

CRIMINOLOGIA CLINICA

02

*Roberto Catanesi
Felice Carabellese
Giuseppe Troccoli*

**“QUANDO, AD UCCIDERE,
SONO BRAVI RAGAZZI.
PSICOPATOLOGIA
O PATOLOGIA SOCIALE?”**

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno 11 - n. 2 - 2008

Svariati episodi di cronaca, negli ultimi anni, hanno conquistato di diritto, per la loro violenza, le prime pagine dei giornali ed hanno visto minori o giovani adulti protagonisti di vicende eclatanti, di fatti di sangue violenti ed apparentemente incomprensibili. È a questi che si rivolge la nostra riflessione, al minore – o al giovane – non coinvolto in attività delinquenziali stabili, non appartenente a famiglie criminali, a giovani che a prima vista appaiono adattati, sorretti da famiglie formalmente integrate, partecipi, anche economicamente non svantaggiate. Ragazzi che vanno a scuola, magari con buoni risultati, che sono integrati nel gruppo dei pari, che sfuggono, cioè, a tutti i criteri che usualmente rendono ragione di comportamenti criminali.

In questi casi, allo stereotipo del delitto frutto del disadattamento e condizionato da cause sociali si sostituisce con eguale rapidità quello dell'autore del delitto affetto da una qualche forma di patologia mentale; non a caso in tutte queste occasioni quasi scontato è il ricorso all'accertamento peritale psicologico e psichiatrico, che formalmente nasce per la valutazione dell'imputabilità ma che fra le righe contiene al perito la domanda: è folle?

È quesito che a volte cerca solo una conferma, a volte nasconde dubbi, ma che in alcuni casi – specie quando a commettere delitti efferati sono per l'appunto minori – appare quasi una speranza. Una speranza perché lo sconcerto per l'orrore di alcuni gesti, per la incomprensibilità di taluni delitti fanno crescere la voglia di ricercarne la motivazione nella follia, fanno lievitare il desiderio di attribuzione del delitto ad una malattia della mente. Si tratta di meccanismo psicologico noto in letteratura criminologica e diffuso in tutti i contesti.

Questa voglia di spiegare – non tutti – ma alcuni delitti con la follia diviene ben percepibile ogni qual volta l'autore di reato non corrisponde allo stereotipo del delinquente, quando la motivazione apparente al reato è futile, distante cioè dalle aspettative “normali”, quando il delitto è difficilmente comprensibile, accettabile, nei termini di logica comune, o ancora se l'omicidio è particolarmente efferato. In tutti questi casi si ritiene, appunto si spera, che sia “*una roba da pazzi*”, perché solo un malato, o al massimo un anomalo, può commettere simili reati. Se poi i responsabili di tali delitti sono minori, o comunque giovani, allora l'esigenza si fa massima. Esigenza talvolta assecondata perché psichiatria e psicologia non hanno difficoltà a spiegare e classificare un comportamento violento entro una casella nosografica, magari creata ad hoc, per l'occasione.

Abbiamo citato termini come minori e giovani, ma forse il secondo è preferibile perché giovane è espressione che comprende una zona d'età delimitata in modo più elastico, un modo di essere psicologico che prescinde dall'aver compiuto il 18 anno di età.

Si diceva del “desiderio” di attribuire la responsabilità del delitto alla “follia”, desiderio che diviene pressante quando autori di delitti, di delitti efferati, sono giovani “*per bene*”, non problematici, non drogati, bravi figli di famiglia insomma, che uccidono senza motivi apparenti, senza giustificazioni facilmente comprensibili. Sono questi delitti che ci mettono in crisi perché di fronte a questi gesti la distinzione che ognuno di noi ritiene di avere ben chiara in sé fra bene e male diviene sfuggente e, problematica diviene anche la risposta (trattamentale e sociale) a questi eventi. La sensazione che ne deriva è di malessere, a volte anche un po’ carico di angoscia.

Da questo mix di sentimenti, fatto di incredulità, smarrimento, incomprendimento e forse anche un po’ paura, nessuno è escluso, dunque neppure i protagonisti del processo, ed a volte tutto ciò si trasforma in una pressione impalpabile ma incombente sul perito.

A questi sentimenti si tende a far fronte con una spiegazione che, come si diceva, ha come risultato immediato l’allontanare il male da sé, mantenere la rassicurante distinzione fra buoni e cattivi, distinzione che in una visione medica, psichiatrizzante del comportamento umano, si trasforma in una netta separazione fra sani e folli. Lo scopo evidente è quello di tranquillizzare il nostro mondo, quello dei “normali”, sul fatto che solo un folle potrebbe comportarsi così.

E invece, nella maggior parte dei casi, così non è.

Sappiamo difatti, per esperienza e studi, che non vi è relazione diretta e lineare fra violenza efferata, gratuita, apparentemente incomprensibile e patologia di mente. Questa può comparire in alcuni delitti ma non è la regola. Lo stereotipo che vuole l’autore del delitto brutale, crudele, affetto da una qualche forma di patologia mentale per lo più non regge il confronto clinico.

Come si sa infatti, vista l’attenzione quasi morbosa con cui certi delitti vengono seguiti dai media, buona parte degli accertamenti peritali disposti in casi simili si conclude con un giudizio di conservata imputabilità.

Ma perché uccidono, allora?

Questa è una domanda che non può essere formalmente posta ad un perito, ma è evidente che dietro il quesito sull’imputabilità venga chiesto in filigrana all’esperto di dare una spiegazione in ordine ad un delitto che non risponde alla logica abituale, che non segue cioè i binari classici del “ *sesso, denaro e potere*”.

Dietro la richiesta di descrizione della capacità di intendere e di volere vi è quella – non formale – di sapere qualcosa di più, di comprendere il percorso mentale che ha condotto al progetto ed alla esecuzione del delitto.

Si attende una chiave interpretativa dei fatti.

È per questo motivo che, anche quando la malattia apparentemente “non si vede”, quando mancano del tutto elementi di sospetto dell’esistenza di patologia mentale preesistenti al delitto, quando cioè apparentemente non

vi sarebbero elementi per richiedere una perizia psichiatrica, questa viene disposta egualmente.

È esperienza comune, difatti, che si addivenga a perizia psichiatrica non solo quando chiari, o documentati, siano gli elementi di disturbo mentale ma anche in tutti i casi giudiziari che si caratterizzano per particolare violenza, ferocia, per gratuità del delitto o semplicemente quando le usuali categorie di comprensione dei fatti non siano sufficienti a dare risposte.

Si diceva prima, ma perché uccidono, allora?

Difficile fornire risposte definitive.

La complessità dell'argomento non consente difatti semplificazioni e soprattutto impone molta prudenza verso quelle "idee" che sembrano poter, con un solo colpo, chiarire tutto l'oscuro che circonda questi delitti, dipanare in un battito l'intreccio complesso dell'animo umano.

Ci sembra opportuno, nel procedere, tracciare linee entro cui organizzare alcune riflessioni che riguardano gli aspetti psicopatologici più frequenti nei giovani, quindi qualche osservazione sulla personalità degli adolescenti, sul contesto sociale in cui sono immersi, sulle famiglie.

Prima ancora, tuttavia, chiediamoci se è vero, come sembra di percepire, che il numero di omicidi attribuibili a minori sia in aumento, se quello che abbiamo di fronte sia un fenomeno in crescita oppure se si tratta solo di dinamiche qualitativamente diverse.

2 • Le dimensioni del fenomeno

Abbiamo esaminato l'andamento del numero di omicidi commessi da minori nell'ultimo decennio disponibile secondo i dati ufficiali dell'ISTAT¹.

