

**Rassegna di Psicoterapie.  
Ipnosi. Medicina  
Psicosomatica.  
Psicopatologia Forense.**



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Periodico quadrimestrale a carattere scientifico  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "SAPIENZA"**

**VOLUME 12 – N. 2  
Maggio-Agosto 2007**

Periodico quadrimestrale a carattere scientifico di proprietà della UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"

Insegnamento di Psicopatologia Forense  
(Dipartimento di Scienze Psichiatriche e  
Medicina Psicologica), Università di Roma  
"La Sapienza" .

**Direttore responsabile:**  
**Vincenzo Mastronardi**

**Direzione Scientifica onoraria:**  
**Franco Granone e Antonio Maria  
Lapenta**

**Responsabile di Edizione:**  
**Matteo Villanova**

**Gli elaborati vanno inviati al Prof.  
Vincenzo Mastronardi** Dipartimento di  
Scienze Psichiatriche e Medicina  
Psicologica, Università "La Sapienza", P.le  
Aldo Moro, 5 - 00185 Roma - Fax:  
06/49912268

Comitato Scientifico: **Maria Tosello**  
**M. Calderaro, A. Bormioli, F. Donvito,**  
**V. Ferrante, E. Foppiani, F. Marascio,**  
**G. Maurizio, A. Pacciolla, C. Bairati**  
**Papi, A. Pomilla, G. Saladini, G. Tirone**

**Tutti i diritti sono riservati:** Nessuna parte  
di questa pubblicazione può essere  
riprodotta, trasmessa e memorizzata in  
qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo.  
Per quanto non espressamente richiamato  
valgono le norme delle Leggi sulla Stampa  
e le norme internazionali sul Copyright.  
**Stampa:** Tipografia Centro Copie Cervialto  
- Via Monte Cervialto, 17 - 00139 Roma  
**Registrazione al Tribunale Civile di  
Roma n° 00325/96 (28.06.1996)**

Comitato Consultivo:

**G. ABRAHAM** (Ginevra)  
**L. ANCONA** (Roma),  
**P. ARBARELLO** (Roma)  
**D. AKSTEIN** (Rio de Janeiro)  
**T. BANDINI** (Genova),  
**M- BIONDI** (Roma)  
**C. COLUCCI D'AMATO** (Napoli),  
**V. E. COSMI** (Roma),  
**G. DE BENEDITTIS** (Milano),  
**D. DE CARO** (Roma),  
**F. DE FAZIO** (Modena),  
**M. C. DEL RE** (Roma),  
**N.M. DI LUCA** (Roma),  
**A. ERMENTINI** (Milano),  
**U. FORNARI** (Torino),  
**L. FRATI** (Roma),  
**L. FRIGHI** (Roma),  
**V. GHEORGHIU** (Giessen),  
**M. A. GRAVITZ** (Washington),  
**F. INTRONA** (Padova),  
**R. GUARINI** (Roma),  
**W. KRETSCHMER** (Tübingen),  
**C. LORIEDO** (Roma),  
**V. MASTRONARDI** (Roma),  
**M. MORCELLINI** (Roma),  
**G.C. NIVOLI** (Sassari),  
**G. B. PALERMO** (Milwaukee),  
**A. PETIZIOL** (Roma),  
**P. PINELLI** (Milano),  
**V. RAPISARDA** (Catania),  
**L. RAVIZZA** (Torino),  
**G. G. ROVERA** (Torino),  
**N. RUDAS** (Cagliari),  
**E. TORRE** (Torino),  
**G. UMANI RONCHI** (Roma),  
**H. WALLNÖFER** (Vienna),  
**J. C. WATKINS** (Missoula),  
**L. WOLLMAN** (New York),  
**J. K. ZEIG** (Phoenix).



## SOMMARIO

- Volpe Oriana

**LE VITTIME IN ITALIA: ANALISI QUANTITATIVA E QUALITATIVA DEL FENOMENO ATTRAVERSO LE INDAGINI DI VITTIMIZZAZIONE DELL'ULTIMO DECENNIO .....pag. 7**

- Del Casale Antonio

**SIMULAZIONE DI MALATTIA MENTALE.....pag.33**

- Maria Efisia Cotza

**PREDITTIVITÀ DELLE CONDOTTE COMPORTAMENTALI DEVIANTI NELL'ETÀ EVOLUTIVA. CONSIDERAZIONI PEDAGOGICHE SULLE STRATEGIE PREVENTIVE: POSITIVITÀ DELLE CARATTERISTICHE DEL METODO COOPERATIVO "COOPERATIVE LEARNING", A CONFRONTO CON QUELLO INDIVIDUALISTICO E COMPETITIVO.....pag.93**

- Antonino Denaro

**LA COMUNITÀ TERAPEUTICA:  
RESIDENZIALITÀ ALTERNATIVA AL CARCERE  
.....pag.121**





Volpe Oriana<sup>1</sup>

**LE VITTIME IN ITALIA: ANALISI QUANTITATIVA E  
QUALITATIVA DEL FENOMENO ATTRAVERSO LE INDAGINI DI  
VITTIMIZZAZIONE DELL'ULTIMO DECENNIO**

***Abstract***

The first victimization survey has been made in 1997 and the second in 2002 by Istat.

These studies are extremely important since they are focalized on the crime victims and not on the author. Therefore they offer the possibility of studying crimes from a new point of view.

The 1997 and 2002 surveys pointed out that, in Italy, young people from 14 to 25 years old are the major crime victims than old people; that crime, fear of crime and concern about crime are homogeneously spread in the Northern, Central and Southern part of Italy and in every social class. It results that women are the major victims of crime and that they are the most frightened among the population. In fact, they suffer more crimes than man.

***Key words***

Italian victimization survey, victims of crime, authors of crime, crime, fear of crime, concern about crime.

***Parole chiave:***

Indagini italiane di vittimizzazione, vittime di reato, autore di reato, crimine, paura personale della criminalità, paura sociale della criminalità.

***Riassunto***

Le prime indagini di vittimizzazione sono state effettuate in Italia nel 1997 e nel 2002 dall'Istat.

Questi studi sono stati molto importanti perché essi hanno focalizzato l'attenzione sulla vittima di reato e non più sull'autore. Perciò hanno fornito la possibilità di studiare il crimine attraverso un nuovo punto di vista: quello della vittima.

L'indagine del 1997 e quella del 2002 hanno portato alla scoperta che, in Italia, sono i giovani dai quattordici ai venticinque anni le vittime maggiori di reato; che il crimine, la paura personale e quella sociale della criminalità è omogeneamente distribuita nel Nord, nel Centro e nel Sud dell'Italia e in ogni classe sociale. Risulta, inoltre, che le vittime più colpite sono le donne e che

---

<sup>1</sup> Dott.ssa in Sociologia – Master in scienze criminologico-forensi.

sono loro ad avere più paura tra tutta la popolazione. Infatti, esse sono più vittimizzate degli uomini.

### **1. Introduzione**

Lo studio della vittima, della sua personalità, dei suoi comportamenti e dei suoi rapporti con il reo ha una notevole rilevanza sia dal punto di vista criminologico sia da quello giuridico. In criminologia, l'attenzione posta alla vittima e al suo ruolo (attivo o passivo che sia) è molto importante per capire la genesi e lo sviluppo dell'evento criminale. I primi studi, però, hanno accentrato la loro attenzione sull'autore o sull'azione deviante lasciando in penombra la vittima, percepita come totalmente passiva e in balia degli eventi.

La prima definizione di «vittimologia» e il primo vero interesse nei confronti della vittima di reato si hanno nel 1946 ad opera di Mendelsohn: teoria fondamentale dell'autore è la sua teoria sulla colpa da verificare nella vittima e cioè il grado di responsabilità da attribuire ad essa per l'accadimento dell'azione deviante. Secondo Mendelsohn si possono avere diverse tipologie di vittime rispetto proprio al grado di colpa:

- vittima del tutto innocente (come i bambini);
- vittima con colpa lieve e vittima per ignoranza (il passeggero che distrae il guidatore del veicolo, provoca l'incidente e muore);
- vittima colpevole quanto il delinquente e vittima volontaria (come il suicidio nella roulette russa o il suicidio in coppia);
- vittima maggiormente colpevole del delinquente (come nel caso della vittima provocatrice e di quella imprudente);
- vittima con altissimo grado di colpa e vittima come unica colpevole (il criminale che aggredisce una persona e da questa viene ucciso).

Per il primo studio sistematico sulle vittime bisogna, però, attendere il 1948 e la pubblicazione dell'opera «The Criminal and His Victims» di Von Hentig. Nella teoria di questo autore si sviluppano tre concetti fondamentali:

- il concetto di criminale-vittima: per il quale non si nasce vittima o criminale ma sono gli eventi a determinare i ruoli;
- il concetto di vittima latente: per cui ci sono alcune categorie di persone che, per fattori sociali o psicopatologici, hanno una particolare predisposizione ad essere vittimizzate;
- il concetto di rapporto vittima-aggressore: per cui bisogna porre particolare attenzione al tipo di relazione tra le due figure.

Von Hentig ha cercato di aprire una strada bi-dimensionale allo studio del reato, rispetto all'approccio tradizionale focalizzato esclusivamente sul delinquente. L'esperienza ha da tempo dimostrato che tra il criminale e la sua vittima si viene sempre a creare una relazione e, dunque, nello studio sulla



genesi dei fenomeni criminosi, è impossibile escludere la vittima e la sua relazione con l'autore.

La vittimologia ha ricevuto il suo riconoscimento scientifico solo negli anni Settanta grazie alla creazione della rivista internazionale «Victimology. An International Journal» e con la fondazione di una Società Internazionale di Vittimologia. Gli obiettivi della vittimologia sono, principalmente, due: una funzione preventiva con lo scopo di tentare di ridurre il numero delle vittime e le circostanze a rischio che possono portare ad essere vittimizzati ed una funzione riparativa per ridurre gli effetti dei danni fisici e psicologici arrecati dall'atto criminale. Fondamentalmente, la vittimologia studia la sfera bio-psico-sociale della vittima; il rapporto che quest'ultima ha avuto con il suo aggressore e, dunque, anche il suo ruolo nell'azione deviante; il contesto ambientale, fisico e psicologico entro cui si è compiuta l'azione criminale e, nel caso di una vittima sopravvissuta, le conseguenze fisiche (danni biologici), psicologiche (traumi a breve, medio e lungo termine) e sociali (reazioni del gruppo primario come la famiglia, del gruppo secondario quali gli amici o le forze di polizia). Attraverso uno studio multi-focale la comprensione della scena del crimine e dell'evento stesso apparirà più completa.

Ma chi sono le vittime? Molte e diverse sono le definizioni che si possono dare della vittima. Nell'ambito della criminologia si potrebbe dire che la vittima è quel soggetto che in maniera diretta o indiretta ha subito un danno fisico, psicologico ed economico derivante dalla commissione di un crimine.

