

Psicologia giuridica: la valutazione del danno da lutto

Legal psychology: assessment of damage mourning

Micol Lucantoni¹

Riassunto

Tale articolo pone l'attenzione sulla figura professionale dello psicologo all'interno degli interventi valutativi del danno da lutto con le rispettive metodiche, oggi legittimate, ed i limiti ai quali esso fa fronte. Una panoramica volta ad inquadrare la sistematicità dell' iter operativo, la strumentazione utilizzata e ritenuta idonea, e le effettive demarcazioni alle quali lo psicologo deve sottostare. Un'indagine riguardante l'accuratezza di tale lavoro e l'eshaustività dei resoconti finali volti a decidere l'effettiva presenza di un nesso causale tra l'evento luttuoso e l'insorgenza della psicopatologia.

Parole chiave

Lutto - danno psichico - consulenza psicologica - giuridica - metodologia

Abstract

This article focuses on the professional role of the psychologist in the evaluation of the damage mourning interventions with their methods, now legitimized, and the limits to which it meets. An overview aimed to framing the systematic nature of 'operational procedures, the used and found suitable equipment, and the actual demarcations which the psychologist must undergo. An investigation into the accuracy of such work and completeness of final reports aimed to deciding the actual presence of a causal link between the tragic event and the onset of psychopathology.

Keywords

Mourning - psychic damage - psychological and legal counseling - methodology

Lo psicologo giuridico

Lo psicologo in ambito giuridico, attraverso un'accurata anamnesi clinico-funzionale, un esame obiettivo e una valutazione dell'intensità psico-stressante dell'evento luttuoso, focalizza il proprio lavoro su quanto l'esperienza abbia comportato un cambiamento organizzativo nella vita della "vittima secondaria". Il criterio cronologico risulta essere di fondamentale rilevanza; per accertare un effettivo danno da lutto, infatti, occorre un periodo di tempo molto lungo (fino a due anni), per poter appurare che non si tratti di un regolare iter da lutto fisiologico ma di una sintomatologia permanente. A tal proposito non va tralasciata la possibilità di trovarsi in presenza di un esordio tardivo della manifestazione dei sintomi e quindi di un decorso patologico oltre i tempi "stabiliti", come ad esempio accade nel lutto ritardato.

Il processo di accettazione dell'evento luttuoso è sempre accompagnato da una ridefinizione dei ruoli da parte della persona in questione; quello di moglie, figlio/a o genitore, da ruoli saldi e resistenti che erano, vengono messi in crisi in base alla natura della relazione con la persona ormai

assente, ma, in alcuni casi, anche in base alla stessa identità di chi vive l'esperienza. Si assiste ad una perdita del piacere della vita nella sua interezza (lost pleasure of life) e alla compromissione del normale funzionamento della quotidianità, della capacità di padroneggiare la sfera emotiva, di trarre piacere dalle relazioni interpersonali, dalle attività sociali e dall'impegno lavorativo (Berlè, Meyer, Andrews, 1990).

Nel campo di studio della psicologia forense, dunque, trovano spazio i collegamenti con diagnosi quali disturbi d'ansia - disturbo dell'adattamento (D.d'A), disturbo post-traumatico da stress (DPTS), disturbi d'ansia generalizzato (D.A.G.), disturbo d'ansia da separazione (nei minori di età), disturbi da attacchi di panico (D.A.P.) – disturbi deliranti – deliri depressivi – disturbi dell'umore e disturbi di depressione maggiore (Episodio singolo o ricorrente se i sintomi sono presenti due mesi dopo la perdita). Particolare valenza, in quest'ultimo caso, assume il grado di parentela con il defunto, risultante, dalla letteratura, uno dei maggiori fattori di rischio per tale diagnosi.

E' in questo corollario che fonda le proprie radici il lavoro della figura professionale dello psicologo in ambito forense; una figura che al giorno d'oggi viene considerata fondamentale per la complessità e specificità degli accadimenti portati a giudizio. I tempi imposti dalle fasi giudiziarie quasi mai coincidono con i tempi di normale stabilizzazione dei sintomi, costringendo così la valutazione peritale ad adottare dei criteri di previsione strutturati in riferimento ad una casistica clinica già consolidata nella letteratura degli anni addietro. Va oltremodo anticipato, come nella sentenza della Corte Costituzionale (n. 134/1986) il criterio di liquidazione del danno si basi sul concetto di equità, inteso sia oggettivamente come "uniformità pecuniaria di base", quindi generalizzabile alla casistica clinica, sia soggettivamente come "elasticità e flessibilità" alle menomazioni psico-fisiche proprie del caso in esame.