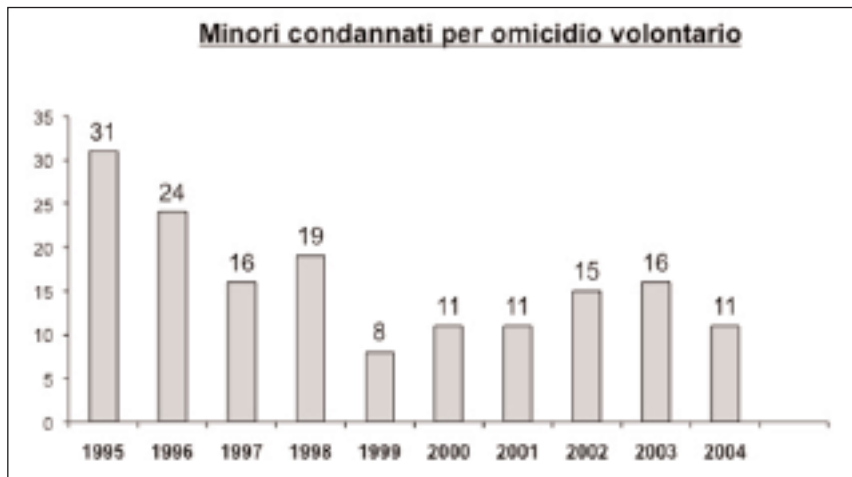
Il numero di minorenni condannati per omicidio volontario in questo arco di tempo non sembra aumentare, anzi potrebbe dirsi in diminuzione. Si passa difatti dai 31 minori condannati per omicidio volontario del '95 agli 11 del 2004. Il trend quindi, come si coglie agevolmente dalla Tav. 1, non è indicativo di alcun tipo di incremento numerico.

Naturalmente questi numeri comprendono anche omicidi potenzialmente ascrivibili a contesti delinquenziali, nei quali il ruolo del minore è condizionato da quello di adulti. Il tentativo di scorporare i casi denunciati in correatà con adulti, stimando questi ultimi almeno potenzialmente riconducibili a diversa matrice motivazionale, non ci è stato tuttavia possibile perché dall'anno 2000 l'ISTAT ha variato la metodologia di raccolta dati. Attualmente i dati che pervengono all'Istat sono estratti dal sistema in-

1 ISTAT Statistiche giudiziarie penali, anni 1995-2004.

formativo Re.Ge. (Registro Generale) installato presso le procure dei Tribunali dei minorenni e non prevedono la circostanza della correttezza, che veniva invece rilevata con il vecchio modello cartaceo.

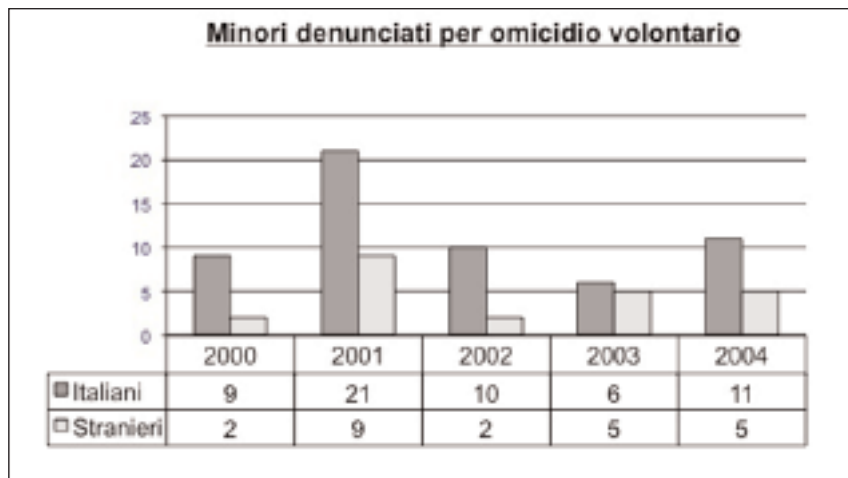
Tav. 1



(fonte ISTAT anni: 1995-2004)

L'ultimo dato disponibile è quello relativo al 1999, da cui si ricava che circa il 50% dei delitti di minori avvenivano in correttezza con adulti. Se si tiene conto che la media annua di minori condannati per omicidio nel quinquennio 95-99 è 19,6, un ruolo "esclusivo" di minori vi sarebbe in circa 10 casi l'anno. La media del secondo quinquennio (2000-2004) è poi molto più bassa, pari a 12,8 delitti annui, e se trattassimo questo dato in egual modo i casi di minori che avrebbero ucciso senza la complicità con adulti sarebbero solo 6 l'anno. In ogni caso, anche a voler considerare tutti gli omicidi commessi da minori, quel che può dirsi è che non c'è ragione per ritenere in atto un aumento del fenomeno, mentre è possibile che un cambiamento può riguardare le forme con cui si presenta.

Esaminando dati provenienti da altre fonti (EURES-ANSA), e con la doverosa premessa che sono raccolti con altra metodologia, può comunque dirsi che un dato balza subito agli occhi ed è la rappresentatività dei minori stranieri.



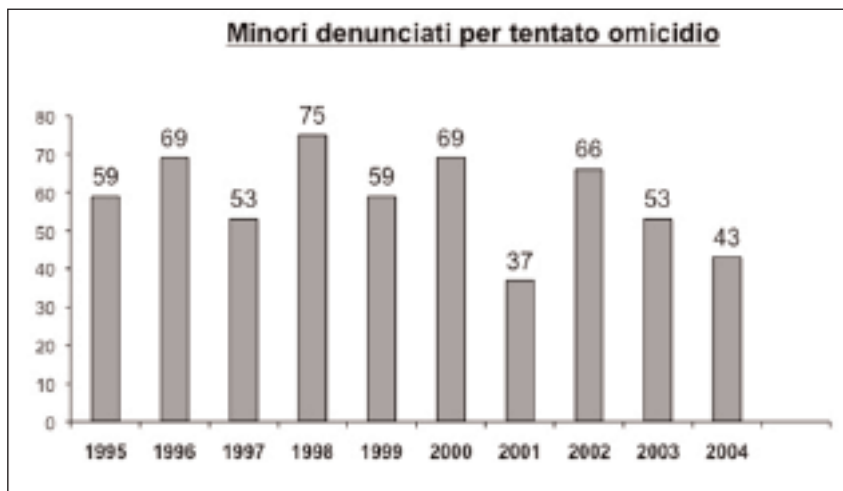
(fonte EURES anni: 2000-2004)

Sottolineando che si tratta questa volta di minori denunciati e non condannati, va detto che emerge una percentuale di minori stranieri davvero elevata (media nel quinquennio 28,34%), con picchi (2003) pari quasi al 50% del dato totale. La percentuale degli stranieri è ovviamente quanto mai rilevante se si tiene conto della diversa rappresentatività di popolazioni presenti in Italia, ma va collocata entro più ampie dinamiche sociali, visto che percentuali egualmente alte (23%) si rilevano analizzando il numero di adulti stranieri denunciati per omicidio.

Torniamo all'obiettivo della nostra riflessione.

Abbiamo a questo punto ritenuto utile ampliare l'indagine ai tentati omicidi, vista la sostanziale vicinanza fenomenologica – e più spesso anche motivazionale – fra i due comportamenti delittuosi. Anche questo andamento – come si vede dalla tav. 3 – non segnala cambiamenti apprezzabili: dai 59 casi di minori denunciati per tentato omicidio del '95 si giunge difatti ai 43 nel 2004.

Tav. 3



(fonte ISTAT anni: 1995-2004)

In sostanza i due andamenti (omicidio/tentato omicidio) escludono che si sia in presenza di una recrudescenza numerica della più grave delittuosità minorile.

Chiara risulta anche la ripartizione geografica. I minori condannati per omicidio volontario, prendendo quale riferimento le suddivisioni Istat (Nord, Centro, Meridione con le Isole) per il quinquennio 2000-2004 sono così distribuiti: Nord: 20,3%; Centro 12,5%; Sud e Isole 67,2%. Qui i dati parlano da soli.