Le diverse modalità con cui si può presentare il rapporto criminale-vittima sono state classificate, dalla vittimologia, attuando una distinzione tra i vari tipi di vittime che si possono avere nell'ambito di un evento criminoso. La vittima è considerata passiva quando non ha avuto nessun ruolo nella genesi del reato e quest'ultimo è, dunque, semplicemente frutto dell'attività del reo; si definisce, invece, vittima attiva quella che, in un modo più o meno significativo, ha collaborato alla commissione del reato.

Nella vittima passiva non c'è alcun elemento sociale o psicologico che possa far pensare che essa abbia potuto condizionare il reo nella scelta della sua vittima o che lo abbia agevolato nell'azione. Tra le vittime passive si hanno anche altre sotto-categorie: le accidentali a cui manca qualsiasi rapporto con la condotta dell'agente e, quindi, entrano nell'azione criminale in modo del tutto indipendente dal comportamento dell'autore (ad esempio, le vittime di un attentato terroristico, delle frodi alimentari o di un borseggio sui mezzi pubblici); le vittime simboliche cioè il soggetto colpito dal reo quando, quest'ultimo ha intenzione di colpire un intero gruppo (come nei casi di ideologie); vittime preferenziali le quali sono scelte per il loro ruolo all'interno della società, per la propria professione o condizione economica (ad esempio, i titolari di gioiellerie e i sequestri a scopo di estorsione); vittime trasversali e

cioè quelle utilizzate per colpire, indirettamente, altre persone come, per esempio, i familiari.

Tra le vittime attive si possono trovare: le vittime provocatrici o inconsciamente provocatrici e accade quando si diviene vittima per aver provocato l'autore con un particolare atteggiamento. La provocazione può scaturire da dinamiche interne e profonde, dunque inconscie; le vittime che diventano tali per la loro professione (poliziotti, guardie giurate, carabinieri); vittima che aggredisce nel classico atteggiamento di difesa di fronte ad un pericolo; vittima favorente quando favorisce il reato con la sua condotta (ad esempio nella truffa nigeriana); la vittima consenziente, quando richiede o acconsente che altri la uccidano (un classico esempio sono l'eutanasia o l'omicidio-suicidio concordato in una coppia) e, infine, le vittime per imprudenza come i guidatori ubriachi, che con il loro comportamento creano situazioni pericolose dove possono diventare vittime.

Nelle classificazioni classiche si riscontra un'altra tipologia di vittima e cioè le false vittime (simulatrici o immaginarie): esse sostengono, falsamente, di essere state oggetto di comportamenti criminosi. La simulatrice sostiene la propria accusa conoscendone la falsità e per motivi come la vendetta, il ricatto o la discolpa mentre l'immaginaria non è consapevole della falsità dell'offesa subita. La falsa accusa deriva dalla perdita o dalla mancanza del senso della realtà, ricollegabili sia all'immaturità psichica che a ragioni psicopatologiche (ad esempio i casi d'isteria o paranoia).

La vittimologia ha evidenziato alcuni elementi che caratterizzano i diversi tipi di vittima. E' stato notato come soggetti diversi appartenenti alla stessa società possiedano differenti gradi di probabilità di rimanere vittimizzati da un reato. In altri termini, sembrerebbe che alcuni soggetti siano più predisposti di altri ad essere vittime di reati. Queste predisposizioni possono essere innate o acquisite. Le prime sono quelle che l'individuo ha dalla nascita come il sesso, il mutismo, la cecità o le malattie mentali; le seconde sono quelle che l'uomo acquista in un momento successivo la nascita e sono i tratti psico-sociali. In relazione al tempo, le predisposizioni possono essere permanenti (se accompagnano l'individuo per tutta la vita) e temporanee (se sono presenti in un dato periodo temporale). Queste caratteristiche possono essere fattori scatenanti o agevolanti il crimine e una possibile incentivazione nella scelta della vittima da parte dell'autore.

Le prime indagini di vittimizzazione sono state effettuate in America nella metà degli anni Sessanta e a Londra all'inizio di quelli Settanta. Gli importanti risultati raggiunti hanno spinto molti governi, soprattutto dei Paesi industrializzati, a svolgere ulteriori inchieste interne. Si possono ricordare la *Canadian Urban Victimization Survey* del 1982 sulle realtà urbane e la prima inchiesta nazionale del 1988; le prime inchieste americane tramite sondaggio

per misurare il volume della delinquenza effettuate nel 1965 e le *National Crime Victimization Survey* (NCS) del 1972, la *British Crime Survey* compiuta dall'Home Office nel 1982 in Gran Bretagna che viene tutt'ora ripetuta ogni quattro anni.

A livello internazionale, però, le inchieste di vittimizzazione più importanti sono state effettuate dal 1989, e poi ripetute nel 1992-1997-2000, per iniziativa del Ministero della Giustizia dei Paesi Bassi, per misurare l'impatto della delinquenza su vari Paesi. Per capire la portata delle *International Crime Victims Survey*, questo è il loro nome, e il reale contributo che esse hanno fornito allo studio del crimine e delle vittime in un contesto mondiale, basta pensare che in dodici anni di attività l'Unicri, l'organizzazione a capo delle ricerche, ha commissionato ben centoquaranta singole inchieste, ha intervistato duecentomila soggetti e promosso la conoscenza del crimine e l'implementazione di nuove politiche per combatterlo. Come tutte le indagini di vittimizzazione, anche quelle dell'Unicri hanno utilizzato due tecniche per la rilevazione dei dati: le interviste telefoniche e quelle faccia a faccia; il questionario proposto è stato suddiviso in sezioni riguardanti la vittimizzazione, la sicurezza dei cittadini, l'atteggiamento verso le denunce, la paura della criminalità, le misure di prevenzione messe in atto, il giudizio sull'operato della polizia. I crimini studiati sono quelli definiti come «convenzionali»: furti, rapine, aggressioni, violenze sessuali, minacce, frodi e corruzione avvenuti nei cinque anni precedenti la rilevazione.

In Italia le prime inchieste di questo tipo hanno avuto luogo attraverso le ricerche condotte dall'Istat che, ogni anno dal 1993, nell'indagine annuale «Aspetti della vita quotidiana» (condotte su un campione di 60.000 persone) ha riservato una parte del questionario a domande riguardanti i reati per accertare chi ha subito scippi, borseggi o furti in appartamento e chi ha presentato una denuncia. Dal 1997-1998 l'Istat ha condotto un'indagine di vittimizzazione vera e propria che sarà poi ripetuta ogni anno dal nome «La sicurezza dei cittadini».

Ma perché condurre un'indagine di questo tipo? L'obiettivo che ogni inchiesta di vittimizzazione si pone è quello di studiare il crimine attraverso una luce differente e cioè attraverso lo sguardo della vittima. Da questi studi si possono ricavare dati più veritieri e completi sul reale andamento della criminalità; infatti, queste indagini forniscono sicuramente informazioni più complete rispetto alle statistiche redatte dalla polizia sui reati tentati e non consumati e vanno oltre la barriera del numero oscuro da sempre presente nell'ambito degli studi a carattere criminologico. Queste inchieste danno la reale quota di persone e/o famiglie che realmente hanno subito uno o più reati e permettono di fare dei confronti precisi tra diverse zone di uno stesso Paese (ad esempio, il Nord e il Sud dell'Italia) o tra diversi stati (come quelle compiute

dall'Unicri), consentendo di studiare il *trend* della criminalità ed evidenziarne eventuali cambiamenti nel tempo.

Dalle indagini di vittimizzazione si possono ricavare, inoltre, notevoli informazioni non solo sulla vittima ma anche sugli autori dei reati: il genere, l'età, la nazionalità e il loro *modus operandi*. Guardare un reato attraverso gli occhi di chi lo ha subito permette una maggiore conoscenza del fatto, anche perché queste informazioni giungono attraverso un canale comunicativo informale e cioè mediante questionario somministrato telefonicamente.

## **2. Le indagini di vittimizzazione in Italia**

Le prime indagini di vittimizzazione effettuate in Italia sono quelle compiute dall'Istat nel 1997-1998 e nel 2002. Queste inchieste rappresentano le ricerche più complete sulle vittime mai realizzate nel nostro Paese. Le indagini sono state effettuate su un campione rispettivamente di 50.000 e 60.000 famiglie e hanno analizzato i reati contro la persona (rapine, aggressioni violente, stupri, furti con o senza contatto) e quelli contro la famiglia (furti nella prima e nella seconda casa, il furto di automobili, di biciclette, di ciclomotori, danneggiamenti ai veicoli e alle abitazioni, rapimento o maltrattamento di animali domestici).

La tecnica di campionamento è stata casuale e a due stadi: prima sono stati estratti i numeri degli abbonati Telecom e, successivamente, è entrato a far parte del campione chi (dai 14 anni in poi) ha risposto nei nuclei familiari estratti. La tecnica di somministrazione del questionario è stata quella dell'intervista telefonica attraverso il metodo CATI - *Computer Assisted Telephone Interview* - dove l'intervistatore è supportato da un computer durante tutta l'intervista.

Le due inchieste hanno avuto notevole successo. Prima di tutto perché, nonostante ci siano stati casi di soggetti che si sono rifiutati di rispondere, quasi la totalità dei contattati si sono dimostrati disponibili; poi perché nuovi orizzonti si sono aperti per gli studi criminologici italiani futuri, soprattutto per quelli riguardanti le violenze e le molestie sessuali. Sono, infatti, queste due tipologie di reato a costituire la percentuale più alta tra tutti i reati non denunciati (l'Istat ha dichiarato che da quanto rilevato dalle risposte del campione oggetto d'indagine, il 90% delle donne non ha denunciato la violenza subita). La reticenza e la paura a rispondere sono state superate garantendo l'anonimato e dando la possibilità di completare il questionario in altri momenti considerati meno a rischio.

Il questionario è stato costruito dando notevole importanza all'impatto emotivo che certi quesiti avrebbero potuto creare: si è deciso, quindi, di porre il set di domande sui reati sessuali al termine del questionario, quando tra l'intervistato e l'intervistatore si è già venuto a creare un clima di maggiore

fiducia e serenità. L'unico limite di queste due indagini è che, occupandosi solo di molestie e violenze sessuali, hanno trascurato un altro tipo di violenza, dal medesimo impatto emotivo, e cioè la violenza domestica.

Nel 2001, dopo l'adesione dell'Italia all'*International Violence against Women Survey* (IAWS), l'Istat ha ricevuto l'incarico di effettuare, da parte del Dipartimento delle Pari Opportunità, un'ulteriore rilevazione sui maltrattamenti e sulle violenze che avvengono fra le mura domestiche. Il metodo utilizzato per le interviste, la creazione del campione, la strutturazione del questionario di quello che sarà chiamato «Progetto sulla violenza sessuale e il maltrattamento familiare» sono i medesimi delle precedenti rilevazioni.

Le indagini sulla sicurezza dei cittadini, effettuate dall'Istat, con riferimento agli anni 1997-1998 e 2002, hanno fatto emergere una realtà totalmente diversa da quella che i media e l'opinione pubblica hanno da sempre delineato.