Lo psicologo legittimato alla perizia: linee guida

Data la scarsa chiarezza tuttora riscontrabile e la mancanza di quantificazione psicologica-clinica concernente l'accertamento del danno non patrimoniale con pregiudizi esistenziali, al fine di sopperire al necessario dibattito e aggiornamento periodico tra gli esperti in materia, l'Ordine degli Psicologi del Lazio ha conferito (al coordinatore Paolo Carpi, Anna Maria Giannini ed Emanuela Torbidone, ai medici legali Simona Del Vecchio e Fabrizio Iecher, agli avvocati Gianmarco Cesari e Luigi Viola) l'incarico per la stesura del documento "*Linee Guida per l'accertamento e la valutazione psicogiuridica del Danno biologico-psichico e del Danno da pregiudizio esistenziale*" così da rendere maggiormente obiettiva e generalizzabile la valutazione di chi subisce un trauma e un danno con le conseguenti ricadute giudiziarie. Nonostante nella maggior parte della casistica italiana, l'iter di risarcimento di tale danno resta pacifico (da ultimo, si veda Cassazione civile 13547/2009¹), sono ancora presenti grandi lacune sull'effettivo procedimento di quantificazione idonea per assicurare il rispetto della vittima, la solidarietà verso la stessa (ex art. 2 Cost.) e l'integralità del risarcimento (Cass. Civ. SS.UU. 26972/2008). Ad oggi il sistema risarcitorio italiano vive ancora una concezione esclusivamente medico legale del danno alla persona a scapito di una indagine diagnostica valutativa di tipo specialistico-psicologico-forense che risulta imprescindibile per un'adeguata valutazione in materia di danno non patrimoniale. La figura del medico legale e dello psichiatra forense sono chiaramente competenti per il carattere clinico-medico del danno, ma la presenza dello psicologo forense, specialista competente anche nell'utilizzo di strumenti di indagine quali il colloquio o i test

¹ Per Cassazione civile, 13547/2009, in *Altalex Massimario*, 32, 2009, il danno psichico è la compromissione patologica della integrità psichica. Nessuno <<ormai nega che la perdita o la compromissione anche soltanto psichica della sessualità (come avviene nei casi di stupro e di pedofilia) costituisca di per se un danno, la cui rilevanza deve essere apprezzata e globalmente valutata, in via equitativa>>. 2 Afferma Cassazione civile, SS.UU. 26972/2008, in *Resp. civ.*, 1, 2009, che <<il risarcimento del danno alla persona deve essere integrale, nel senso che deve ristorare interamente il pregiudizio, ma non oltre>>

appropriati, prende un ruolo immancabile nell'accertamento del danno (come consentito e disposto dall'art.1 della legge n. 56/89). In nome di ciò, il giudice diviene "volontariamente costretto" al conferimento di incarichi ad esperti in psicologia forense sia nelle consulenze tecniche disposte dal tribunale appunto, sia nel settore assicurativo. Fu lo stesso Legislatore con il D.p.r 37/2009 a richiedere, in fase processuale, una particolare attenzione alla sofferenza psichica derivata dall'evento traumatico ; la stessa che si riversa, con forme più o meno lievi ma pur sempre comuni a tutti, sulla quotidianità dei soggetti. Il danno psichico, infatti, coerentemente con la lettera dell'art.1223 c.c., richiede il risarcimento come lesione dell'integrità psichica, rendendo indispensabile uno strumento scientifico pluridisciplinare a carattere specialistico psicologico nelle situazioni in cui tale danno è dedotto; anche, dunque, a prescindere dalla lesione propriamente anatomica del soma. Al fine di una generalizzabilità dei risultati e di una linea uniforme di trattamento valutativo delle vittime, la stesura delle tabelle del danno psichico si è rivelata una grande conquista a livello diagnostico. Concetto questo che non occulta la variabilità individuale, soggettiva e personale dei soggetti lesi e, di conseguenza, il valore indicativo e orientativo della tabella stessa, rispettando il disposto dell'articolo 3 della Costituzione che si pronuncia sia come legge uguale per tutti sia come divieto di trattare in modo diseguale situazioni giuridicamente eguali. La valutazione tabellare prevede, oltretutto, indagini estese anche al nucleo familiare della vittima, stilando resoconti sugli eventuali aspetti patologici psichici, alterazioni della personalità, capacità singole di autorealizzazione e sul nuovo assetto relazionale e affettivo che essa si trova a vivere a seguito della perdita.