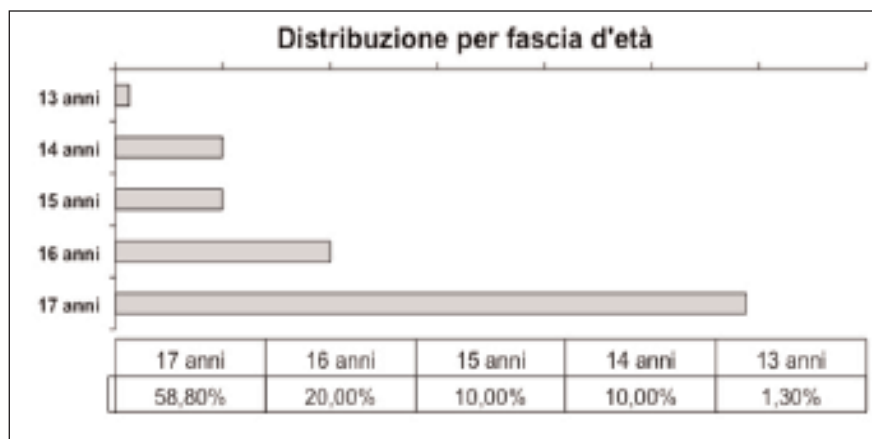
Le risultanze dell'indagine condotta da EURES-ANSA per lo stesso periodo 2000-2004 – riferite tuttavia ai denunciati e non ai condannati – confermano la preponderanza delittuosa delle regioni meridionali ma con proporzioni ben diverse: Nord 22,6%; Centro 10,1%; Sud + isole 37,6%, avendo scorporato un rilevante 28,8% di omicidi attribuiti a minori stranieri². Del tutto agevole poter immaginare che incidano su questi numeri condizioni di marginalità sociale e culturale presenti nel Sud, come pure la presenza della criminalità organizzata (Occhiogrosso, 1993). In realtà i dati Eures indicano che omicidi commessi da minori in qualche modo legati alla criminalità organizzata sono complessivamente in Italia solo il 7,5% men-

2 Eures-Ansa: Lombardia 17.5%; Piemonte 3.8%; Veneto 1.3%; Lazio 6.3%; Abruzzo 2.5%; Molise 1.3%; Sardegna 3.8%; Sicilia 13.8%; Campania 12.5%; Puglia 5%; Calabria 2.5%; N.D. 1.3%; Stranieri 28.8%

tre il contesto più ricorrente di omicidio minorile è – dopo la criminalità occasionale o comune (36.3%) – proprio la famiglia (20%).

Quanto al profilo dell'omicida si tratta per lo più di maschi (91,3%) che non avevano sino ad allora alcun precedente penale (82,5%), oramai fuori dalla scuola (91%), vicini alla maggiore età. Sia le fonti Istat³ che Eures (Tav.4) rilevano difatti percentuali decisamente più alte di denunce di omicidi nei diciassetenni, con decrescere numerico progressivo per età.

Tav. 4 – Omicidio Minorile



(fonte EURES anni: 2000-2004)

Da questi dati è possibile estrarre alcune semplici considerazioni: la prima è che nella maggior parte dei casi i delitti dei minori sembrano inserirsi in un contesto socio-culturale caratterizzato dal coinvolgimento in attività delinquenti con adulti, legati più spesso alla criminalità comune, che tocca minori che sono rapidamente usciti dal circuito scolastico; la seconda è che non sembra emergere un aumento del fenomeno “omicidio minorile” e dunque i dati si pongono in posizione dissonante rispetto alla percezione sociale del fenomeno che, a tratti, sulla spinta di fatti di cronaca straordinariamente amplificati dai media, sembrano aver assunto la caratteristica dell’allarme sociale; l’ultima è che scorporando queste quote di criminalità dai più chiari contenuti sociali resta un 20% di delitti commessi in danno dei familiari.

3 Istat: anni 17: 41,55%; anni 16: 28,85%; anni 15: 15%; anni 14: 11,15%; <14: 3,45%

Non abbiamo elementi, dunque, per ritenere che, quantitativamente parlando, si sia in presenza di un cambiamento nelle forme di espressione criminale minorile, il che non esclude naturalmente che un cambiamento possa essere invece ricercato nella “qualità”, ovvero nella particolare motivazione che può ritrovarsi a sostegno di alcuni di essi. In questa prospettiva riteniamo che si possano fare alcune riflessioni, a partire dalla prima delle nostre ipotesi, ovvero quella psicopatologica, perché a volte questa entra effettivamente nella motivazione di delitti, anche efferati. Quando ciò accade, per la maggior parte dei casi si tratta di patologia schizofrenica, ed è interessante notare come già i vecchi trattati di criminologia mettersero in guardia sul fatto che, a volte, un esordio schizofrenico potesse essere contestuale ad un delitto, che proprio il delitto cioè metta in luce la patologia psicotica.

Omicidio come equivalente sintomatologico schizofrenico?

È ipotesi plausibile, specie in considerazione del fatto che le vittime di questi delitti sono per lo più componenti della stessa famiglia. Schizofrenia dunque come patologia psichiatrica di maggiore interesse in questa prospettiva, per diversi motivi:

- a) perché l'esordio di questa infermità è proprio della tarda adolescenza, con un range tipico di comparsa per i maschi nella fascia d'età compresa fra i 16 ed i 25 anni (picco ai 21), mentre per le donne è un po' maggiore, con picco ai 24 (Pancheri, 1999; Gorwood, 1995; Castle, 1995; Alda, 1996);
- b) perché si caratterizza per la ricorrenza di sintomi che hanno grande incidenza sulle scelte comportamentali. Parliamo ovviamente di deliri – ad es. la convinzione radicata di essere al centro di una persecuzione, oppure oggetto di maleficio, sotto l'influsso di forze sataniche – o di allucinazioni, per lo più in tema con il delirio. Sintomi che per la loro rilevanza e la capacità di permeare l'intero psichismo possono certamente spingere al delitto, a comportamenti violenti.
- c) Perché il distacco affettivo tipico di questa condizione morbosa, la presa di distanza emotiva dalla persona oggetto della violenza può rendere ragione dell'efferatezza di taluni gesti.

Abbiamo avuto modo di seguire casi di giovani che hanno ucciso uno dei due genitori – solitamente la madre – sulla spinta di tematiche deliranti o in preda ad una bouffée psicotica.

Ma quando ciò accade, quando è la follia ad armare la mano, dubbi generalmente non ve ne sono, perché in questi casi la malattia è talmente evidente da saltare agli occhi anche dei non esperti, perché deliri ed allucinazioni sono sintomi prorompenti, che condizionano i comportamenti e danno chiaro segno di sé.

Più spesso invece, molto più spesso, così non è, nel senso che non troviamo né deliri né allucinazioni ad accompagnare un delitto.

V'è da dire, tuttavia, che anche in assenza di sintomi così chiari, dubbi sull'esistenza di una condizione psicotica nell'adolescente (Rapaport, 2000) è lecito conservarli, poiché proprio i disturbi schizofrenici ad esordio nell'infanzia o nell'adolescenza possono dar segno di sé, per periodi anche relativamente lunghi, solo con uno o pochi sintomi (Nicolson, 1999), talvolta nemmeno particolarmente eclatanti ed intensi (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997) e comunque non facilmente connotabili in senso patologico.

Intendiamo dire che prima che il processo schizofrenico evolva sino alla rottura con la realtà di chiara marca psicotica, prima che facciano il loro esordio deliri ed allucinazioni, per un certo periodo – che oscilla da 1 a 3 anni (Pacitti, 1993) ma che alcuni Autori (Pancheri, 1999) fissano sino a 5 – possono essere presenti sintomi “*non psicotici*”. Questi rappresentano i prodromi di qualcosa già esistente ma che si renderà evidente solo dopo, a volte parecchio tempo dopo; si tratta di sintomi non psicotici ed anche piuttosto aspecifici ma che con i successivi – ovvero con l'irrompere di deliri o allucinazioni – sono strettamente connessi.