Attraverso un'approfondita analisi delle risposte fornite dalla popolazione campione d'indagine ed una elaborazione dei dati mediante diversi indicatori come l'età, il genere e il luogo di residenza, la credenza che siano gli anziani, e cioè la popolazione più debole per eccellenza a subire il rischio maggiore di vittimizzazione, viene meno.

I soggetti più colpiti, infatti, per entrambe le indagini sono i giovani di età compresa tra i 14 e i 25 anni circa, vittime prevalentemente di scippi, furti, borseggi, rapine tentate o consumate e di aggressioni. La percentuale più bassa di vittimizzati si riscontra proprio nella popolazione di età superiore ai 65 anni.

La spiegazione a questa realtà, confermata dalle risposte date da 50.000 famiglie nella prima indagine e 60.000 nella seconda, è da ricondurre al fatto che, se è vero che i soggetti anziani sono più deboli e indifesi, è anche vero che tra tutta la popolazione è tra quella anziana che si registra il minor tasso di mobilità. Questa è, infatti, l'età della pensione, il momento in cui diminuiscono la vita relazionale e gli spostamenti e in cui la maggior parte del tempo viene trascorso dentro casa: escludendo la mobilità si esclude uno dei più grandi fattori di rischio di vittimizzazione.

I pensionati risultano la categoria di persone meno vittimizzate anche quando la percentuale dei reati subiti è studiata attraverso un altro indicatore: la professione. Le famiglie in cui c'è almeno un componente pensionato o una casalinga denunciano meno reati rispetto a coloro che, invece, svolgono una professione. Le indagini di vittimizzazione hanno, inoltre, evidenziato la presenza di una correlazione direttamente proporzionale tra titolo di studio e grado di vittimizzazione: più aumenta il livello d'istruzione più si alza il rischio di subire un reato. I più colpiti, secondo l'Istat, sono i laureati che hanno denunciato, rispetto agli altri, più scippi, borseggi, furti di oggetti personali e

aggressioni. Ai laureati seguono i diplomati mentre all'ultimo posto si hanno coloro che possiedono la licenza media o nessun titolo di studio.

Di fatto sono più vittime di reati contro la proprietà e contro la famiglia coloro che si pongono, nella scala professionale, ad un livello medio-alto. Gli imprenditori, i dirigenti, i liberi professionisti e le famiglie della media borghesia risultano, dai dati, più a rischio di vittimizzazione. Coloro che dichiarano, invece, di aver subito meno reati sono le famiglie operaie o quelle, come precedentemente detto, i cui componenti sono pensionati o casalinghe. Gli studenti sono, invece, una categoria più particolare delle altre perché risultano vittimizzati tanto quanto coloro che possiedono un titolo di studio o una condizione professionale elevata, pur non avendoli al momento del reato. Coloro che studiano sono, generalmente, più a rischio di vittimizzazione per il grado più elevato di mobilità così come coloro che sono alla ricerca di una nuova o di una prima occupazione e gli impiegati. Sono state, infatti, queste tre categorie a denunciare la percentuale più alta di scippi subito in questi ultimi anni.

Ma dove si subiscono più reati? Esiste una regione italiana in cui la popolazione è più a rischio? Le indagini effettuate in questi anni hanno fatto decadere anche un'altra convinzione comune e cioè che fosse il Sud d'Italia ad aver il primato per il numero di reati commessi. Abbassandosi, dagli anni Novanta in poi, il numero degli omicidi a carattere mafioso si è notato come la percentuale dei reati commessi al Sud, in un dato periodo temporale, non superi mai, tranne rare eccezioni, quelle del Centro-Nord. Qui, infatti, risultano più numerosi i borseggi, i furti senza contatto e nella prima casa, i furti di biciclette, gli atti di vandalismo, le rapine, le aggressioni e i furti di oggetti personali. I reati più commessi al Sud riguardano gli scippi, i furti tentati o consumati, le rapine e le aggressioni. Ma il numero di tutti i crimini commessi non supera mai, in percentuale, quello del resto d'Italia. Unica eccezione è stata, nel 2002, la Campania che ha registrato il record per i reati violenti e per i reati contro le persone. Ma questa è stata, appunto, un'eccezione.

Si è riscontrato, inoltre, che il numero delle vittime di reato cresce all'aumentare dell'ampiezza dei comuni. Infatti, il numero più alto di soggetti che hanno subito un reato almeno una volta nella loro vita si ha nei comuni dell'area metropolitana, a cui seguono quelli dell'area periferica. Il numero più basso di vittime si è registrato invece, negli ultimi anni, nei comuni con una popolazione che giunge ma non supera i 2.000 abitanti (Muratore, Tagliacozzo, Federici, 2002).

**Tab. 1 – Persone di 14 anni e più che hanno subito scippi, borseggi, furti di oggetti personali, rapine, aggressioni negli ultimi dodici mesi per tipo di reato subito (consumato o tentato) – Anni 1997/1998 e 2002 (per 100 persone).**

	1997	1998	2002	
	Consumato	Tentato	Consumato	Tentato
<b>Scippo</b>				
<b>Borseggio</b>	0.5	0.3	0.4	0.2
<b>Furto oggetti personali</b>	1.3	0.4	1.4	0.3
<b>Rapina</b>	2.1	0.3	2.2	0.2
<b>Aggressioni</b>	0.2	0.2	0.3	0.2

**Tab. 2 – Famiglie che hanno subito furti o atti di vandalismo contro l'abitazione o contro i veicoli negli ultimi dodici mesi, per tipo di reato subito (consumato o tentato) – Anni 1997/1998 e 2002 (per 100 famiglie o per 100 famiglie che posseggono veicoli).**

	1997	1998	2002	
	Consumati	Tentati	Consumati	Tentati
<b>Vandalismo altre proprietà</b>	0.4	-	0.2	-
<b>Furto parti bicicletta</b>	0.5	-	0.4	-
<b>Furto in abitazione secondaria</b>	0.6	0.2	0.4	0.1
<b>Ingresso abusivo</b>	0.7	-	0.5	-
<b>Furto oggetti esterni</b>	2.2	-	1.0	-
<b>Furto automobile</b>	1.9	2.2	1.1	1.7
<b>Furto in abitazione principale</b>	1.8	0.8	1.2	0.6
<b>Vandalismo abitazione*</b>	1.4	-	1.2	-
<b>Furto moto o motorino</b>	2.1	1.0	1.4	1.0
<b>Furto parti moto o motorino*</b>	2.8	-	2.3	-
<b>Furto bicicletta</b>	3.1	0.4	2.5	0.3
<b>Furto oggetti nei veicoli</b>	4.0	-	2.9	-

Lo studio sulle vittime di reato porta, inevitabilmente, a chiedersi se, in un'ottica di genere, vi sia una differenza o una predisposizione tra le donne e gli uomini nell'essere vittimizzati e se la paura di rimanere vittime di reato influenza ugualmente i due sessi e le loro abitudini di vita. Per quel che riguarda i reati contro la persona, sia nel 1997-1998 che nel 2002, è risultato che fossero più gli uomini a subire aggressioni, rapine e furti di oggetti personali (sia tentati sia consumati) mentre le donne più scippi e borseggi (anche in questo caso sia tentati che consumati).

Ma il genere femminile risulta vittima anche di altre due tipologie di reato che riguardano la sfera sessuale e che solo marginalmente toccano gli uomini: le violenze e le molestie sessuali. Le indagini Istat hanno dedicato una parte del questionario a questi crimini; una scelta, per altro, molto difficile e complessa. Si è dovuto creare, infatti, un set di domande appositamente formulate che non risultassero né troppo aggressive né troppo invadenti per le donne campionesse delle indagini. Analizzare le violenze e le molestie in questione ha scoperchiato il cosiddetto «vaso di Pandora» su di un reato che risulta ancora oggi tra quelli meno denunciati. Ciò ha permesso di analizzare il *trend* che esso ha avuto nel corso degli ultimi anni e i cambiamenti intervenuti nel comportamento delle vittime, il rapporto che esse hanno con gli aggressori e i luoghi più a rischio di violenza.

Secondo le risposte fornite, le molestie più diffuse sono quelle verbali, le telefonate oscene, il pedinamento, l'esibizionismo e le molestie fisiche. Le zone più a rischio sono le grandi città e le aree metropolitane del Centro-Nord dove si è riscontrato il numero maggiore di denunce. Ciò deve far comprendere che è possibile che lo stesso numero di molestie e violenze venga compiuto anche al Sud ma che nel meridione non vi è propensione a denunciare.

Il luogo dove la violenza è compiuta cambia in relazione al rapporto che intercorre tra vittima e aggressore. Infatti, se la donna non conosce il suo aggressore i luoghi tipici della molestia sono: i mezzi pubblici, la strada, le stazioni, i cinema e il luogo di lavoro. Se, invece, tra l'*offender* e la vittima vi è un certo grado di conoscenza allora la molestia è compiuta presso la casa di amici, la propria casa o la propria macchina.

Il rapporto tra autore e vittima è anche condizionato dal grado d'istruzione di quest'ultima: maggiore è il livello d'istruzione più è alta la probabilità che i due soggetti non si conoscano; più è basso il grado d'istruzione maggiore è la probabilità che vi sia un rapporto di conoscenza.

La realtà non è molto differente per le violenze sessuali. Anche in questo caso, le zone più a rischio sono le aree metropolitane (che forniscono maggiore anonimato) del Nord e le donne più colpite sono quelle con un'età che va dai 25 ai 44 anni. I luoghi in cui la violenza sessuale è compiuta sono



molto simili a quelli delle molestie. La maggior parte degli stupri consumati o tentati sono compiuti per strada, nei mercati, nelle stazioni, nei garage, al lavoro, nella casa della vittima o dell'autore, in automobile e nei parcheggi.

L'unica differenza importante che si riscontra tra le molestie e le violenze sessuali sta nel rapporto tra vittima e aggressore. Se nel primo caso esso è, generalmente, un estraneo, gli stupri sono commessi, in una percentuale molto elevata, da conoscenti, amici, parenti, colleghi, ex fidanzati, conviventi o ex conviventi, datori di lavoro.

Il 90% delle donne campione d'indagine non ha mai denunciato la violenza subita e il numero maggiore di denunce si è registrato al Nord; ciò fa immaginare quanto sia elevata la quota di sommerso, soprattutto al Sud, rispetto a questo reato. Nel corso di questi anni, comunque, l'Istat ha registrato, sempre sulla base delle dichiarazioni delle donne, una diminuzione dell'1% degli stupri tentati e del 4.3% delle molestie sessuali mentre rimane pressoché invariato il numero degli stupri.