"Un organizzazione di modi di essere, di conoscere e di agire, che assicura unità, coerenza, continuità, stabilità, progettualità, alle relazioni dell'individuo con il mondo"(Caprara G.V., Pastorelli C, Rovetto F. 2001) ; e ancora Freud (1895) :*"qualsiasi esperienza che susciti una situazione penosa -quale la paura, l'ansia, la vergogna o il dolore fisico - può agire da trauma"*, e definì i traumi *"eventi in grado di provocare una eccitazione psichica tale da superare la capacità del soggetto di sostenerla o elaborarla"*. La personalità è quel costrutto peculiare dell'individuo che si forma e si esprime nel corso del suo sviluppo attraverso interrelazioni con l'ambiente in uno scenario di influenza reciproca multiforme. E' dinamica in continua costruzione.

L'osservazione clinica ha messo in luce i rapporti causali tra gli eventi di vita e l'insorgenza di sindromi patologiche e cambiamenti di personalità in risposta allo stress. Reazioni strettamente soggettive che non si configurano allo stesso livello di problematicità, ma che variano a seconda di una serie di fattori tra i quali le condizioni mentali della persona al momento del trauma e soprattutto la sua personale spiegazione ed interpretazione di esso all'interno della storia della propria vita. Il trauma è *"un'esperienza che nei limiti di un breve lasso di tempo apporta alla vita psichica un incremento di stimoli talmente forte che la sua liquidazione o elaborazione nel modo usuale non riesce donde è giocoforza che ne discendano disturbi permanenti nell'economia energetica della psiche"* (Freud S., 1915). Nella valutazione del danno alla persona, gli illeciti si configurano, appunto, come eventi psicosociali stressanti in grado, se incanalati patologicamente, di generare disfunzioni psichiche permanenti, paure immotivate e destabilizzanti, chiusura emotiva fino a vissuti di rovina e di morte. L'Io, ricorrendo a meccanismi di difesa che possono determinare sintomi nevrotici fino a quelli estremi psicotici caratteristici dei disturbi dell'Io e della personalità, deve affrontare un percorso esterno (iter-legale) ed uno interno (elaborazione psichica) in cui si è trovato costretto. Affinchè avvenga l'effettivo distacco dall'oggetto scomparso e siano consentiti nuovi investimenti è necessario un lavoro psichico lungo e difficoltoso: *"Ciascuno dei ricordi, ciascuna delle attese con cui la libido era legata all'oggetto sono rievocati e superinvestiti e su ciascuno si compie il distacco della libido"* (Toppetti F, 2005.Dominici R, 2006). Inoltre, qualora avvenga un fallimento delle funzioni mentali integratrici (coscienza, memoria, meta cognizione, costruzione di "sintesi" di significato etc.), l'alterazione alla sovrastruttura dell'Io e le ripercussioni permanenti sono facilmente prevedibili.

A seguito di quanto suddetto, per la valutazione della presenza e soprattutto consistenza del trauma, gli esperti necessitano di analisi approfondite e multi strumentali ad ampio raggio sul versante proiettivo, osservativo, neuropsicologico, funzionale ed emotivo-affettivo. Tutto prende il via, usualmente, da un'accurata raccolta di dati anamnestici, con l'esame della documentazione clinica e con l'analisi delle disposizioni testimoniali orientate ai fini clinici, per accertare l'esistenza di una patologia psichica in atto o precedente l'evento ed il suo inquadramento nosografico. E' necessario soffermarsi sul livello di compensazione e i meccanismi di difesa, sul livello di integrazione sociale, relazionale ed individuale del soggetto prima del trauma e le relative differenze osservate e "raccontate" allo stato attuale. A tal proposito una buona diagnosi differenziale e l'ausilio di test psicologici adeguati rendono il lavoro dello psicologo forense più agevole e coerente. E' però altrettanto vero che una rigida e cristallizzata diagnosi categoriale (DSM-V) può essere utile nel contesto del danno da lutto con un approccio descrittivo solo se accompagnata e personalizzata con un approccio di tipo dimensionale -funzionale proprio della parte lesa in esame. Nella maggior parte dei casi, infatti, gli scenari patologici si presentano in forma mista, così che la sola distinzione categoriale appare in larga misura convenzionale e poco rispondente all'evidenza clinica (che risulta a volte correlata con complicazioni neuropsicologiche delle funzioni cognitive superiori quali attenzione, memoria, linguaggio, capacità di pianificazione, etc.).

Secondo le Linee Guida redatte dall'Ordine degli Psicologi, dunque, l'esame del carteggio raccoglie una documentazione di tipo medica relativa alle precedenti relazioni medico legali, psichiatriche, psichiatrico forensi. L'anamnesi prevista, invece, è di tipo familiare, fisiologica, patologica remota, patologica prossima, psicopatologica, lavorativa e scolastica, con la specificazione delle fonti consultate. In caso di incarico collegiale, l'esame obiettivo annuncia gli eventuali esami strumentali, quelli di sussidio diagnostico, quelli di laboratorio ed il relativo conseguente inquadramento clinico. Per quanto riguarda l'esame psichico, invece, trovano spazio i colloqui clinici di tipo libero, tematico o a contestazione, e il ricorso ad accertamenti psicodiagnostici con test valutativi quali ad esempio il Rorschach, WAIS-R, MMPI 2, Test grafici o Test neuropsicologici. Infine, nelle considerazioni conclusive, lo psicologo forense riporta la redatta diagnosi, il rapporto di causalità riscontrato, la valutazione del danno psichico ed esistenziale, il riferimento al danno morale e le personali conclusioni in risposta ai quesiti postigli in principio.