Il riferimento è ad aspetti come tendenza all'isolamento, difficoltà nel contatto con gli altri, distacco da amicizie o dai rapporti sentimentali, caduta nel rendimento scolastico, comportamenti insoliti ed imprevisti, impoverimento nelle espressioni emozionali e nella mimica facciale, inappropriata nell'espressività emotivo-affettivo, appiattimento nelle relazioni affettive (Pancheri, 1999; Nicolson, 1999). Come si vede, aspetti spesso comuni alla ben nota “*crisi adolescenziale*”, ma che in alcuni adolescenti, invece di regredire, lasciano nel tempo il passo ad una successiva evoluzione schizofrenica.

Classicamente si distinguono diverse modalità di insorgenza di schizofrenia (APA, 2001). Accanto a quella “*tipica*”, con picchi d'insorgenza ai 21 anni per i maschi e i 24 per le femmine, di particolare interesse nella direzione del presente lavoro sono quelle ad inizio “*precoce*” (De Lisi, 1992), con esordio nell'adolescenza o pre-adolescenza (al di sotto dei 17 anni) e quelle ad inizio “*precocissimo*”, anche al di sotto dei 12 anni (Pancheri, 1999), talvolta misconosciute come tali o diagnosticate come forme di autismo, da cui se ne distinguono successivamente per la diversa evoluzione (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999).

Fra le forme ad insorgenza precoce e, soprattutto, fra quelle precocissime, la tipologia definita “*insidiosa*” è statisticamente fra le più frequenti (47%). Si tratta di forma così definita perché le capacità di adattamento sociale e di funzionamento psicologico si deteriorano lentamente e la comparsa di sintomi psicotici, ovvero il momento della vera e propria “*rottura*”

con la realtà, con comparsa di deliri ed allucinazioni, è collocabile sino ad oltre 5 anni dall'inizio, appunto insidioso, della malattia.

Con analoga frequenza si presenta anche un'altra forma di schizofrenia, cosiddetta ad "*insorgenza cronica*". Questa è caratterizzata soprattutto da comportamento disadattivo (a volte l'inizio viene collocato ai primi anni di età), con difficoltà nel funzionamento familiare e psicosociale. Gli aspetti che la caratterizzano, e che sono segnalati con maggior frequenza, sono tutto sommato abbastanza aspecifici, del tipo: tendenza all'isolamento, calo del rendimento, cambiamento nelle relazioni interpersonali, aumento delle preoccupazioni somatiche, interruzione della frequenza scolastica. Il comportamento disadattivo tende a mantenersi invariato per un lungo periodo – da qui la difficoltà di attribuire a patologia psichiatrica quello che pare solo un comportamento "problematico" – fino alla comparsa di sintomi psicotici: la frattura con la realtà che ne consegue a quel punto permette di formulare la diagnosi di schizofrenia (De Ajuriaguerra, 1993).

Tenuto conto comunque della ben nota reversibilità in adolescenza di sintomatologie anche di rilievo, per questo specifico motivo non è consigliabile prendere in considerazione una diagnosi di schizofrenia se non dopo sei mesi dalla comparsa anche di sintomi rilevanti.

In altri termini, davanti a comportamenti un po' eccentrici, ad atteggiamenti a volte strani, ad una fuga o un tentativo di suicidio inatteso, la diagnosi differenziale tra un processo schizofrenico in fase di esordio ed una forma particolare di crisi adolescenziale resta aperta e bisogna riconoscere che in molti casi è solo l'evoluzione, e quindi il tempo, a permettere una diagnosi precisa.

Sono segnalati naturalmente segni di "sospetto diagnostico", che possono cioè aiutare ad indirizzarsi verso una componente psicotica del disturbo, ma si tratta di segni utili quali indicatori, privi cioè di valenza assoluta (Marcelli, 1991). In tal senso ha di certo importanza lo studio attento dei precedenti anamnestici, con particolare riferimento alla presenza già nell'infanzia, e comunque nelle fasi precedenti a quella di osservazione, di sintomi o disturbi analoghi a quelli presentati nell'attualità; sono stati segnalati inoltre difficoltà motorie o nel linguaggio, ritardo nello sviluppo psicomotorio ((Nicolson, 1999).

Ha assunto poi grande importanza il rilievo di familiarità schizofrenica (Rosenthal, 1977): comuni sarebbero, infatti, le osservazioni nei membri delle famiglie di pazienti schizofrenici con esordio più precoce di tratti dello spettro schizofrenico: schizoidi, schizotipici, schizoaffettivi, paranoidei o veri e propri disturbi strutturati del medesimo spettro (Nicolson, 2003; Asarmow, 2001; Jaana, 1998). A questo riguardo molteplici sarebbero i riscontri di una vera e propria base genetica comune (Kemder, 1990; Ingraham, 2000; Kringlen, 2000), specie per le forme ad esordio più precoce (Lenane, 2001; Jaana, 1998), quelle caratterizzate fra l'altro da decorso più lungo, con persistenza di

sintomi negativi, di prognosi più sfavorevole, maggiori periodi di ospedalizzazione o minore adesione ai trattamenti, con maggiori ripercussioni sul funzionamento socio-lavorativo (Verdoux, 1996) e così via.

Importante è ancora la ricorrenza di tratti schizoidi di personalità, ovvero della manifestata difficoltà dell'adolescente nel contatto con gli altri (Erikson, 1989) nello stabilire amicizie, nel partecipare alle attività proprie dell'età, nell'entrare a far parte di gruppi di amici, di un temperamento descritto come "chiuso", "silenzioso", "melanconico" (Fornari, 1963), aspetti che non devono naturalmente appartenere ad un breve periodo della sua esistenza ma apparire stabili, persistenti.

Tutto questo rimanda certamente ai concetti di "sintonia" di Minkowski (1998) e sottolinea il bisogno di una attenta analisi controtrasferale del rapporto col giovane in sede di accertamento peritale.

Sospetta può essere anche una riduzione del funzionamento scolastico, specie se associata a comportamenti aggressivi, bizzarrie del pensiero, eccesso di fantasticherie solitarie, preoccupazioni strane o esoteriche senza tuttavia perdita di contatto con la realtà (Redl, 1974).

Tutto questo insieme di elementi non regala certezze all'esperto chiamato ad osservare, certezze di cui siamo in realtà privi, ma può orientare in modo utile; più utile, tuttavia, in senso clinico o terapeutico che in un contesto medico-legale, ovvero giudiziario.

In definitiva abbiamo una varietà di quadri clinici sfumati o scarsamente significativi sul piano dell'espressività clinica che però, nel tempo, possono evolvere verso psicopatologie più definite e farci comprendere, ma solo a posteriori, che quelle stranezze, quelle bizzarrie, quella timidezza, quel calo di rendimento scolastico era già parte integrante di una condizione di malattia, più o meno grave.

Tutto ciò può riguardare anche il comportamento violento.

Anche la violenza, difatti, può essere un sintomo, a volte anche l'unico, di un quadro psicopatologico che si delinea con chiarezza clinica – ovvero con la comparsa dei segni che tipizzano quella malattia – solo in un secondo momento, a distanza di tempo. Quando parliamo di violenza non ci riferiamo solo a comportamenti aggressivi verso persone, che in verità non sono molto frequenti negli adolescenti, ma più in generale a condotte che possono nascondere, in modo lato o simbolico, un carattere di aggressività rilevante. Pensiamo ad esempio a ricorrenti comportamenti crudeli verso gli animali oppure a comportamenti piromani.

Quest'ultimo in particolare – l'appiccare il fuoco, specie se si tratta di scelta fatta in solitudine – è comportamento che deve far riflettere, perché è annotazione che più spesso si associa a disturbi anche severi della personalità, in cui dominano impulsività e distruttività.