La distribuzione geografica dei reati, che vede il Centro-Nord al primo posto per il numero di crimini compiuti non rispecchia la distribuzione geografica della paura di essere vittimizzati. Ciò che emerge, infatti, è che sebbene al Sud si compiano mediamente meno reati rispetto al Nord, è nel meridione che la paura della criminalità è maggiormente diffusa. E' al Sud che si registra la percentuale di soggetti che si sentono insicuri nelle proprie case, di sera per strada o nel proprio quartiere. Non a caso le regioni con più soggetti dichiaratisi insicuri sono la Campania, la Puglia, la Sicilia, la Calabria e la Sardegna. Uniche eccezioni sono il Piemonte e il Lazio con percentuali più alte delle altre regioni centrali e settentrionali.

La paura della criminalità sembra aumentare all'innalzarsi dell'età. Sono due le categorie che dichiarano di avere più paura: i giovani e gli anziani. Attraverso una suddivisione per classi di età si notano due picchi: per la classe 14-24 e per la classe 64-73; inoltre, più è basso il titolo di studio più il senso d'insicurezza aumenta, così come aumenta quando si passa da un comune più piccolo ad uno più grande.

Ciò che i dati Istat hanno evidenziato è che ad aver maggior paura per tutte le tipologie di reato e per tutte le classi di età sono sempre le donne. Ma quanto è giustificata la paura delle donne? Guardando ai fatti di cronaca che sono avvenuti negli scorsi mesi, forse, essa è più che giusta. Non si può non ricordare ciò che è avvenuto nei primi mesi dell'estate: l'invalida di 45 anni violentata a Milano; i due minorenni che aggrediscono e violentano una conoscente per poi rubarle il denaro e il telefonino; la ragazza di 14 anni violentata in un sottopasso a Salerno; la barista di Saronno violentata nel suo bar di giorno; la ventiseienne di Vigevano (Pavia) stuprata da un extracomunitario; la ragazza di 19 anni stuprata a Milano e la coppia costretta,

a Bologna, a recarsi in un luogo appartato dove due immigrati hanno, poi, abusato della donna. Molti e altri ancora sconosciuti sono i fatti di cronaca in cui le vittime sono sempre e solo donne. Forse è per questo che la paura è presente e sempre più diffusa nel genere femminile ed è per questo che le donne attuano molteplici strategie di difesa nel corso della loro vita: non frequentare determinati luoghi, non lasciare la propria macchina in parcheggi poco illuminati o in luoghi isolati, non uscire da sole di sera, non attraversare determinati quartieri.

Da rilevare, inoltre, che le donne rappresentano il numero più alto di vittime tra gli omicidi domestici. I dati più aggiornati a disposizione sono quelli del 2004 (Eures, 2005): su 187 omicidi in ambito domestico, in 128 casi (68.4%) le vittime sono state donne di età compresa tra i 35 e i 44 anni. Il numero più alto di vittime femminili si è avuto al Centro (il 75%), seguito dal Sud (68.8%) e dal Nord (65.1%). L'autore di tali omicidi è stato, in 144 casi, un uomo di età compresa tra i 25 e i 44 anni.

La vittima e l'autore sono, generalmente, coniugi o conviventi (38.5%), genitori (17.6%), figli (13.4%) o ex-coniugi/ex-partners (10.7%) e le cause più frequenti riguardano dissapori e gelosie (23%), disturbi psichici dell'autore (12.8%), futili motivi (9.6%), raptus (8.6%) e forte disagio della vittima stessa (6.4%).

### **3. Il senso d'insicurezza e i sistemi di protezione adottati**

Con paura della criminalità s'intende quello stato di ansia e angoscia generato dal pensiero di poter subire un reato, di essere vittime di un'aggressione o di una violenza o di essere, addirittura, uccisi. E' una sensazione che nasce lì dove è presente una minaccia, potenziale o reale, per la persona e dipende dalla percezione sia della probabilità che tale violenza si realizzi sia dalla gravità delle conseguenze ad essa associate. La paura della criminalità è divenuta, in Italia, oggetto di studi solo negli ultimi venti anni quando diverse ricerche hanno constatato la sua vastità e la sua importanza nel nostro contesto nazionale.

I più recenti studi internazionali hanno tentato di sondare le cause generanti questa paura e hanno compiuto un importante distinguo tra:

- paura personale verso la criminalità (*fear of crime*) e cioè una risposta fisica ed emotiva ad uno stimolo; in questo caso lo stimolo è la paura di subire un reato. Tale paura non è sentita, dunque, solo nel momento in cui si subisce il reato ma anche quando si percepisce un rischio;
- preoccupazione sociale per la criminalità (*concern about crime*) e cioè una paura non più posta sul piano strettamente fisico e personale ma ampliata alla società, all'ordine sociale minacciato, appunto, dall'incremento della criminalità. Essa è, generalmente, accompagnata da una richiesta volta allo

stato e agli organi di polizia di un intervento diretto sul territorio (Sartori, 2003).

Queste due dimensioni dell'insicurezza possono essere generate dalle medesime cause ma non sempre sono correlate tra loro. Alcuni studi effettuati in Italia, ad esempio, hanno evidenziato come il genere influisce maggiormente sulla paura personale che non su quella sociale; che la paura di essere vittimizzati è strettamente correlata alla percezione che il soggetto ha della diffusione della criminalità nella zona di residenza; che il timore nei confronti della criminalità è più diffuso nelle classi sociali svantaggiate mentre la preoccupazione sociale è maggiormente diffusa tra quelle medio-alte e varia in relazione alle posizioni politiche degli individui (è più alta tra i conservatori).

Altra causa del diffondersi della paura tra i cittadini italiani è il disordine sociale. Esso è costituito da quei segni che gli studiosi definiscono segni di inciviltà, e che a loro volta sono suddivisi in sociali o fisici. I primi sono legati a particolari attività come lo spaccio di droga, la prostituzione, il vagabondaggio. Si definisce, invece, disordine fisico la presenza di edifici abbandonati, di scritte sui muri, di cassonetti della spazzatura bruciati, di lampioni e di cabine telefoniche distrutte. A loro volta, le inciviltà fisiche possono essere classificate come attive, deliberate e volute (graffiti o vandalismo) o passive, involontarie e non intenzionali (edifici trascurati o cumuli di spazzatura) (Barbagli, M., 2002).

Se il disordine sociale rappresenta una violazione delle regole di condotta all'interno degli spazi pubblici e quello fisico è l'esempio di un scarso interesse per i beni collettivi entrambe le realtà rappresentano una disgregazione sia dell'ordine morale sia di quello sociale della zona in cui si verificano. Tutte le azioni collegate a queste due forme di disordine sono caratterizzate dall'imprevedibilità dell'azione degli autori e dalla maggiore visibilità di questi atti rispetto ad altri reati più gravi: nello scippo, ad esempio, solo la vittima e qualche eventuale testimone possono venire a conoscenza dell'accaduto mentre le siringhe nei giardini o i cassonetti bruciati sono sotto gli occhi di tutti. Entrambe le tipologie di disordine possono contribuire a far aumentare o a far nascere la paura nei confronti della criminalità: sia le azioni di degrado compiute da giovani, da ubriachi, da prostitute sia quello ambientale non possono essere giustificate o previste e questo genera un senso di preoccupazione, di pericolo, un sentimento di abbandono da parte dello stato e delle autorità competenti.

La paura della criminalità, generata dal degrado sia fisico che sociale, può dare vita a comportamenti diversi da parte della cittadinanza. I soggetti, infatti, mettono in atto i più svariati meccanismi di difesa: c'è chi evita di uscire la sera o frequentare luoghi pericolosi, c'è chi cambia zona di residenza (nel 1998, ad esempio, l'1.2% della popolazione ha dichiarato di aver cambiato casa

per paura della criminalità e il 2.3% ha dichiarato che lo avrebbe fatto in tempi brevi), altri dotano le loro abitazioni di misure di protezione (sempre nel 1998, 1/3 delle famiglie italiane disponeva di porte blindate e 1/5 di sistemi di bloccaggio alle finestre).

Nonostante nel nostro Paese coloro che credono che il volume della criminalità sia in aumento siano pari, mediamente, a coloro che invece lo percepiscono in diminuzione o stabile, le ricerche effettuate dall'Istat hanno delineato, del nostro stato, l'immagine di un Paese in cui la criminalità fa ancora molta paura e come questa paura aumenti di anno in anno. Nel 2001 era stato il 52.6% della popolazione ad ammettere di aver paura, nel 2003 si è passati al 60% mentre la quota di coloro che hanno dichiarato di non provare paura è scesa dal 4.5% al 2.3% (Censis, 2003).

Inoltre, analizzando le risposte fornite nell'ambito di una suddivisione territoriale, si è notato che non ci sono significative differenze tra la popolazione italiana nel percepire la paura verso la criminalità: al Nord, al Centro e al Sud il grado di paura non varia. Esso non differisce nemmeno tra coloro che risiedono nelle grandi o nelle piccole città. Resta, invece, una netta differenza di genere: sono, infatti, le donne a sentire maggiormente paura e a mettere in atto più strategie difensive. È importante sottolineare, però, che il percepire maggiormente la paura non sempre è negativo: le statistiche, infatti, evidenziano che coloro che percepiscono di più la paura della criminalità sono, in percentuale, coloro che risultano meno vittimizzati. Il motivo è semplice: essi mettono in atto più strategie difensive di coloro che si sentono più sicuri.

Per comprendere la paura degli italiani e il senso d'insicurezza ad essa, inevitabilmente, legato si è scelto di analizzare i dati Istat derivanti dalle Indagini Multiscopo «Aspetti della vita quotidiana» per gli anni 1998 e 2002. La variabile analizzata è il grado di sicurezza dei cittadini nel camminare da soli e al buio nella loro zona di residenza. I dati ricavati impongono di guardare alla paura della criminalità come ad un elemento diffuso nella società italiana e di estrema rilevanza nell'influenzare il grado di sicurezza o insicurezza dei cittadini. La paura della criminalità è, infatti, in aumento: si è passati dai 14 milioni e 224 mila italiani del 1998 che hanno dichiarato di sentirsi poco o per niente sicuri ai 17 milioni e 300 mila del 2002.

La distribuzione per classi di età e per genere è la stessa sia per il 1998 che per il 2002:

- nel 1998 a dichiarare di avere più paura, tra la popolazione maschile, sono stati i giovanissimi (classe di età 14-18) e gli anziani (la percentuale dei soggetti che si sente poco o per nulla sicura aumenta progressivamente a partire dalla classe 69-73); anche per le donne sono sempre le giovani e le anziane ad aver più paura ma quest'ultima si riscontra in più classi di età: 14-18 e 19-23

per le giovani e a partire dalla classe 64-68 per le adulte (Tabella 3) (Barbagli, 1998).