Il criterio di quantificazione del danno da lutto proposto, parte dalla suddivisione del danno in fasce di gravità che presumono il funzionamento psicologico lungo un continuum da "non alterato o funzionale" a "sconvolto e modificato" rispetto al periodo precedente l'evento traumatico. Esso interessa il mutamento della personalità e dell'assetto psicologico nel suo adattamento, nei suoi stati emotivi, efficienza, autonomia, autostima e nella percezione della propria immagine psichica e corporea.

E' necessario precisare come nessuna categoria di disturbo mentale sia totalmente distinta da un'altra, così come gli individui affetti dalla stessa alterazione psichica potrebbero essere tutti simili sotto il profilo reattivo-comportamentale. Pertanto, si è ritenuta idonea una valutazione e quantificazione percentuale del danno da lutto comprendente sia il grado di compromissione funzionale, sia come questo influenzi le capacità legali della persona. I criteri utilizzati dagli esperti forensi per distinguere tra i diversi livelli di gravità e formulare un'adeguata stima del livello di compromissione psichica, comprendono: l'entità della sintomatologia (in particolare nei disturbi dell'umore e nei disturbi d'ansia è necessario valutare con attenzione il numero degli episodi depressivi, maniacali, ipomaniacali o ansiosi), la compromissione del funzionamento socio-lavorativo, il funzionamento dell'Io e l'esame di realtà, il livello evolutivo dei meccanismi di difesa utilizzati, l'identità e il tipo di "confini" tra sé e gli altri (rigidi, assenti, labili, ecc.). I disturbi al di sotto del 5% non verranno considerati, dovendo raggiungere almeno tale percentuale per poter parlare di danno psichico, mentre è stata divisa in classi la percentuale valutativa sulla scorta delle

indicazioni fornite dall'AMA (American Medical Association)², maggiormente testate e riconosciute per la loro validità applicativa e scientifica a livello internazionale da vari decenni (classe I 0-5% - classe II 6-15 % - classe III 16-40% - classe IV 41-80% - classe V >80%).

CLASSE II - SINDROMI LIEVI (6-15 %)	
DISTURBI D'ANSIA	Disturbo distimico
Fobia specifica	Dist. Depressivo maggiore con episodio singolo
Fobia sociale	ALTRI DISTURBI
Disturbo d'ansia NAS	Disturbo di somatizzazione
Disturbo dell'adattamento	disturbo somatoforme indifferenziato
Disturbo post-traumatico da stress lieve o parziale	Disturbo di dimorfismo corporeo
Disturbo acuto da stress	Amnesia dissociativa
Disturbo d'ansia generalizzato	Fuga dissociativa
Disturbo ossessivo-compulsivo lieve	Disturbo ipocondriaco
DISTURBI DELL'UMORE	Disturbo di conversione
Disturbo dell'umore NAS	Disturbo algico
Disturbo bipolare I, episodio singolo	Sindrome psicomotoria
CLASSE III - SINDROMI MODERATE (16-40 %)	
DISTURBI D'ANSIA	Disturbo bipolare I episodio singolo con manifestazioni psicotiche
Dist. Da attacchi di panico con o senza agorafobia	Disturbo bipolare I con episodi ricorrenti
Fobia sociale	Disturbo bipolare II
Disturbo ossessivo compulsivo	Ciclotimia
Disturbo d'ansia NAS	Disturbo dell'umore NAS
Disturbo post-traumatico da stress	ALTRI DISTURBI
Disturbo acuto da stress	Amnesia dissociativa (episodi ricorrenti)
Disturbo d'ansia generalizzato	Fuga dissociativa
DISTURBI DELL'UMORE	Disturbo ipocondriaco
Dist. Depressivo maggiore episodio singolo con manifestazioni psicotiche	Disturbo di dimorfismo corporeo
Disturbo depressivo maggiore ricorrente	Disturbo schizoaffettivo
Disturbo distimico	Disturbo di depersonalizzazione
CLASSE IV - SINDROMI GRAVI (41-80 %)	
DISTURBI D'ANSIA	Ciclotimia
Disturbo ossessivo-compulsivo	Disturbo dell'umore NAS
Disturbo d'ansia generalizzato	ALTRI DISTURBI
Disturbo d'ansia NAS	Disturbo schizo affettivo
Disturbo post-traumatico da stress	disturbo di depersonalizzazione
DISTURBI DELL'UMORE	Disturbo di dimorfismo corporeo
Disturbo depressivo maggiore ricorrente	Disturbo psicotico breve

² Guides to the Evaluation of Permanent Impairment (Classes of Impairment Due to Mental and Behavioral Disorders), 6[^] edition, AMA press, 2008.