Distruttività che è sottesa anche nelle crisi di violenza contro gli ogget-

ti, contro i mobili di casa ad esempio, azioni che a volte compaiono in adolescenti senza grandi segni premonitori, a seguito ad es. di un rimprovero. Si tratta di comportamenti che possono essere certamente sospetti di psicopatologia ma che, ancora una volta, possono invece essere solo testimoni dell'esistenza di un disturbo nelle relazioni familiari: il comportamento violento come equivalente relazionale, come espressione dell'incapacità di "contenimento" del sistema familiare verso reazioni su base frustrazionale.

Naturalmente non sfugge l'importanza, non solo clinica, ma soprattutto medico-legale, dei quadri appena descritti.

Clinica perché un intervento precoce può certamente essere importante ai fini della successiva evoluzione del quadro; medico-legale perché è ben diverso, sui riflessi sull'imputabilità, attribuire un comportamento violento ad una "crisi" adolescenziale, ad un disturbo nelle relazioni familiari oppure ad una schizofrenia latente.

Sin qui la situazione che, in qualche modo, può comunque dirsi patologica, vuoi che la patologia risulti chiara, mascherata o semplicemente sospetta.

Cosa pensare invece quando nulla di tutto ciò emerge con chiarezza?

Cosa pensare quando non vi sono segni sospetti e non si riescono ad identificare che pochi e spesso poco significativi tratti di personalità, a volte rilevati solo perché intensamente ricercati?

Nella nostra esperienza, non sempre è possibile fornire una risposta.

3 • Tratti di personalità o psicopatologia sociale?

È questione più complessa della precedente, resa tale nella nostra prospettiva dal fatto che il nostro ambito di osservazione clinica si svolge per lo più nel contesto giudiziario, il cui setting è "viziato" a monte, se così si può dire, dal tipo di relazione che si ha con l'interlocutore. Di fronte a noi siede difatti un giovane che ha spesso molte buone ragioni per non fornire tutta la verità, per presentare i fatti nella sua peculiare posizione difensiva.

Il riferimento non è solo alla menzogna cosciente, detta all'evidente scopo di ottenere benefici; il perito interviene dopo un fatto traumatico, a volte devastante sull'assetto psicologico di una persona, e può capitare dunque che questa non riesca a ricordare con esattezza, oppure che non possa confessare neppure a se stessa le pulsioni provate, che ometta o rimuova parti di verità che non sono presentabili e accettabili neppure per sé, per l'esigenza di mantenere stabilità nel proprio equilibrio psichico.

Capita ancora che ad interferire sia il fattore tempo – non sempre si osservano questi delitti nell'immediatezza, a volte lo si fa a distanza di mesi, altre di anni – fattore che, come è facilmente comprensibile, tende a far rimodellare i ricordi.

L'autore di quel delitto può aver tante volte ripetuto una versione dei fatti, quella magari più accettabile dagli altri, da averla effettivamente fatta propria, da credere egli stesso in quella versione. Si aggiunga poi che l'osservazione psichiatrica o psicologica in perizia, per quanto protratta possa essere, è sempre limitata nel tempo (2-3 mesi) ed inoltre è falsata dalla posizione di osservatore non fiduciario, che anzi poi riferisce a terzi quanto avviene in colloquio, posizione che non favorisce certo una comunicazione empatica con colui che ha commesso il delitto.

Dunque, molti sono i motivi che in qualche modo interferiscono con la possibilità di acquisizione di tutti gli elementi che sarebbero d'aiuto alla completa comprensione dei fatti.

Ma a parte questo v'è da dire che comunque, anche quando vi è la volontà di collaborare, ricostruire il percorso mentale di un individuo, comprendere le ragioni della sua scelta ad agire è cosa molto complessa, spesso proibitiva.

Certo psichiatri, psicologi e criminologi sono forniti di grande "fantasia" interpretativa, ma se si vuole essere onesti con se stessi bisogna dire che se a posteriori può sembrare agevole seguire il percorso che ha condotto quel ragazzo sino a quel delitto, utilizzando la sua storia e quelle caratteristiche di personalità che ci sembrano coerenti con una certa ipotesi interpretativa, anche patologica, prima dei fatti lo stesso percorso non avremmo potuto anticiparlo, non saremmo riusciti a farlo perché non ne abbiamo gli strumenti o forse, più semplicemente, perché non si tratta di un percorso obbligato.

Quando si esce dal solco della malattia di mente e si entra in una dimensione più propriamente psicologica, bisogna ammettere che molte ipotesi possono essere fatte ma con la consapevolezza della loro aleatorietà.

L'esperienza induce ad affermare che di personalità strutturate in modo simile a quella di alcuni autori di delitti, anche efferati, il mondo è pieno, ma alcune, solo poche per fortuna, uccidono trovandosi in un dato contesto, mille altre sceglieranno, o possono scegliere, strade diverse per assecondare le esigenze della propria personalità. Non bastano i "tratti narcisistici", per restare ad una delle osservazioni peritali più ricorrenti, per "spiegare" un delitto. Resta dunque, al di fuori dell'ipotesi di malattia ed a volte anche all'interno di questa, un "qualcosa" di non facilmente identificabile che entra nella "scelta" d'azione di un individuo.

Personalmente riteniamo di non avere soluzioni universali da proporre. Quelle che seguono – osservazioni che riguardano essenzialmente l'assetto psicologico adolescenziale – sono di conseguenza riflessioni "di nicchia", senza alcuna pretesa omnicomprensiva e che soprattutto non pretendono di voler suggerire significati deterministici rispetto al comportamento violento.

Partiamo da una prima osservazione, questa in verità oramai largamente accettata dalla letteratura scientifica (Bitossi, 1999), che ci consente di affermare che *"al momento attuale e nel nostro contesto socio culturale, l'adole-*

scenza ha finito per essere una fase molto lunga nel tempo, superando di gran lunga i canonici 18 anni”.

Il riferimento al nostro contesto socio-culturale è dunque doveroso perché le caratteristiche dell'adolescenza non sono uguali nei diversi tipi di cultura e società, poiché cambiando cultura e società cambia il modo con cui al ragazzo viene chiesto di crescere. È sufficiente pensare – per ottenere un contrasto forte – alle descrizioni antropologiche di popolazioni a noi lontane per segnare la grande differenza con il nostro modo di intendere il processo di crescita del ragazzo. Si passa così dalla dolce e quasi insensibile progressione delle popolazioni delle Isole Samoa alla forte e drammatica ritualità simbolica dei Masai. Dobbiamo intendere dunque l'adolescenza come un *“fatto biologico che il contesto culturale modula”* (Bitossi, 1999). Nella modulazione entra naturalmente in gioco la rete di rapporti familiari, quel particolare intreccio relazionale che lega indissolubilmente tutti i componenti di una famiglia e che condiziona, ed è condizionato, da ciascuno. Non esiste ad es. solo la *“crisi adolescenziale”*, ma nella nostra cultura è oramai altrettanto evidente come ad essa si fronteggi per lo più la *“crisi genitoriale”* (Marcelli, 1991).

In altre parole le modificazioni che riguardano il ragazzo, la sua ridefinizione interiore ed esteriore, quel confuso processo nel quale atteggiamenti di sfida ed autonomia si alternano a richieste di conforto e dipendenza (Bowlby, 1983), si fronteggiano con la ridefinizione di ruolo e personale del genitore, anch'essa a volte ricca di angosce, legate alla diversa percezione del tempo propria dell'età vissuta dagli adulti, alla rielaborazione del vissuto della sessualità, del lutto della perdita dei figli bambini, della perdita dell'onnipotenza del ruolo attraverso la ridiscussione degli investimenti e degli ideali riposti nel figlio. Ad un turbamento adolescenziale si aggiunge quindi una *“crisi”* del mondo genitoriale, ed entrambe naturalmente fondano su assetti personologici più diversi, mentre sullo sfondo si collocano i mutevoli contesti sociali. Si può agevolmente immaginare la estrema variabilità delle situazioni che possono presentarsi a seconda del combinarsi di tante differenti possibilità.