**Tab. 3 – Percentuale di persone di 14 anni e più, residenti in Italia, che si sentono poco o per niente sicure a casa di sera, per sesso ed età.**

<b>Classi di età</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>
<b>14-18</b>	7	20
<b>19-23</b>	3	20
<b>24-28</b>	4	16
<b>29-33</b>	4	16
<b>34-38</b>	4	13
<b>39-43</b>	5	12
<b>44-48</b>	4	14
<b>49-53</b>	5	15
<b>54-58</b>	5	18
<b>59-63</b>	6	21
<b>64-68</b>	9	22
<b>69-73</b>	8	21
<b>74-78</b>	13	23
<b>79 e oltre</b>	11	23

Il senso d'insicurezza varia anche in relazione al genere. La percentuale delle donne che hanno paura supera sempre quella maschile. I dati del 1997 confermano che la paura cresce all'aumentare dell'età (mediamente dai 49 anni in su) e che più essa cresce più aumenta il numero delle donne che dichiarano di non uscire mai di casa la sera (il picco più alto è della classe di età che va dai 79 anni in su). Ulteriori informazioni nella tabella seguente (Barbagli, 1998).

**Tab. 4 – Senso di sicurezza e di insicurezza nelle persone di 14 anni e più, residenti in Italia, quando camminano di sera per le strade del loro quartiere, per sesso ed età.**

Classi di età	Maschi				Femmine			
	Si sentono sicuri			Totale	Si sentono sicure			Totale
	Molto o abba- stanza	Poco o per niente	Non escono mai		Molto o abba- stanza	Poco o per niente	Non escono mai	
14-18	80	19	1	100	49	49	2	100
19-23	87	13	-	100	53	46	1	100
24-28	87	13	-	100	60	39	1	100
29-33	87	13	-	100	62	36	2	100
34-38	87	12	1	100	59	36	5	100
39-43	84	15	1	100	56	40	4	100
44-48	81	17	2	100	55	39	6	100
49-53	81	17	2	100	51	40	9	100
54-58	76	20	4	100	47	42	11	100
59-63	73	23	4	100	40	43	17	100
64-68	67	23	10	100	33	43	24	100
69-73	60	25	15	100	31	36	33	100
74-78	56	25	19	100	25	35	40	100
79 e oltre	42	27	31	100	18	32	50	100

- i dati del 2002 confermano i precedenti e si può notare come la situazione non sia cambiata di molto. Ad avere più paura sia per gli uomini che per le donne sono sempre i giovani e gli anziani e a sentirsi più insicuro è sempre il genere femminile. Il senso d'insicurezza è più elevato per la classe 14-24 (per gli uomini: 14-24; per le donne: 25-34), diminuisce nelle classi centrali e mediamente tende ad aumentare dai 55 anni in su (Muratore, Tagliacozzo, Federici, 2004).

**Tab. 5 - Persone di 14 anni e più per percezione della sicurezza e della insicurezza camminando di sera per le strade del loro quartiere, per sesso ed età – Anno 2002 (per 100 persone con le stesse caratteristiche).**

	Classi d'età							Totale
	14-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e più	
<b>MASCHI</b>								
<b>PERCEZIONE DI SICUREZZA CAMMINANDO AL BUIO</b>								
Molto sicuro/a	31,7	37,8	32,8	28,7	25,2	22,4	18,5	29,8
Abbastanza sicuro/a	53,0	47,5	51,6	51,5	48,5	45,0	37,6	48,9
Poco sicuro/a	12,1	11,1	11,8	14,3	18,0	18,7	17,1	14,1
Per niente sicuro/a	2,9	3,1	3,4	4,5	5,8	6,6	7,3	4,4
Non esce mai da solo/a	0,1	0,1	0,1	0,3	0,7	1,9	6,2	0,8
Non esce mai	0,2	0,3	0,3	0,8	1,8	5,3	13,3	2,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
	Classi d'età							
	14-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e più	Totale
<b>FEMMINE</b>								
<b>PERCEZIONE DI SICUREZZA CAMMINANDO AL BUIO</b>								
Molto sicuro/a	10,6	14,0	14,3	13,2	10,9	8,4	4,7	11,4
Abbastanza sicuro/a	46,0	48,7	47,2	42,7	36,1	28,5	22,8	40,2
Poco sicuro/a	31,6	23,9	23,4	24,0	24,5	22,4	16,5	24,0
Per niente sicuro/a	9,8	10,7	10,8	12,4	14,8	14,0	12,5	12,1
Non esce mai da solo/a	1,8	2,4	3,5	6,1	8,6	14,9	21,4	7,5
Non esce mai	0,2	0,3	0,8	1,7	5,2	11,8	22,1	4,9
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Il senso d'insicurezza per la strada, a casa o quando si entra in macchina varia sia per il tipo di comune di residenza, che per la ripartizione geografica, la classe sociale e il titolo di studio. Sia nel 1998 che nel 2002 si è riscontrato che la paura nel camminare da soli per strada al buio aumenta all'aumentare della grandezza del comune. Sono, infatti, i residenti dei comuni dell'area metropolitana a dichiararsi poco o per niente sicuri. Nel 1998, si è passati dal 19% dei comuni fino a 2.000 abitanti al 27% di quelli compresi tra 10.000 e 50.000, al 35% per i comuni dell'area metropolitana periferica e al 40% per gli abitanti dell'area metropolitana centrale. La stessa progressione si è verificata anche per coloro che si tengono lontani da strade e persone, che si sentono poco o per niente sicuri nell'andare a prendere la macchina posteggiata in un luogo lontano mentre coloro che controllano che nel sedile posteriore non ci sia nessuno o che non vi siano intrusi quando rientrano in casa o coloro che dichiarano di non sentirsi affatto sicuri a casa la sera si distribuiscono uniformemente per tutti i comuni.

L'Indagine Multiscopo del 2002 ha confermato che la distribuzione per comune della paura verso la criminalità non si è modificata di molto: vi è, ancora, una diminuzione progressiva della sicurezza all'aumentare dell'ampiezza del comune. Il 24.7% dei soggetti viventi nel centro dell'area metropolitana, il 21.9% di quelli dell'area periferica, il 20.7% di quelli abitanti in comuni con abitanti compresi tra 50.000 e più e via di seguito hanno dichiarato di sentirsi poco sicuri nel camminare al buio e il 12.3% degli abitanti dei comuni metropolitani e il 10.9% di quelli dell'area periferica, l'8.6% dei comuni i cui abitanti sono compresi tra 50.001 e oltre hanno dichiarato di non sentirsi per niente sicuri. Risultano, invece, equamente distribuiti per tipologia di comune coloro che si sentono poco o per nulla sicuri da soli a casa di sera.

La distribuzione geografica del senso d'insicurezza, invece, varia notevolmente. Sia nel 1998 che nel 2002 è il Sud d'Italia a registrare le percentuali più alte di paura fra la popolazione. Ancora una volta, in percentuale, sono le donne a sentirsi più insicure rispetto agli uomini. Sia nel 1998 che nel 2002, le regioni con il più alto numero di soggetti sicuri sono il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta mentre quelle dove si registra un tasso maggiore d'insicurezza sono: Campania, Puglia, Lazio, Piemonte, Sicilia, Calabria e Sardegna. Ricerche recenti hanno studiato la correlazione tra grado d'insicurezza e tipologia di reato scoprendo che la paura e l'insicurezza sono maggiori lì dove sono più presenti reati predatori (come gli scippi e le rapine): la Puglia e la Campania ne sono un esempio. La Sicilia, invece, pur registrando tra tutti i reati il maggior numero di omicidi non registra alti livelli di paura. Il perché è semplice. La paura è maggiormente influenzata dalla frequenza con cui un reato è commesso e dalla possibilità che vittima e aggressore entrino in contatto: i reati predatori ne sono un esempio. Ed è per questo che la paura è



meno diffusa dove meno sono presenti questi crimini. La relazione tra tipo di reato e preoccupazione sociale è la medesima riscontrata tra crimine e paura personale. Ancora una volta sono i reati predatori a incidere sul grado di preoccupazione della popolazione mentre gli omicidi non sembrano avere una correlazione diretta con essa.

Per ciò che riguarda il rapporto tra paura della criminalità, classe sociale e titolo di studio si è evidenziato come la paura tenda ad aumentare quanto è più bassa la classe sociale di appartenenza e quanto più basso è il grado di istruzione ricevuto. A parità di sesso, età e comune di residenza ed analizzando la variabile titolo di studio si nota come più è basso il titolo di studio, maggiore sia il numero dei soggetti a sentirsi insicuri per strada, nel proprio quartiere e nella propria abitazione. Analizzando, a parità di condizioni, la condizione professionale della popolazione si è riscontrato come, ad aver maggiore paura, siano gli operai, i commercianti e gli artigiani mentre a sentirsi più sicuri siano coloro maggiormente remunerati come gli imprenditori o i dirigenti (Nardi, 2003).

Qualsiasi individuo che sente vicino una minaccia o un pericolo mette in atto diverse misure che possano preventivamente tutelarla e proteggerla. Le più diffuse e importanti sono tre. La prima consiste nell'evitare luoghi o persone che risultano particolarmente pericolosi: ad esempio, molte persone scelgono di non attraversare un certo quartiere anche se significa allungare il proprio percorso; altri decidono di non frequentare determinati locali. Questo tipo di strategia è scelto più dalle donne che dagli uomini e cresce significativamente passando dai centri di dimensioni ridotte a quelli più ampi. La seconda strategia riguarda la difesa delle abitazioni. Sono ormai numerosi i sistemi utilizzati: antifurti, bloccaggio alle finestre, porte blindate, la presenza di custodi, l'abitudine di lasciare la luce accesa quando si è fuori sono solo alcuni dei comportamenti adottati dagli italiani. La terza strategia, quella più estrema, sta nel modificare totalmente le proprie abitudini di vita. Chi ha paura può decidere di non utilizzare i mezzi pubblici ma solo la macchina di proprietà, di uscire dal lavoro prima che faccia buio, di non uscire mai la sera e decidere di cambiare casa, quartiere o lavoro nel caso percepisca la propria zona a rischio.

Nel 1998, la forma più utilizzata di protezione per la casa è stata quella più tradizionale e cioè chiedere ai propri vicini di custodire la propria dimora nel periodo di assenza (43%), seguono l'utilizzo della porta blindata (35%) e il bloccaggio alle finestre (21%). Agli ultimi posti l'uso di un custode (9%) e la vigilanza privata (5%).

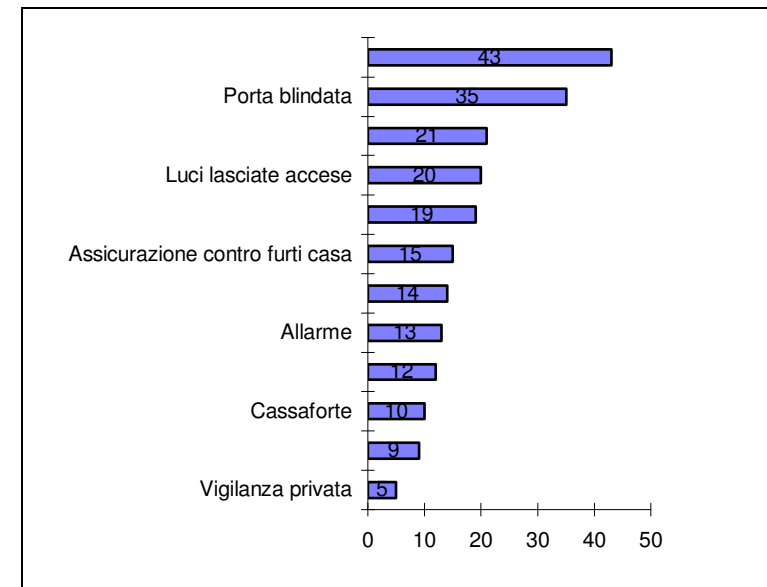
La scelta delle misure di sicurezza adottate varia rispetto alla grandezza del comune di residenza: più aumenta l'ampiezza del comune più aumentano e variano i dispositivi di sicurezza utilizzati dai soggetti. Passando dai comuni

più piccoli a quelli dell'area metropolitana aumentano i cittadini che possiedono una porta blindata, che usano un sistema di bloccaggio alle finestre mentre diminuisce il numero di coloro che possiedono un cane da guardia o un'arma. Rimane invariato, invece, il numero di coloro che sono collegati con un sistema di vigilanza privato o chi possiede un'assicurazione contro i furti.