Disturbo bipolare I con episodi ricorrenti	Fuga dissociativa
Disturbo bipolare II	Disturbo ipocondriaco
CLASSE V - SINDROMI GRAVISSIME (>80 %)	
Disturbo schizoaffective	Disturbo di depersonalizzazione
Fughe dissociative	Sindromi in cui sono prevalenti modalità di funzionamento psicotico
Disturbo dissociativo d'identità	

Tab.1 classificazione disturbi psichiatrici

La consulenza giudiziale nel processo: figura del Ctp e del Ctu

In sede giudiziaria, l'accertamento della presenza o meno del trauma psichico, della compromissione, menomazione e riduzione delle capacità comprensive del danneggiato, è affidato alla figura professionale del Consulente Tecnico d'Ufficio, in acronimo C.T.U. Egli svolge un ruolo da ausiliario del giudice in un rapporto fiduciario; un confronto interdisciplinare fra diritto e scienze psicosociali, un'integrazione al compito del "peritus peritorum" o decisore ultimo. A disciplinare l'operato del consulente tecnico, nella sua indagine riguardante i processi di adattamento non più equilibrati del soggetto in esame, sono gli artt. dal 61 al 68 del codice di procedura civile e, allo stesso modo, dall'art. 220 fino al 233 nel codice di procedura penale in cui vengono enunciate le competenze necessarie dal conferimento dell'incarico fino all'elaborato peritale. *"La scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte in albi speciali formati a norma delle disposizioni di attuazione al presente codice"* (art. 61 c.p.c.), ma il giudice, qualora lo ritenga opportuno, ha la facoltà di designare un esperto non incluso nell'Albo del Tribunale purchè ne venga motivato il ricorso. Il fine ultimo del Ctu è infatti quello di rispondere in maniera chiara e pertinente ai quesiti, espressi solitamente in modo analitico e generico, postigli dal magistrato al momento del mandato e del giuramento (art. 62 c.p.c.). Viene escluso categoricamente dal suo operato tutto ciò che non è stato precedente richiesto o dichiarato come necessario ai fini del processo ed è richiesto espressamente l'utilizzo di un linguaggio non strettamente specialistico così da consentire a tutte le parti coinvolte (giudici magistrati e avvocati) un facile accesso alla lettura. La comunicazione immediata e facilmente condivisa diventa, infatti, il punto cardine negli interscambi tra i periti, mentre l'uso dei termini tecnici indispensabili avviene solo se accompagnato dalla relativa spiegazione e riferimento ai modelli teorici adoperati. A valore di ciò, la comprensibilità della scelta linguistica diventa imprescindibile soprattutto nei procedimenti civili, ove, a differenza dell'ambito penale, la relazione scritta è l'unico mezzo comunicativo tra le parti. Il termine "perizia" viene adoperato comunemente come sinonimo di "consulenza", ma occorre precisare come la perizia redatta in sede penale possa assumere un valore profondamente diverso rispetto a quello civile, vestendo il ruolo non del "parere", ma di "prova". In ambito civile, infatti, l'accertamento peritale acquisisce una funzione strumentale ed opzionale, in quanto è lo stesso giudice a stabilire se usufruire o meno del parere dell'esperto per la formulazione del giudizio; egli non ne è obbligato da alcuno. Al momento della designazione del consulente, comunque, egli *"ha l'obbligo di prestare il suo ufficio, tranne che il giudice riconosca che ricorre un giusto motivo di astensione"* (art. 63 c.p.c.) come nel caso, ad esempio, che intercorrano rapporti di parentela con il periziando o in presenza di "forze di causa maggiori" oggettivamente accettabili. Fin dall'inizio, il Ctu dichiara la volontà o meno di avvalersi di altre figure professionali, quali uno psicologo per la somministrazione di test psicodiagnostici o un medico specialista, al fine di rendere la propria valutazione completa ed esaustiva in tutte le sfaccettature del caso in esame (lo stesso utilizzo di audio e video registrazioni durante gli incontri peritali vanno dichiarati già dalle prime fasi, nel rispetto delle norme a tutela della privacy, e tutto in completa visibilità del Tribunale). A questo punto, nel caso in cui venga interpellato il Consulente d'Ufficio, le parti in causa hanno *"un termine entro il quale possono nominare, con dichiarazione ricevuta dal cancelliere, un loro consulente tecnico. Il consulente della parte (C.t.p.), oltre ad assistere a norma dell'articolo 194 alle*

operazioni del consulente del giudice, partecipa all'udienza e alla camera di consiglio ogni volta che vi interviene il consulente del giudice, per chiarire e svolgere con l'autorizzazione del presidente, le sue osservazioni sui risultati delle indagini tecniche” (art. 201 c.p.c.).