Ma su questo aspetto torneremo a breve.

Dicevamo dunque che l'adolescenza è una condizione particolarissima, propria di un mondo psicologico in crescita, non ancora interamente formato. Questo modo di *“essere in divenire”* fornisce agli adolescenti elasticità ed adattabilità, elementi certamente preziosi da un punto di vista della salute mentale (Klein, 1975).

Ma essere giovani significa, per converso, avere anche maggior instabilità emotivo-comportamentale, una maggiore intensità nella risonanza emotiva ed affettiva rispetto alle vicende quotidiane, una sintonia critica con l'ambiente che è, come dire, sempre piuttosto sopra le righe (Fairbain, 1970).

Queste chiavi interpretative possono rendere ragione di alcuni comportamenti impulsivi, tipici di quella età; possono spiegare le grandi passioni, i grandi entusiasmi, come pure le altrettanto grandi delusioni.

A tutto ciò, come si diceva, si contrappone la famiglia.

La famiglia a tutti gli effetti costituisce il contenitore all'interno del quale vengono agiti i comportamenti e si agitano dinamiche psicologiche e relazionali, dotate di grande intensità ed energia. Le direzioni lungo le quali i comportamenti e dinamiche possono dirigersi sono molteplici: fra i coniugi; fra i genitori ed i figli; fra i figli ed i genitori; fra i figli fra loro: ogni singolo membro della famiglia può in definitiva essere fonte e meta di innumerevoli segnali, dotati di cariche energetiche multiformi e di intensità variabile. La famiglia può possedere al proprio interno capacità per canalizzare correttamente le energie, per plasmare comportamenti in maniera funzionale ed adattiva (Winnicott, 1975); può invece, per motivi differenti, non riuscire a farlo, anche senza scomodare patologie di qualcuno dei suoi componenti. È sempre al suo interno, comunque, che quei comportamenti, quelle dinamiche agiranno e daranno prova della loro presenza.

Non deve meravigliare, quindi, che certi delitti si consumino per lo più all'interno del contenitore famiglia, specie se ad agire è un minore, un adolescente, proprio per i motivi innanzi espressi.

Sin qui non ci sembra di aver detto nulla di nuovo, nulla che non sia ben noto. A questo punto si inseriscono solitamente le annotazioni degli esperti che invitano ad una maggiore attenzione verso il mondo giovanile, ad un ascolto sgombro di pregiudizi, aperto a sentire le loro difficoltà, attento a cogliere sottaciuti segnali di sofferenza. Che invitano al dialogo, a non lasciarli soli a gestire questa fase di turbolenze.

Tutto vero, naturalmente; ma noi vorremmo provare a sottolineare qualche ulteriore aspetto, forse meno citato dei precedenti ma non per questo, a nostro avviso, meno importante.

Ci pare infatti di poter sostenere che in questi ultimi anni, dal punto di vista dell'assetto della nostra organizzazione sociale, attorno ai minori – il discorso non vale per tutti, ma per una certa “fascia” di essi – si siano creati spazi di “protezione” sempre più ampi. Detti spazi, mossi inizialmente dalla legittima e condivisa volontà di tutelare la salute psico-fisica del minore, comprendono oggi l'identità stessa del minore, che si vuole piena e completa, che ci si attende armonica, piacevole, gradevole.

Tutto condivisibile, naturalmente. Si tratta di principi oramai acquisiti dalla globalità degli individui, sanciti del resto da organismi internazionali ed alimentati anche da spinte esterne molto forti ed immediatamente percepibili. Come si diceva tutto condivisibile nei principi, ma forse non del tutto nei metodi e soprattutto non nelle ricadute culturali che forse tutto questo si trascina dietro.

Il sospetto che si intende proporre è che nel nostro contesto socio-culturale si vada imponendo un modello che, partito con il legittimo intento di proteggere il minore dalla sofferenza, da ogni tipo di sofferenza, sia giunto in alcuni contesti ad idealizzare il rifiuto della dimensione della sofferenza, anzi sia arrivato ad una vera e propria negazione della sofferenza, anche della più piccola, quella connaturata semplicemente con il vivere.

Al minore si intende così evitare ogni forma di contrasto, di conflitto, connotando contrasto e conflitto sempre e comunque in maniera negativa.

Noi riteniamo che la legittima aspirazione a mettere al riparo il minore da conflitti negativi per la sua crescita abbia trascinato con sé il rifiuto a misurarsi con ogni tipo di confronto in quanto fonte di potenziale sofferenza; abbia determinato in definitiva la rimozione alla libera espressione del conflitto, dimenticando in questo modo che a volte anche piccole “crisi”, sofferte ma superate, sono in grado di arricchire l’individuo di altre qualità, egualmente utili per l’assetto psicologico e la sua capacità di adattamento sociale.

Il minore così, perlomeno agli occhi di alcuni genitori, è divenuto un “bene” talmente prezioso che deve essere protetto con ogni mezzo, da qualsiasi fonte di sofferenza. Si è finito così per “difenderlo” in egual modo, e con la medesima determinazione, sia da reali minacce alla sua integrità psicologica che dai rimproveri ad es. di maestri “colpevoli” magari di non apprezzarne a sufficienza le qualità, o da compagni di classe troppo vivaci e così via.

Ad un atteggiamento così esasperatamente “protezionista” riteniamo possano aver contribuito anche alcuni cambiamenti nella composizione stessa del nucleo familiare “tipo” del nostro modello sociale, oggi caratterizzato al più da due figli, quando si decide di averne, oppure da uno solo. È comprensibile che, in questa situazione, i figli siano divenuti un bene ancor più prezioso, unico appunto, sul quale appuntare per intero le proprie aspettative, i propri desideri, ma anche le proprie ansie e le proprie angosce.

In queste condizioni, a nostro avviso, è altrettanto comprensibile che il minore diventi il depositario di aspettative sempre maggiori, forse, obiettivamente irraggiungibili.

Per converso, ed anche questo a nostro parere è un elemento sul quale riflettere, sempre più numerosi e drammatici sono i segnali di senso opposto che ci giungono da altre parti del mondo: minori sfruttati, violentati, deprivati, malnutriti, malati, minori violati.

Una disparità così evidente, senza voler attribuire alcuna enfasi particolare a tutto questo, ha forse anch’essa contribuito a dare un significato particolare, anche di appartenenza, ai “nostri” minori.

Cosa si vuol sostenere, in definitiva.

Si vuole dire che uno dei rischi di questa scelta è che l’alone protettivo costruito tutt’intorno al minore porti inevitabilmente con sé anche ridotti

spazi di autonomia. La continua ansia protettiva, distesa sulla vita del minore, finisce per limitarne la possibilità di sviluppo con sempre maggiori margini di responsabilità libera e consapevole; finisce per cristallizzare l'assetto psicologico del giovane, per rallentare il suo processo di crescita, crescita che deve porsi quale obiettivo finale l'autonomia, una autonomia consapevole, critica, non velleitaria.

Nella nostra esperienza, tanto clinica quanto forense, sempre più spesso osserviamo giovani adulti che ragionano come dei ragazzini, a volte anche 30enni con un assetto psicologico adolescenziale, centrato in special modo su una posizione egocentrica forte, che balza agli occhi per la sua pregnanza.

Sono giovani carichi di aspettativa nei confronti di quella che potremmo definire una sorta di consacrato "diritto alla felicità": un diritto, dunque irrinunciabile come tutti i diritti.

Un diritto fondato su aspettative ampie, troppo spesso irrealistiche, acritiche, proprio come avviene nei ragazzi; solo che la persona che abbiamo di fronte ha magari passato da tempo i 18 anni.