La scelta delle misure di sicurezza varia anche a secondo della classe sociale. Le famiglie che utilizzano sistemi di bloccaggio alle finestre, porte blindate, un dispositivo di allarme, un'assicurazione contro i furti o un custode appartengono alla classe più agiata. Particolarmente significativo è l'uso degli allarmi: sono i nuclei familiari con a capo imprenditori o dirigenti professionisti a possederne in misura maggiore (28%), mentre scendono all'11% per le famiglie operaie e al 5% quelle con a capo una casalinga ex-operaia.

Il cane da guardia e le armi sono, invece, più diffusi tra le famiglie operaie mentre non vi è particolare distinzione di classe nella scelta di lasciare le luci dell'abitazione accese durante l'assenza o nella richiesta fatta a vicini di controllare la casa durante l'assenza (Barbagli, 1998).

**Grafico 1 – Percentuale di famiglie italiane che si servono di diversi sistemi di protezione.**



Come detto in precedenza, tra i tanti accorgimenti escogitati dalla popolazione italiana, vi possono essere decisioni talmente radicali da far cambiare le abitudini della persona che le adotta. Tra questi sicuramente il più importante è la decisione di cambiare casa. Nel 1998, si riscontra questa scelta soprattutto nei comuni dell'area periferica (1.7%) e centrale (1.6%) dell'area metropolitana ed è sempre in questa area che è presente la maggiore percentuale di coloro che intendono cambiare casa in futuro: 6% in totale.

Effettuando un'analisi di tipo regionale coloro che hanno cambiato casa o intendono cambiarla in un prossimo futuro sono presenti in Campania (rispettivamente 2.1% e 3.7%), nel Lazio (1.7% e 2.8%) e nel Piemonte (1.4% e 2.3%); non a caso queste sono anche le regioni in cui si riscontra una maggiore paura della criminalità.

La situazione rilevata nel 2002 non è molto differente rispetto a quella dell'indagine precedente. Nell'inchiesta effettuata si è scoperto che le strategie più usate nella zona del Nord-Ovest sono: possedere una porta blindata (47.9%), utilizzare un sistema di bloccaggio alle finestre (32.6%), stipulare un'assicurazione contro i furti (24.8%), avere delle inferriate alle finestre (23.3%), avere un custode (9.9%) e l'essere collegato alla vigilanza privata (4.7%); nel Nord-Est si preferisce lasciare le luci accese quando non si è in casa (26.6%), avere una cassaforte (13.7%), possedere cani da guardia (13.6%); al Centro si possiedono più armi da caccia (12.5%) e non da caccia (4.9%); al Sud la modalità più frequente è chiedere aiuto ai vicini (41.5%); nelle Isole non risulta presente una particolare strategia, sicuramente però la meno attuata è quella della vigilanza privata.

Guardando alla correlazione tra tipo di comune e strategia utilizzata si evidenzia che l'abitudine di lasciare le luci accese e l'essere collegati a un sistema di vigilanza privata è presente, soprattutto, nei comuni da 10.001 a 50.000 abitanti; nei comuni fino a 2.000 abitanti si tende a possedere un cane da guardia, armi da caccia e non e a stipulare assicurazioni contro i furti; quest'ultima tipologia di difesa è presente anche nei comuni con popolazione compresa tra 2.001 a 10.000 abitanti con la medesima percentuale; in periferia è abitudine chiedere aiuto ai vicini di controllare la casa, bloccare le finestre, utilizzare le inferriate e sistemi di allarme; nei comuni centrali dell'area metropolitana si usano porte blindate e portieri nei condomini.

In generale, le strategie più diffuse sono: la porta blindata (40.8%), l'aiuto dei vicini (40%), il bloccaggio alle finestre (26.4%); quello meno richiesto è la vigilanza privata (4.1%).

Le classi più agiate, in cui il capofamiglia è un dirigente, un libero professionista o un imprenditore sono quelle più collegate a un sistema di vigilanza privata (8.3%), sono quelle che stipulano più assicurazioni contro i furti (25.6%), che possiedono porte blindate (54.9%), dispositivi di allarme

(29.4%), inferriate a porte e finestre (25.5%) e casseforti (25%): coloro che, invece, chiedono aiuto ai vicini (41.9%), che possiedono cani da guardia (18.5%) o armi da caccia (12.1%) sono, nella maggioranza dei casi, lavoratori in proprio o coadiuvanti. Coloro in cerca di una prima occupazione optano per il bloccaggio alle finestre nel 38% dei casi o lasciano le luci accese (30.6%).

#### **4. Conclusioni**

Le indagini di vittimizzazione analizzate hanno portato in evidenza come, in materia di vittimologia, sia la donna, più che l'uomo, ad essere la reale protagonista delle rilevazioni svolte.

In tema di sicurezza/insicurezza si può dire che, fuori o dentro la famiglia, nel pubblico o nel privato è sempre la donna a portare il fardello più pesante. Non solo perché è colei che prova di più la paura verso la criminalità ma, soprattutto perché, è l'intera società a credere che siano proprio le donne ad essere l'elemento più debole dell'intero sistema sociale. Di fronte ad innumerevoli politiche implementate in questi ultimi anni atte a ridurre il senso d'insicurezza e la paura di rimanere vittimizzati si dovrebbero escludere tutte quelle iniziative tendenti ad estromettere la donna dal tessuto sociale e a proteggerla eccessivamente. La società dovrebbe boicottare tutti quegli atteggiamenti che differiscono se ci si rivolge ad un sesso piuttosto che all'altro e che già dalla prima infanzia condizionano i comportamenti dei due generi.

Molti studi sociologici hanno dimostrato, infatti, che la stessa educazione differisce tra uomo e donna e che i genitori e la società tendono a forgiare la personalità dei bambini in modo differente: alle bambine, ad esempio, s'insegna a chiedere e cercare protezione mentre ai bambini s'insegna a darla; nei maschi s'incoraggia l'aggressività ma nelle bambine la remissione; alle femmine viene insegnato, fin da piccole, a stare attente ai propri comportamenti che devono essere assolutamente non provocatori nei confronti del mondo maschile. Tutti questi elementi vengono interiorizzati come schemi comportamentali da chi li riceve e, avvenendo nell'ambito della socializzazione primaria, caratterizzeranno la personalità che il soggetto avrà nella vita adulta. Fin dalla più tenera età, dunque, il genere femminile porta con sé una differenza importantissima, una sorta di discriminazione sessuale a carattere sociale che lo influenzerà nel corso della vita e, soprattutto, in un ambito molto importante: quello riguardante la sicurezza urbana.

Il modello di sicurezza scaturito da tutto ciò ha continuato a rispecchiare una disuguaglianza di genere e ha creato, per le donne, una libertà a carattere limitato. Sicurezza è per le donne sinonimo del non camminare da sole di notte, del non frequentare determinate zone, di evitare atteggiamenti ed abbigliamento provocanti. Al genere femminile è stato, implicitamente, chiesto di chiudersi in casa perché solo lì sarebbe stato al sicuro. E' un genere di libertà

che non ha però lo stesso sapore di quella maschile; è una libertà troncata a metà dove ciò che non si deve fare supera ciò che si può fare; è una libertà simile ad una prigionia dove la prigionia non è altro che il proprio genere.

E che dire dei dati Istat sulla violenza domestica? E se la donna non è al sicuro neanche in casa, dove può sentirsi sicura? La notte continua ad essere preclusa al genere femminile, il luogo di lavoro può essere il palcoscenico di tirannie e molestie prettamente maschili, lo spazio cittadino è creato a misura di uomo. Cosa si può fare?

Si deve, innanzitutto, capire che l'insicurezza femminile ha la sua base nella sensazione di maggiore vulnerabilità fisica e psicologica, che a sua volta è da legare esclusivamente alla sfera sessuale. E' statisticamente provato che le donne corrono di più il rischio di subire uno scippo o un borseggio che di essere stuprate. Ma il timore di subire questi reati non è visto, semplicemente, come tale: le donne temono sempre che possa succedere qualcosa di più, un'aggressione che sfoci e violi la sessualità di ognuna. Ma è anche statisticamente provato che avventurarsi in determinate zone da sole aumenta il rischio di essere oggetto di molestie e attenzioni di natura sessuale che di subire uno scippo o un borseggio.

Ancora oggi molte cose che sono ovvie per gli uomini non lo sono per le donne; tuttora il termine sicurezza non implica le medesime cose per i due generi.

E' pur vero che molto si è fatto, negli ultimi anni, per cercare di aumentare il senso di sicurezza dei cittadini. Lo stato, le amministrazioni comunali e provinciali, le regioni hanno collaborato ed implementato molte politiche sul territorio con notevoli risultati, come la riduzione degli atti criminosi. Oggi si parla di «sicurezza integrata» intendendo, appunto, l'unione tra i diversi livelli istituzionali: tra il livello amministrativo, giudiziario e sociale. Si è cercato di prevenire tutti quei fattori che creano o favoriscono le opportunità criminose attraverso, ad esempio, la sorveglianza delle aree cittadine, delle scuole, del patrimonio pubblico attraverso sistemi di video sorveglianza o con la creazione del poliziotto di quartiere.

Ma quante di tutte queste iniziative sono state attuate pensando alle donne e a creare una sicurezza che non fosse per loro un limite alla propria libertà di essere cittadine come lo sono gli uomini, con gli stessi diritti e i medesimi bisogni?

In conclusione è possibile affermare che si dovrebbero promuovere misure adatte a creare e sostenere l'autonomia di ciascun individuo e non l'assenza di situazioni, di eventi, di atteggiamenti e comportamenti indicati come insicuri. Si dovrebbe comprendere che creare sicurezza significa dare le stesse libertà di accesso a tutti i luoghi, di usufruire degli stessi servizi sia per

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

gli uomini che per le donne e di evitare che il solo fatto di nascere uomo o donna possa implicare una conseguenza futura di tale portata.

E' questa la sfida dei prossimi anni: non solo ridurre la criminalità sul territorio ma anche creare una sicurezza più a misura di donna.