Sia nel caso dell'intervento di un Ctu, sia in quello del Ctp, nell'esplorazione dei loro campi di azione, siamo di fronte a caratteristiche ben distinte rispetto all'usuale setting clinico; già prendendo solo in considerazione l'assunto che, nel contesto giurisprudenziale, il periziando non è più un individuo che sceglie volontariamente un percorso terapeutico, ma è egli stesso oggetto di giudizio, emerge come il lavoro dello psicologo forense sia differente da quello propriamente clinico. La consulenza stessa recita le vesti di processo diagnostico e non di quello curativo clinico. Di fronte, inoltre, a casi che incorporano una richiesta di risarcimento per danno biologico di natura psichica, al fine ad esempio di sottrarsi ai procedimenti penali o per il recupero di farmaci, entrano facilmente in gioco anche altre dinamiche come l'enfaticizzazione o la simulazione dei sintomi. Per simulazione intendiamo la creazione volontaria di sintomi fisici o psicologici falsi o motivati da incentivi esterni; qualsiasi atto o atteggiamento che tende a far sorgere in altri un giudizio fraudolento. Autori come Pajardi D., Macrì L. e Merzagora Betos I, nel 2006 tratterono i differenti meccanismi di simulazione che il soggetto sottoposto a perizia poteva mettere in atto: la *creazione*, in cui il simulatore manifesta i sintomi di una determinata malattia secondo quelle che sono le opinioni dell'immaginario collettivo; la *rievocazione* fondata su una conoscenza diretta della sintomatologia che il soggetto ha avuto in passato; l'*imitazione* di una malattia che ha osservato in altri soggetti; la *fissazione* in cui l'individuo continua a simulare i sintomi di una malattia anche quando questa si è conclusa positivamente. I Disturbi Fittizi rappresentano una vera e propria psico-patologia nella quale l'individuo simula consapevolmente i sintomi di una certa malattia, spinto non dall'idea di ottenere un risarcimento finanziario, ma da un impulso compulsivo di assumere il ruolo del malato; la nevrosi da indennizzo, invece, lo vede manifestare falsi malori, che di conseguenza tendono a cronicizzarsi, sia a fini economici, sia simbolico-relazionali. Ostacoli questi che il consulente aggira concentrandosi sulla coerenza tra i dati anamnestici e clinici, sul colloquio e l'osservazione clinica, sui risultati ai test e soprattutto sulla comunicazione verbale e non verbale. Dalla casistica clinica abbiamo esempi diffusi di punteggi dei test discrepanti con il profilo comportamentale, sintomi isolati e non ricollegabili ad un quadro clinico, basso autocontrollo e poca collaborazione da parte del soggetto, poca coerenza con esternazioni insensate, esasperazione della descrizione dei propri disturbi pur di attirare l'attenzione, drammatizzazione, rifiuto farmacologico, amnesie dichiarate sui fatti a lui sfavorevoli e rifiuto dei giudizi prognostici positivi, comportamento verbale esageratamente discordante da quello non verbale. Studi più recenti dimostrano, a tal proposito, come, sottoponendo l'individuo in esame a prove estremamente facili nella realtà ma con un grado di apparente difficoltà (commisurando il tutto al fattore “tempo di esecuzione”), o inducendolo a svolgere compiti nell'intervallo tra due prove strutturate illudendolo che vi sia una relazione, o ancora con i test MMPI 2, sia molto più agevole per il consulente estrapolare il comportamento simulativo messo in atto dal periziando. Un approccio questo multi-metodo, dunque, che consente più legittimità e validità agli esiti dell'analisi.