Quella adolescenziale, com'è ben noto, è una fase, durante lo sviluppo psico-sessuale, permeata da sentimenti autocentrici (Klein, 1974; Klein, 1975). L'adolescente non ha una esatta percezione dei propri limiti; il suo mondo interno è permeato da sentimenti e da vissuti di onnipotenza che gli impongono per così dire obiettivi ambiziosi, alti.

L'onnipotenza che gli è propria costituisce del resto per il giovane una spinta, per certi versi necessaria ed efficace, ad esplorare il mondo, a farne conoscenza, ad apprenderne i segreti, così da poterne elaborare le esperienze di perdita che fanno da corollario alle scelte di tutti i giorni. In uno sviluppo armonico anzi sono proprio queste ultime a costituire l'ossatura attorno a cui l'individuo struttura la propria personalità matura, capace appunto di vivere appieno anche i sentimenti di perdita.

Parliamo qui anche, come è comprensibile, delle inevitabili frustrazioni, convinti come siamo che non si possa eluderle, non si possa farne a meno, e che anzi qualche caduta, accompagnata magari per mano perché non sia troppo dolorosa, aiuti a correre meglio nel futuro, in modo più consapevole e sicuro. Piccole cadute, da bambini, ci hanno aiutato ad affrontare meglio i percorsi fatti da adulto, fornendo la realistica percezione delle difficoltà e delle limitazioni a cui dobbiamo adattarci.

Se invece si cerca di eludere le situazioni frustranti, di aggirarle, se le si rifiuta anticipatamente nell'erronea convinzione che risparmiare anche la più piccola sofferenza, il più minuscolo contrasto renda il minore più "felice", ebbene sarà la vita che ad un certo punto mostrerà in modo evidente il contrasto fra l'ideale ed astratto diritto alla felicità e la realtà di tutti i giorni, spesso – dobbiamo pur riconoscerlo – piuttosto avara di felicità. Ed allora la caduta sarà non solo dolorosa, ma inaccettata ed inaccettabile.

Intendiamo dire che a volte ciò che notiamo in quei giovani che giungono alla nostra osservazione è un assetto psicologico fondato su una posizione egocentrica, vorace, un rifiuto del limite, immersi in un contesto che non asseconda i bisogni ma li anticipa, timoroso del conflitto, che tende ad evitare anche la minima contrarietà.

Più in generale, allora, ci sembra che ogni “crisi” non venga considerata potenziale momento di crescita bensì come momento distruttivo, di frammentazione, da evitare quindi con ogni mezzo. La frustrazione allora, ogni frustrazione, è evitata: anziché preludio, sia pur doloroso, di energia vitale, diviene fallimento definitivo della propria esperienza nel mondo. In questo senso assume una pregnanza del tutto particolare la considerazione di Bowlby (1983) a proposito delle situazioni frustranti, che *...sviluppano panico da frustrazione, aggressività, distruttività...* Laddove evitate, mal gestite, anziché elaborate e quindi tollerate, possono generare condizioni di distruttività.

Corollario inevitabile di un simile evitamento è quindi la scarsissima tolleranza alle frustrazioni mostrata da alcuni minori, associata alla difficoltà nel riconoscimento della sofferenza dell’altro, dei suoi bisogni, da limitata empatia (Miller, 1988). Adolescenti, ma anche giovani adulti, con ridotta capacità di dilazionare il desiderio, di percepire la frustrazione che ne deriva come parte “naturale” della propria esistenza; la frustrazione diviene allora un insopportabile ostacolo alla propria felicità, ostacolo che a volte viene “rimosso” semplicemente distruggendolo, anche se si tratta di una persona, magari di un genitore.

Il meccanismo iperprotettivo che ci è sembrato di cogliere e che abbiamo descritto, meccanismo che apparentemente tenta di proteggere l’adolescente dalla sofferenza, può finire invece solo per rallentare o ostacolare il processo di separazione e di crescita psicologica individuale, privando il giovane degli strumenti utili per affrontare la realtà in maniera adattativa.

Due i contesti, per così dire “criminologici”, nei quali riteniamo di poter intravedere conseguenze:

- a) Se l’oggetto di osservazione sono minori, quel che si nota sono spesso ragazzi con elevate qualità cognitive, forse ben maggiori rispetto ad un passato neppure lontano, ma molto “immaturi” sul piano affettivo e pulsionale, capaci di immaginare e programmare scelte complesse (dunque anche un omicidio) ma incapaci di tenere a freno la propria affettività, di gestire la propria frustrazione, di dilazionare lo stimolo, di non pretendere di ottenere le cose ora ed adesso, come farebbe per l’appunto un bambino più piccolo. Sono ragazzi al tempo stesso “adulti” sul piano delle competenze cognitive e “bambini” su quello della gestione della realtà, che è prevalentemente fantastica, si direbbe virtuale, da video-gioco in altre parole. Possono immaginare e programmare un omicidio come se fosse un “gioco di ruolo”, ma poi attuarlo “realmente” perché salta il

freno che impedisce il passaggio dalla fantasia alla realtà. In altri termini il solco fra realtà percepita e realtà virtuale o fantastica è assai meno profondo di quanto ci si attenderebbe.

- b) Il secondo scenario si riferisce ai giovani adulti, a cui il meccanismo di proiezione risparmia l'impatto con la realtà a lungo, ma con cui prima o poi sono costretti a dover fare i conti. Ed allora la crisi sarà dolorosa, e sarà difficile poterla accettare ed elaborare, con conseguenze che possono andare dalla fuga dalle responsabilità sino a comportamenti distruttivi, tesi a "spazzar via" l'ostacolo che, in un dato momento, si frappone fra sé e la felicità. Del resto, va da sé che, in simili contesti iperprotettivi di crescita i giovani non sono posti nelle condizioni di riuscire ad acquisire ed elaborare in sé gli strumenti idonei per far fronte efficacemente agli ostacoli che potrebbero incontrare. Quando tale ipotesi si concretizza, il giovane si ritrova ad essere sprovveduto nell'affrontarli. Peraltro non sembra più disposto a rinunciare a quella felicità che permea di sé il suo stile di vita abituale.

Non si ha certo la pretesa di voler spiegare tutti i delitti in questo modo, né di attribuire significato deterministico alle osservazioni sinora descritte. Quella appena presentata è solo un'altra chiave interpretativa dei fatti, non sempre utilizzabile ma che si è ritenuto di dover citare perché certamente minoritaria in un contesto in cui si continua a parlare di allargamento degli spazi di ascolto delle necessità dei minori, dei loro bisogni di accoglienza e si dimentica che gli adolescenti vogliono anche genitori con cui confrontarsi, a volte con cui "scontrarsi", che devono poter sentire la loro comprensione ma anche la loro autorevolezza, per poterla contestare, superare e costruirsi infine una propria, adolescenti che devono poter accettare le regole della famiglia ma anche "sfidarla" sul piano delle scelte autonome, che non sempre in altri termini hanno bisogno di una famiglia che assecondi ogni loro desiderio.

Non è l'elogio della punizione o della rigidità militare, sia chiaro, è lungi da noi pensare a ritorni al passato.

È solo il richiamo alla completezza del ruolo genitoriale, che non può esaurirsi nell'accettazione passiva delle richieste del minore nel timore che qualsiasi contrasto, qualsiasi privazione, costituisca un ostacolo alla felicità, dimenticando semmai che la felicità, come ogni sentimento, esiste solo nel momento in cui abbiamo sperimentato il suo contrario, che la soddisfazione passa attraverso la conoscenza della frustrazione, la gioia attraverso quella del dolore.

Questo particolare assetto familiare, la presenza più diffusa di genitori, specie padri, così diversi rispetto al passato, non costituiscono una nuova patologia sociale ma sono sicuro elemento di novità, su cui riflettere, non solo per i modificati assetti relazionali familiari che produce ma soprattutto per i riflessi che ha, ed avrà nel tempo, sullo sviluppo psicologico dei mi-

nori. In tal senso, e con i limiti innanzi sottolineati, è questo un momento in cui un aspetto “sociale” diviene modello psicologico, che nei casi estremi può potenzialmente produrre disturbo, sofferenza.