### **Bibliografia**

Barbagli, M. (a cura di), *Reati, vittime, insicurezza dei cittadini*, Roma, Istat, 1998, pp. 50-51.

Barbagli, M., Sabbadini, L.L., *La sicurezza nelle città italiane*, Bologna, Il Mulino, 1999.

Barbagli, M., *La paura della criminalità*, in *La criminalità in Italia*, a cura di M. Barbagli e U. Gatti, Bologna, Il Mulino, 2002, pp. 205-209.

Barbagli, M., Gatti, U., *La criminalità in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2002.

Censis, *Inchiesta Censis sulla criminalità e la giustizia*, Roma, 1997.

Censis, *I fattori di sicurezza personale*, in «Un mese di sociale: I nuovi termini della coesione sociale», (3), Roma, 26 giugno 2003, disponibile al sito Internet: [http://www.censis.it/files/Ricerche/2003/fattori\\_sicurezza.pdf](http://www.censis.it/files/Ricerche/2003/fattori_sicurezza.pdf).

Dipartimento Pari Opportunità – Istat, *Violenza contro le donne e maltrattamenti in famiglia*, Rapporto sulle attività svolte nel 2002, disponibile sul sito Internet: <http://www.pariopportunita.it/i-siti-deg/attori-pro/Inea/documenti/rapporto-2003.zip>

Eures, *L'omicidio volontario in Italia*, disponibile sul sito: [www.eures.it](http://www.eures.it)

Eurispes, *Rapporto sugli omicidi in famiglia – Primo semestre 1994*, disponibile sul sito: [www.eurispes.it](http://www.eurispes.it).

Eurispes, *Osservatorio sui delitti di coppia e familiari - 2003*, disponibile sul sito: [www.eurispes.it](http://www.eurispes.it).

Istituto Nazionale di Statistica, *Indagine Multiscopo sulle famiglie. Anni 1987-1991, Vol. 5 – I fatti delittuosi: Caratteristiche degli eventi e delle vittime*, Roma, Istat, 1993.

Istituto Nazionale di Statistica, *Statistiche giudiziarie penali*, Roma, Istat, 1996.

Istituto Nazionale di Statistica, *La percezione dei cittadini: Reati, vittime, percezione della sicurezza e sistemi di protezione*, Roma, Istat, 1999.

Istituto Nazionale di Statistica, *Famiglie, abitazioni e sicurezza dei cittadini. Indagine Multiscopo sulle famiglie*, in «Aspetti della vita quotidiana», anno 1999, Roma, 2000.

Istituto Nazionale di Statistica, *Famiglie, abitazioni e sicurezza dei cittadini. Indagine sulle famiglie. Dicembre 2001-Marzo 2002*, Roma, Istat, 2003.

Muratore, M.G., Tagliacozzo, G., Federici, A. (a cura di), *La sicurezza dei cittadini 2002. Reati, vittime, percezione della sicurezza e sistemi di protezione – Indagine multiscopo sulle famiglie “Sicurezza dei cittadini”*, Informazioni n° 18, Roma, Istat, 2004, p. 20.

Nardi, L., *Il senso di insicurezza*, in *Rapporto sulla criminalità in Italia*, a cura di M. Barbagli, Istituto di studi e ricerche «Carlo Cattaneo», Bologna, il Mulino, 2003, pp. 531-537.

Sartori, L., *Degrado e paura per la criminalità*, in *Rapporto sulla criminalità in Italia*, a cura di M. Barbagli, Istituto di studi e ricerche «Carlo Cattaneo», Bologna, 2003, pp. 489-494.





Antonio Del Casale<sup>2</sup>

## SIMULAZIONE DI MALATTIA MENTALE

### Abstract

“**Simulation of mental disease**” is one of the most topical and troubled problems, both in psychopathological and in forensic field. In fact, for example, *the boundary* between Syndrome of Ganser and real Simulation is often very fine and indistinct; denied by some authors, too.

This transient limit might be easily crossed not in psychopathological treaty only, but also in the concrete Ego of an artful simulator: after an *initial* mental disorder production, according to psychical defensive mechanism too, a real mental disease may arise. Someone, pretending to be crazy for noble intents, realized the inherent risk: “*Let not ever the soul of Nero enter this firm bosom*”. (Shakespeare, Hamlet III.II.)

Current psychiatry, from phenomenology to DSM-IV, from psychoanalytic to psychodynamic field, from criminology to forensic psychiatry, has to examine this controversial and hard-defined disorder. *Syndrome of Ganser* and *Fictitious Disorder*, which are connected with real simulation, might often be used in courtroom as a *pass par tout*, in order to obtain reductions of sentence or jail-incompatibilities.

**Key words:** Simulation – Syndrome of Ganser – Vorbeireden – Fictitious Disorder – Hysteria – Crepuscular State – Pseudo-dementia – Pseudo-demential Conditions.

**Parole chiave:** Simulazione – Sindrome di Ganser – Vorbeireden – Disturbo Fittizio – Isteria – Stato Crepuscolare – Pseudodemenza – Condizioni pseudodemenziali.

### 1. Introduzione

Gli atti di simulare, dissimulare, fingere, mentire, etc., sono insiti nella natura del mondo e nel carattere umano. Proprio per questo troviamo innumerevoli casi di soggetti che simulano sia in ambito storico sia letterario. Personaggi storici come il legislatore ateniese Solone, il celebre Tommaso Campanella, San Romualdo e molti altri hanno messo in atto comportamenti

---

<sup>2</sup> Medico Chirurgo. Esperto in Criminologia Clinica.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

simulatori per giungere a scopi determinati, anche nobili. In letteratura è descritta simulazione in svariati personaggi, tra cui Ulisse nell’Odissea, Davide nella sfida contro Golia, nella commedia dell’arte francese e italiana, nelle tragedie Shakespeariane “Tito Andronico” e “Amleto”.

*Ogni atto o comportamento di simulazione o menzogna è sempre compiuto per raggiungere un fine o uno scopo ben preciso, prefissato nella natura o nella mente di chi lo compie.*

Anche in base a ciò, un fondamentale interrogativo si pone all’attenzione dello studioso che affronta l’argomento “*Simulazione di malattia mentale*”: tale comportamento è una recita per ottenere dei vantaggi – probabili o improbabili che siano – inscenata da un individuo privo di patologie mentali di sorta? Oppure si può affermare, come spesso sostenuto da Jung, che dietro un atto simulatorio si potrebbero nascondere spesso tratti psicopatologici? Questo dubbio di fondo già agli inizi del 1900 aveva dato luogo a diverse correnti di pensiero, anche in netto contrasto tra loro.

Alcuni, tra cui appunto Jung, rilevavano l’esistenza di disturbi del livello di coscienza nella maggior parte dei simulatori. Per lui anche i sintomi più grossolani sarebbero prodotti da una volontà, **in parte inconscia, in parte semicoscente**, frutto di alcune **situazioni affettive**, in grado di scatenare i meccanismi automatici che mantengono in atto l’atteggiamento simulatorio.

Altri autori invece, tra cui P. Penta, consideravano molti simulatori, assidui frequentatori di carceri e istituti di pena, non solo privi di patologie mentali, ma anzi dotati di grande volontà e furbizia, sfruttate per ingannare medici, personale sanitario e carcerario.

Prima di Jung, già Ganser aveva posto l’accento sulla forte **carica affettiva** delle allucinazioni visive oniroidi (*traumhaft*) presenti in un gruppo di pazienti affetti da una sindrome, a suo dire al di fuori del gruppo delle simulazioni, caratterizzata da:

- Stato crepuscolare di coscienza transitorio
- Disorientamento
- Incapacità di riconoscere oggetti
- Distraibilità
- Allucinazioni combinate, soprattutto visive
- Cefalea
- Carattere isterico
- Amnesie
- *Vorbeireden*: sintomo di Ganser o “parlare di traverso”, con risposte assurde e insensate; esse possono seguire a questioni semplicissime e note a tutti (di cui non si può non sapere la risposta) o dimostrare un’ignoranza quasi impossibile ad aversi, come ad esempio:

D: Quanto fa 2+2? R: 5;

D: Quante dita hai? R: 445;

D: Di che colore è la luna? R: Viola;

D: Dov’è Roma? R: In India;

D: Che ore sono? R: (*sempre a casaccio*)

La sindrome di Ganser, come fu chiamata in seguito, ha come sintomo-cardine proprio il *vorbeireden*, anello di congiunzione tra la simulazione di malattia mentale e tutte le patologie psichiatriche in cui può comparire (vedi diagnosi differenziale). Ganser usò il termine *Vorbeireden* nel suo secondo articolo dedicato alla ormai celebre sindrome, traendolo da Nissl e da Westphall (*Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens* - 1893), e lo accostò anche ad altri come *Vorbeigehen*, passare di lato; *Danebenreden*, discorrere accanto; *Vorbeihandeln*, agire alla rovescia.

Ogni patologia in rapporto con la simulazione può essere usata in aula di tribunale come *pass par tout*, per ottenere sconti di pena o incompatibilità con il regime carcerario, risarcimento di un danno, pensioni di invalidità, etc.

## **2. Psicopatologia: Definizione e diagnosi di simulazione**

Dal punto di vista psichiatrico la voce “simulazione” non dovrebbe essere un termine diagnostico, poiché già in sé racchiude un significato di condanna morale, incidendo più sull’osservatore che sull’osservato. Spesso non si tratta tanto di “simulazione conscia o inconscia, quanto, invece, **di una impostazione dell’osservatore nei riguardi di un comportamento, per il quale non si può fare a meno di un giudizio di valore**” (Callieri).

Questo termine non ha nessun significato psicopatologico, anzi dovrebbe essere inquadrato per quello che in realtà esprime: un processo di cambiamento di qualità o comportamenti, non necessariamente tendente a negatività o sopraffazioni di sorta, anzi spesso usato dalla natura solo per la sopravvivenza di alcune specie. Nella psicologia, “simulazione” appartiene più che altro alla sfera sociale del gioco, indicando il gesto di chi imbrogliava per vincere, se ci riesce.

Il DSM-IV TR definisce la Simulazione una “**produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni**”.

**Essa ha una prevalenza vicina allo zero nella popolazione media,** presentandosi quasi esclusivamente in soggetti detenuti in carcere, trattati in OPG, in individui sottoposti a giudizio, o in personalità in ogni caso deviate dal punto di vista criminologico. Proprio a tal proposito, scriveva Jung: *“La simulazione di malattie mentali è un fenomeno rarissimo, che rimane quasi esclusivamente limitato a detenuti e carcerati. Per il pubblico abituale, il*

*timore del manicomio è troppo grande e questa forma di simulazione troppo scomoda perché valga la pena di cercare vantaggi illeciti per questa via”<sup>3</sup>.*

I processi che avvengono e che risultano essere alla base del comportamento simulatorio sono ben definiti da Pancheri e Cassano, come riportato nella tabella seguente.