Altro ostacolo, poi, che il consulente deve aver premura di arginare, è il tentativo manipolatorio con atteggiamenti seduttivi o di compiacenza che il soggetto mette in atto al fine di ottenere un parere favorevole, così come le condotte poco collaborative di chiusura nel corso del colloquio clinico. Si pensi, ad esempio, ai processi penali ove l'imputato accusato di abuso sessuale su minore o omicidio, corre un rischio molto alto per l'esito negativo o positivo della perizia, o nei casi di lutto familiare di persone già fortemente colpite da patologie psichiatriche gravi. Il consulente, a differenza di quanto accade nel setting clinico, in ambito forense non instaura quel clima di accoglienza ed alleanza terapeutica peculiari del binomio terapeuta-paziente; il rapporto qui è decisamente asimmetrico visto il potere che l'esperto si trova ad avere. Egli deve agire in “scienza e coscienza”, informato anche delle sanzioni previste per l'eventuale condotta di colpa nell'esecuzione degli atti che gli sono richiesti (art. 64 c.p.c.). I tempi entro i quali adempiere al mandato sono molto ristretti (30, 60 o 90 giorni) a meno che il giudice non accolga una motivata

richiesta di proroga, e, a relazione effettuata, il sistema giudiziario contempla una restituzione o feed-back della propria valutazione e l'interruzione in tale punto di qualsiasi comunicazione formale sia con il giudice o il magistrato, sia con il periziando stesso. Ben sappiamo come nell'ambito terapeutico il feed-back sia invece parte integrante del percorso curativo.

Allorquando viene nominato, prestato giuramento e visionati i quesiti del giudice, il Ctu da inizio al suo lavoro peritale con la lettura degli atti giuridici e i documenti della causa quali denunce, testimonianze a verbale, memorie difensive degli avvocati e carteggio clinico (alcuni consulenti scelgono di procedere alla lettura del fascicolo solo dopo aver incontrato il periziando, così da essere liberi da eventuali idee preconcepite sull'individuo). Si procede, dunque, con la stesura di un calendario di incontri per i colloqui clinici e la somministrazione testistica, informando preventivamente il periziando così come gli eventuali consulenti di parte (Ctp). Fin dal primo incontro, è dovere dell'esperto fornire informazioni dettagliate su tutte le attività che verranno svolte in seguito, chiarendo il proprio ruolo all'interno dell'ampio iter processuale. I colloqui iniziali con il periziando vertono essenzialmente sulla raccolta di dati anamnestici, ricostruendo la storia della persona attraverso le varie fasi di sviluppo, i punti salienti della sua vita, le figure parentali di riferimento e quelle significative, le relazioni affettive, lavorative e sociali. Viene effettuato un approfondito esame psicodiagnostico e collezionata ogni sfumatura opportuna alla descrizione successiva dello stato di salute e di benessere del periziato. Gli incontri successivi, invece, pongono l'accento sull'analisi dell'evento-causa oggetto di perizia; in particolare per l'accertamento del danno da lutto sono incentrati sull'accadimento del fatto lesivo, sulla sua significazione da parte dei coinvolti, sulle condizioni della persona prima e dopo l'evento e l'eventuale presenza dell'effettivo nesso causale tra fatto e danno psichico. Qualora necessario, i colloqui vengono estesi anche a "testimoni privilegiati"; persone informate sui fatti o a conoscenza di informazioni indispensabili alla chiarificazione di aspetti altrimenti oscuri. Il consulente, consapevole dell'obbligatorietà aleggiante nel colloquio in un contesto forense, mira comunque a comunicare una sorta di empatia per sollecitare il racconto libero dell'interlocutore sia sui fatti tangibili sia su emozioni e stati d'animo provati, valutandone la drammaticità degli eventi senza influenzarlo. La letteratura suggerisce il ricorso a domande aperte ben lontane da quelle suggestive, e un'utile tecnica a riguardo è proprio quella proposta da Giovannini nel 1998 del "rilancio a specchio": ripetere una frase pronunciata dall'interlocutore per spingerlo a proseguire su quei contenuti. Utilizzando dunque i criteri e il "berème" dell'Ordine degli Psicologi, la figura professionale del Ctu deve proferire: 1) se il periziando sia affetto da sindromi e/o disturbi di rilevanza psicopatologica, diagnosticati secondo gli opportuni criteri di classificazione internazionale; in caso di risposta affermativa dica quale sia stata, secondo un giudizio di compatibilità, la causa della suddetta psicopatologia; 2) se sussistano eventuali postumi temporanei e/o permanenti ed eventuali valutazioni prognostiche; quantifichi, inoltre, il danno psichico, accertando la congruità delle spese sopportate per eventuali cure ed individuando l'entità di quelle necessarie per il futuro; 3) fornisca motivate indicazioni aggiuntive sulla riduzione della capacità lavorativa specifica, tenuto conto delle condizioni soggettive del danneggiato; 4) se e in che modo il fatto in esame abbia prodotto dei pregiudizi esistenziali che interessano l'assetto psicologico e la personalità, le relazioni familiari e affettive e le attività realizzatrici (riposo, ricreative, sociali, autorealizzatrici) con la relativa valutazione categoriale.

