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International journal of methods in psychiatric research*, 16, 1, 8-15.
- Laub, J. H., & Sampson, R. J. (2003). *Shared beginnings, divergent lives: Delinquent boys to age 70*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Maalouf, A. (1999). *L'identità*. Milano: Bompiani.
- Margara, S. (2004). *Bozza di riforma del nuovo codice dell'esecuzione penale*, consultabile nel sito www.ristretti.it.
- Maturana, H.R., & Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione: La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio.
- Merzagora, I. (2011). De servo arbitrio, ovvero: le neuroscienze ci libereranno dal pesante fardello della libertà?. *Rassegna Italiana di Criminologia*, V, 1, 7-17.
- Moffitt, T.E. (2006). Life-coursepersistent versus adolescent-limitedantisocialbehavior. In Cicchetti, D. & D. Cohen (Eds.). *Developmental psychopathology* (pp. 201-243). New York: Wiley.
- Monahan, K., & Piquero, A. R. (2009). Investigating the longitudinal relation between offending frequency and offending variety. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 653-673.
- Mulvey, E. P. (2004). Theory and research on desistance from antisocial activity among serious juvenile offenders. *Youth Violence & Juvenile Justice*, 2, 213-236.
- Nagin, D. S., & Piquero, A. R. (2010). Using the group based trajectory modeling to study crime over the life course. *Journal of Criminal Justice Education*, 21, 105-116.
- Nannini, S. (2007). *Naturalismo cognitivo: Per una teoria naturalistica della mente*. Macerata: Quodlibet.
- Pavarini M. (1995). Oltre il carcere: note critiche sui rapporti tra carcere e società civile. In Martelli A., & Zurla P. (Eds.), *Il lavoro oltre il carcere* (pp. 34-42), Milano: Franco Angeli.
- Picardi, A., & Mannino, G., (2001). Le organizzazioni di significato personale: Verso una validazione empirica. *Rivista di Psichiatria*, 36, 4, 24-28.
- Piquero, A. R., Farrington, D. P. & Blumstein, A. (2007). *Key issues in criminal careers research: New analyses from the Cambridge study in delinquent development*. New York: Cambridge University Press
- Piquero, A. R., Hawkins, J. D. & Kazemian, L. (2011). Criminal career patterns between adolescence and emerging adulthood. In Loeber, R. & Farrington, D.P. (Eds.), *Transitions from juvenile delinquency to adult crime: Criminal careers, justice policy and prevention* (pp. 201-223). New York: Oxford university press.
- Poland, J., Von Eckardt, B. & Spaulding, W. (1994). Problems with the DSM Approach to Classifying Psychopathology. In Graham, G. & Stephens, L. (Eds.). *Philosophical Psychopathology* (pp. 67-78). Cambridge, MA: MIT Press.
- Radden, E., (2004) (Ed). *Philosophy of Psychiatry. A Companion*. Oxford: Oxford University Press.
- Raineri, P. (1989). *Diagnosi clinica: Storia e metodologia*, Roma: Borla.
- Santoro, E. (2002). Le politiche penali dell'era della globalizzazione. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, VI, 3, 245-267.
- Sirgiovanni, E. (2008). Il DSM e la Psichiatria occidentale. Quali auspici futuri per la classificazione dei disturbi mentali. *L'Arco di Giano*, 57, 125-138.
- Sullivan P. F. & Kendler K. S. (1998). Typology of common psychiatric syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 173, 312-319.
- Verde, A., Angelini, F., Boverini, S. & Majorana, M. (2006). *Il delitto non sa scrivere: Analisi narratologica della perizia psichiatrica*, Roma: DeriveApprodi.
- Verde A. & Barbieri C. (2010). *Narrative del male: Dalla fiction alla vita, dalla vita alla fiction*. Milano: Franco Angeli,
- Wacquant, L., (2003). Il ritorno del represso. Violenza, razza e dualizzazione in tre società avanzate. In S. Ciappi, *Periferie dell'Impero. Poteri globali e controllo sociale* (pp. 112-124), Roma: Derive/Approdi.
- Winnicott, D.W. (1988). *Sulla natura umana*. Milano: Raffaello Cortina.