Un assetto di personalità disarmonico rispetto all'età anagrafica in casi particolari un “qualcosa” forse nuovo e tutto da definire. Forse una nuova forma di normalità o forse un assetto psicopatologico ancora da delineare, a cui dover dare un nome e dei contenuti chiari e stabili.

La domanda “*patologia sociale o psicopatologia*” resta dunque senza risposta certa o forse la risposta è, come sempre, collocabile a metà strada, nell'intreccio sempre esistente, e sempre diverso, fra individuo – con l'assetto di personalità o di malattia che lo caratterizza – e contesto ambientale.

La sostanziale stabilità nell'andamento numerico dei casi di omicidi attribuiti a minori sostengono l'idea che non si possa parlare di patologia sociale; la ricorrenza quasi costante di giudizi di piena imputabilità per i minori che commettono efferati delitti non consente a sua volta di ricercare, nella malattia mentale, la “causa” del delitto.

Nessuna teoria è in grado di spiegare da sola tutti i singoli casi, nessuna analisi psicopatologica o sociologica è sufficiente a comprendere entro di sé i perché di ogni omicidio.

Resta l'analisi individuale, lo studio attento del singolo caso che – come ogni persona – è una realtà a sé stante, in cui entrano in gioco una moltitudine di fattori individuali, familiari ed ambientali che solo parzialmente, fra l'altro, siamo in grado di comprendere nella loro reale portata.

Molti di questi fattori, primo fra tutti una eventuale malattia, sono in grado di limitare la libertà di scelta di un ragazzo, di plasmarne le motivazioni, di indirizzarlo verso un comportamento disadattativo. Anche il suo assetto familiare, la rete di relazioni che lega fra loro i componenti di una famiglia, quei modelli pedagogici e relazionali che hanno indirizzato il suo sviluppo psicologico é in grado di influenzare le sue scelte, anche scelte violente.

Possiamo dunque giungere a dire che alcuni particolari assetti familiari, quando agiscono su talune personalità, sono in grado di produrre, quale esito, un comportamento violento che va ben al di là delle aspettative “normali” che a quel ragazzo potrebbero, dall'esterno, essere attribuite. La relazione fra queste due determinanti – psicopatologia e sociale – diverrebbe allora essenzialmente qualitativa, rilevante solo nel singolo caso ed a determinate condizioni.

Ma in tal senso molto resta ancora da conoscere, da studiare. In ogni caso è nostra convinzione che le diverse prospettive debbano essere analizzate congiuntamente, perché la comprensione del comportamento violento nel minore non può che passare attraverso il difficile tentativo di integrazione fra le dimensioni del biologico e del sociale, dello psicologico e del relazionale. Come, d'altronde, ogni comportamento umano.

- ALDA M., AHRENS B., LIT W., *et al.* (1996): "Age of onset in familial and sporadic schizophrenia", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, pp. 447-450.
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (1997): "Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with schizophrenia", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10), pp. 177-193.
- APA (2001): *DSM-IV-TR*, Masson, Milano.
- ASARMOW R., NUCHESTERLEIN K., *et al.* (2001): "Schizophrenia and schizophrenia-spectrum personalità disorders in the first-degree relatives of children with schizophrenia: the UCLA Family study", *Arch. Gen. Psychiatry*, 58, pp. 581-88.
- BITOSI S., FONNESU F., PAZZAGLI A. (1999): *Psicologia dell'età adolescenziale*, in AA.VV. (a cura di): *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, vol. III, p. 3074.
- BOWLBY J. (1983): *Attaccamento e perdita*, voll. I-II-III, Bollati Boringhieri, Torino.
- CASTLE D., ABEL K., TAKEI N., *et al.* (1995): "Gender differences in schizophrenia: hormonal effect or subtypes?", *Schizophrenia Bulletin*, II, pp. 1-12.
- DE AJURIAGUERRA J. (1993): *Manuale di psichiatria del bambino*, Masson, Milano.
- DELISI L. (1992): "The significance of age at onset for schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 18, pp. 209-215.
- ERIKSON E. (1989): *Infanzia e società*, Armando, Roma.
- FAIRBAIRN W. (1970): *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- FORNARI F. (1963): *La vita affettiva originaria del bambino*, Feltrinelli, Milano.
- GORWOOD P., LEBOYER M., JAY M. *et al.* (1995): "Sex and age at onset in schizophrenia: impact of family history", *American Journal of Psychiatry*, 153, pp. 208-212.
- INGRAHAM I, KETY S. (2000): "Adoption studies of schizophrenia", *Am. J. Med. Genet.*, 97, pp. 18-22.
- JAANA M., SUVISAARI, JARI HAUKKA, *et al.* (1998): "Age at onset and outcome in schizophrenia are related to degree of family loading", *British J. Psychiatry*, 173, pp. 494-500.
- KEMDER K., TSUANG M. ET AL. (1990): "Estimating families effects on age at onset and liability to schizophrenia", *Genetic Epidemiology*, 7, pp. 409-417.
- KLEIN M. (1974): *Analisi di un bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- KLEIN M. (1975): "Lo sviluppo del bambino" in CREMERIUS J. (a cura di), *Educazione e psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- KRINGLEN E. (2000): "Twin studies in schizophrenia with special emphasis on concordance figures", *Am. J. Med. Genet.*, 97, pp. 4-11.
- LENANE M., GOGATE N. *et al.* (2001): "Incidence of schizophrenia spectrum disorders in adult sibling of childhood-onset schizophrenia patients", *Schizophrenia Research*, 49 (sup.).
- MARCELLI D., BRACONNIER A. (1991): *Psicopatologia dell'adolescente*, Masson, Milano.
- MILLER P. A., EISEMBERG N. (1988): "The relation of empathy to aggressive and antisocial behavior", *Psychological Bulletin*, 103, pp. 324-344.
- MINKOWSKI E. (1998): *La Schizofrenia*, Einaudi, Torino.
- NICOLSON R., RAPAPORT J. (1999): "Childhood onset schizophrenia: rare but worth studying", *Biological Psychiatry*, 46, pp. 1418-28.
- NICOLSON R., FRANCES B., *et al.* (2003): "Parental Schizophrenia Spectrum Disorders in Childhood-Onset and Adult-Onset schizofrenia", *American J. Psychiatry*, 160, pp. 490-95.
- OCCHIOGROSSO F. (1993): *Ragazzi della mafia* (a cura di), in *Minori giustizia*, nuova serie, n. 4/92-1/93, Franco Angeli, Milano.
- PACITTI F., CAREDDA M., BRUGNOLI M., PANCHERI P. (1993): "Disturbi schizofrenici: inizio del cambiamento e inizio della malattia", *Rivista di Psichiatria*, 28.

- PANCHERI P. (1999): "Schizofrenia ad inizio precoce", in AA.VV. *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, vol. II, p. 2955.
- PANCHERI P. (1999): "La schizofrenia ad insorgenza precoce", in PANCHERI P., PFANNER P. (a cura di), *Psicofarmacoterapia nei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza*, Scientific Press, Firenze, pag. 239.
- RAPAPORT J. (2000): *Childhood onset of "adult" pathology: clinical and research advances*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- REDL F., WINEMAN D. (1974): *Bambini che odiano*, voll. I-II, Bollati Boringhieri, Torino.
- ROSENTHAL D. (1977): *Genetica delle malattie mentali*, Bollati Boringhieri, Torino.
- VERDOUX H., VAN OS J., SHAM P. *et al.* (1996): "Does familiarity predispose to both emergence and persistence of psychosis? A follow up study", *Br. J. Psy.*, 168, pp. 620-26.
- WINNICOT D.W. (1975): *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Scritti scelti*, Martinelli, Firenze.