Non vi sono test in vigore elaborati ad esclusivo ambito forense, nella pratica attuale basta che essi diano informazioni psico-patologiche con un certo grado di attendibilità e riproducibilità e che il loro impiego non venga considerato unico ed esaustivo ai fini della relazione. Nel contesto peritale, il Ctu si avvale dell'ausilio di un esperto avente maggiore dimestichezza nell'utilizzo dei più efficaci ed usuali test psicologici adoperati nella valutazione del danno da lutto quali, ad esempio, il Rorschach (reattivi di personalità), TAT (reattivi di personalità), MMPI 2 (questionario di personalità), WAIS-R (reattivo mentale globale per adulti), WISC-R (reattivo mentale globale per bambini), Scala di Impatto dell'evento di Horowitz (1980), T.O.O.M (test of Memory Maligering), Test per le reazioni al lutto di Biron L. e Sartori G. (2002). Essendo il danno da lutto correlato con

un tipo di trauma che investe l'individuo nella sua interezza e profondità, è stato preso molto in considerazione il concetto di perdita del piacere della vita, o perdita edonica, della gioia di vivere anche le più banali esperienze del trascorso dell'individuo. Berlà, Meyer ed Andrews (1990), a tal proposito, si focalizzarono su quattro aree: *Area pratica* come vestirsi, mangiare, dormire, fare acquisti, viaggiare, leggere, interpretate nel loro funzionamento e grado di soddisfazione; *Area emotivo/psicologica* inerente la capacità di affrontare i problemi legati alla sfera emotiva che accresce il senso di valore del sé, la propria dignità, l'integrità e il senso di padronanza, così come memoria, concentrazione, pensiero, formulazione di giudizi e decisioni; *Area sociale* analizzando la capacità della persona di trarre piacere dalle relazioni interpersonali e di vivere positivamente e con soddisfazione quelle familiari, quelle di tipo sportivo, gli eventi sociali, gli hobby; *Area occupazionale* che verifica come l'impegno lavorativo influisca sul piacere derivante dalla propria identità professionale. Gli autori formularono, dunque, il *Lost Pleasure of Life (LPL) Scale*, suddiviso in sette livelli di gravità (nessuno, minimo, lieve, moderato, grave, estremo e catastrofico), a loro volta associati con percentuali di perdita. Raccolsero trentasette indicatori valutati dal punto di vista statistico attraverso il coefficiente di correlazione di Kendall con un valore W pari a .915 globale e verificatane l'attendibilità e validità ecologica.

A questo punto il consulente ha raccolto le indicazioni diagnostiche a sua disposizione necessarie per formulare la sua valutazione e rispondere puntualmente ad ogni quesito espresso dal giudice. Nell'adempimento del suo mandato, la sintesi psicodiagnostica e clinica nella relazione peritale deve essere esposta da parte del consulente in forma chiara e discorsiva, riportando lo status clinico dei colloqui e i risultati di ogni test somministrato. Egli fornisce ora "un parere tecnico motivato".

Bibliografia

- Bona, M. Danni da morte iure successionis: La Cassazione valorizza il "danno biologico terminale", mentre la giurisprudenza di merito mantiene aperta la questione del "danno da perdita di vita (Nota a Cass., sez. III civ., 16 maggio 2003, n. 7632). *Giurisprudenza Italiana*, 3, 504, 2004.
- Capri P., Torbidone M.E.: Prime riflessioni su l'accertamento psicologico-forense nella valutazione del danno non patrimoniale alla luce delle sentenze a Sezioni Unite della Cassazione sul Danno Esistenziale nr. 26972, 26973, 26974, 26975. *Newsletter AIPG n. 35*, 2008.
- Capri, P. (2008). Danno biologico con pregiudizi esistenziali. *Proposte e considerazioni. Newsletter AIPG n. 35*.
- Dominici, R. (2006). *Il danno psichico ed esistenziale*. Milano: Giuffrè Editore.
- Freud, S. (1917). *Lutto e melanconia*. Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1917). *Introduzione alla psicoanalisi*. Torino: Boringhieri.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICD-10, Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali – Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, ed. ital a cura di Kemali e coll., Masson, Milano, 1992.
- Pajardi, D., Macrì, L., Merzazora Betsos, I. (2006). *Guida alla Valutazione del danno psichico*. Giuffrè.
- Toppetti, F. (2005). *Il danno psichico*. Maggioli Editore, Dogana RSM.
- Ziviz, P. I nuovi danni secondo la Cassazione (Commento a cassazione sez.III civ., 3 aprile 2001 n.4881; Cassazione sez. III civ. 10 maggio 2001 n. 6507; Cassazione sez. lavoro 3 luglio 2001 n. 9009). *Resp. Civ. Prev.*, 1203, 2001.

¹ Istituto per lo Studio delle Psicoterapie