<b>Creazione</b>	Costruzione di sintomi psichici secondo le proprie aspettative, credenze, fantasmi sulla malattia mentale
<b>Imitazione</b>	Riproduzione di sintomi psichici precedentemente osservati in pazienti psichiatrici
<b>Rievocazione</b>	Richiamo di sintomi psichici sofferti in passato ma attualmente assenti
<b>Stabilizzazione</b>	Presentazione di sintomi psichici realmente sofferti in passato e allo stato attuale parzialmente regrediti
<b>Radicamento</b>	Costruzione di sintomi non reali che tendono a divenire reali
<b>Esagerazione</b>	Aumento volontario della gravità di sintomi esistenti
<b>Allegazione</b>	Arricchimento della sintomatologia psichica con una sintomatologia organica inesistente
<b>Pretestazione</b>	Attribuzione di falsa causalità alla sintomatologia psichica reale
<b>Autoinduzione</b>	Presenza di patologia psichica volontariamente causata

<sup>3</sup> C. G. Jung – *Simulazione di Malattia Mentale*, B. Boringhieri, Torino

<b>Mascheramento</b>	Esibizione di sintomi che nascondono la reale psicopatologia
<b>Dissimulazione</b>	Offerta di uno stato di benessere che nasconde una reale psicopatologia

Possiamo affermare, con Klieneberger, e in seguito con Callieri e Semerari, che esistono due grandi classi di simulatori:

**A. *Abnormi psichici, che simulano***

**B. *Personalità normali, che simulano***

Ad entrambi i gruppi appartengono individui abitualmente dediti al simulare, che hanno cartelle cliniche molto ricche e dettagliate, lievitate nel corso di un lungo arco di tempo.

Riassumiamo qui di seguito i principali indici di sospetto di comportamento simulativo:

- Individui posti in condizioni detentive, quali che siano (carcere, OPG, prigionieri di guerra, sequestri di persona).
- Il *modo-di-esserci* è inautentico.
- Manca la compartecipazione emotiva nei riguardi dei sintomi esposti.
- Soggetti devianti (in particolare, secondo Jung, quelli abitualmente dediti al furto e alle truffe in genere; secondo altri aa. quelli fortemente inclini al gioco e tendenti alla menzogna abituale).
- Individui aventi un fondo di carattere isterico (suggestionabilità, passività, dipendenza).
- Presenza dei segni clinici: *Vorbeireden* o “parlare di traverso”; *Vorbeirechnen* o “calcolare di traverso”; rilievo di sintomi grossolani o impossibili in medicina; produzione di sintomi slegati, privi di correlazioni eziologiche, con volontà di esibirli ed elencarli.

- Esistenza di una ben precisa motivazione a mettere in atto il comportamento simulatorio (evitare il servizio militare, ottenere pensioni di invalidità, risarcimenti finanziari, etc).
- Soggetti affetti da Disturbo Antisociale di Personalità (non rispetto della legge, tendenza a violare i diritti degli altri, non senso di colpa per i crimini commessi).

Fondamentale aggiungere che, in base alla non esistenza di un sintomo patognomiconico (secondo Piperno non era tale neppure *la confessione di aver simulato*), alla possibile commistione e alla contiguità con altre patologie psichiatriche, alla ricchezza dei dati anamnestici a disposizione, ai fattori di bravura, scaltrezza e capacità di recitazione dei sospetti simulatori, è opportuno, nel colloquiare con tali personalità, adottare un metodo fenomenologico, procedere, diciamo con Husserl, all'*Epochè*, una sospensione del giudizio da parte dell'operatore.

A nostro modo di vedere, è più facile arrivare ad una diagnosi di simulazione discostandosi dai pregiudizi, affidandosi all'intuito puro, alla *pre-comprensione*, piuttosto che rendendo conto a prefissati schemi diagnostici.

Come si potrebbe altrimenti cogliere uno stato di simulazione accompagnato da disturbi dell'attenzione e da fenomeni crepuscolari? Proprio a proposito di tali fenomeni, **Jung ritiene quasi tutti gli stati simulatori delle semi-simulazioni, nelle quali esiste una modificazione del campo di coscienza, e uno stato di attenzione dissociata.** Egli compì alcuni studi di *simulazione sperimentale*, usando il metodo di associazione verbale mentre distraeva l'attenzione del soggetto in osservazione con i battiti di un metronomo. Con questo metodo rilevò che all'aumentare del tempo battuto dal metronomo:

- a) Aumentavano le associazioni di suono;
- b) Diminuivano le associazioni interne;

c) Vi era incapacità di apprendere la parola-stimolo.

Tale sperimentazione ci spinge a riflettere sui rapporti intercorrenti tra:

- *Modificazioni dell'attenzione*
- *Stato di coscienza*
- *Fenomeni ipnotici e ipnotismo*
- *Fenomeni crepuscolari e isterismo*
- *Simulazione*

Questi punti sono strettamente interconnessi: lo spostamento del campo attentivo è in grado di modificare lo stato di coscienza di un soggetto. Si pensi ai diversi tipi di *trance* che si possono raggiungere tramite la concentrazione: la *trance* che si genera in tutti noi, quando ci sembra di entrare “dentro il film” che stiamo guardando al *cinema*; la *trance da cerimoniale religioso*; la *trance ipnotica profonda*, non altro che un livello di *trance* più profondo rispetto alle altre<sup>4</sup>.

Mastronardi comprende nella più vasta definizione di “Stati Alterati di Coscienza” fenomeni come l’ipnosi, l’autoipnosi, la *trance*, la possessione, il “volo dell’anima”, e altri. Con questa importante sintesi si ha a disposizione “una modalità di classificazione di più ampio respiro” che può comprendere “anche altri eventuali nuovi modi di apparire degli ASC. Il comune substrato fisio-patologico giustifica altresì questo tipo di classificazione, proponendo una interessante correlazione tra gli aspetti genetici e gli influssi ambientali, tale che i vari tipi di ASC non sono dunque altro che i diversi modi di apparire e di

---

<sup>4</sup> Si rimanda ai lavori specificati in bibliografia di V. Mastronardi, M. H. Erickson, L. Chertok, F. Granone, L. Ancona, S. Freud *et al.* sull’Ipnosi e sugli stati modificati di coscienza.



esprimersi, dovuti alle differenze socio-ambientali di una stessa predisposizione genetica di base”<sup>5</sup>.

Per cui la possibilità di entrare in stati alterati di coscienza è fisiologica in tutti, esprimendo una predisposizione naturale del sistema nervoso centrale. Tale predisposizione diventa più evidente in specifiche classi di soggetti: individui con sfondi caratteriali isterici possono manifestare stati crepuscolari di coscienza e cadere molto facilmente in trance ipnotica, proprio come chi è affetto da sindrome di Ganser.

Possiamo affermare con Jung che buona parte della diagnostica differenziale riguardante la simulazione, la sindrome di Ganser e la pseudodemenza isterica si gioca proprio su questo campo: lo stato di coscienza determinato dal livello attentivo.

Per alcuni autori, tra cui Bini e Bazzi, sindrome di Ganser e pseudodemenza si differenziano tra loro solo per l'intensità dello stato crepuscolare, rappresentando quindi nel loro insieme un *continuum* psicopatologico. Come rilevato da Callieri e Semerari, *“il rapporto con la simulazione costituisce una delle questioni psicopatologiche più discusse della sindrome di Ganser e della pseudodemenza. Queste ultime forme, infatti, costituiscono una specie di ponte tra il sintomo isterico (psicogeno) e il sintomo simulato”*.

Oltre ad essere spesso interconnesse in letteratura e creare problemi di diagnostica differenziale, queste forme patologiche possono anche essere consequenziali nella storia naturale di una malattia.

E' ben noto il fatto che si può passare dalla simulazione ad una condizione psicopatologica vera e propria. Jung<sup>6</sup> descrive il caso clinico di J., nato nel 1867, filatore di professione, a cui la simulazione riesce *fin troppo bene* e va ad

---

<sup>5</sup> Cit. da Vincenzo Mastronardi – *Filmtherapy. I Film che ti aiutano a stare meglio*. Armando Editore, Roma 2005

<sup>6</sup> C. G. Jung – *Simulazione di Malattia Mentale*, B. Boringhieri, Torino.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

insinuarsi nel subconscio. *“Quanto più elevato è il grado soggettivo di suggestionabilità,”* – scrive Jung – *“tanto più prossima è la possibilità che la parte dapprima rappresentata falsifichi a poco a poco la realtà, imprigioni il soggetto e soppianti la personalità originaria”*.

P. Penta osservò il caso di V. L. il quale dapprima simulò uno stato di malattia mentale, *“egli stesso ridendo del suo giuoco, e, dopo poco tempo, fu colto da una vera forma di frenosi acuta con allucinazioni ed impulsi, senso di angoscia, anoressia e delirio, la quale, per il suo ripetersi due o tre volte in un anno, ha dato a sospettare di essere di natura epilettica”*.

Lo stesso autore riporta due osservazioni molto interessanti fatte una da Campagne e l'altra da Morel. In esse, due simulatori *“confessarono che avevano dovuto rapidamente smettere, perché il volontario ed il cosciente si andavano in loro confondendo coi prodotti che involontariamente venivano su dagli specchi reconditi della incoscienza, il reale si mescolava e si fondeva stranamente col fantastico, di talchè essi, vedendosi quasi avvolti dalle spire della follia, n'ebbero spavento e chiesero sinanche soccorso ai medici che già li avevano smascherati e fatti condannare”*. Anche altri autori, tra Koster<sup>7</sup> e Allison<sup>8</sup>, descrissero casi di simulatori di malattia mentale che esitarono in condizioni psicopatologiche ben determinate.

Lo stesso Shakespeare in Amleto, mettendo in guardia dai pericoli insiti nel simulare, narra: *“E' l'ora stregata della notte, quando i cimiteri sbadigliano e l'inferno soffia il suo contagio sul mondo. Ora potrei bere sangue caldo e compiere cose da far raccapricciare il mondo. Calma invece! Devo andare da mia madre. Non corromperti mio cuore, non fare che l'anima di Nerone entri*

---

<sup>7</sup> Koster – *Simulation und in Folge deren Geistesstörung*. Allgemeine Zeitschrift für Psych. 1884

<sup>8</sup> Allison – *An Aspect of the feigned Folie*. American Journal of Insanity, Avril 1898

*in questo petto. Sarò crudele ma non snaturato; le parlerò di pugnali senza farne uso. Con le parole e con l'anima sarò ipocrita; ma tu, anima mia, qualunque offesa io possa rivolgerle, non porvi mai il tuo suggello”* .

Shakespeare - *Amleto* (atto III, scena II)

Inversamente, è possibile osservare soggetti che tornano in modo rapido da uno stato crepuscolare patologico ad uno normale. Jung descrive pazienti in stato crepuscolare che *si destano improvvisamente dal loro stupore* e rientrano in condizioni di coscienza di perfetta normalità. La guarigione improvvisa è vista da alcuni studiosi come una caratteristica propria del simulatore che non “regge più il gioco”, per stanchezza o per mancata sussistenza del motivo che lo aveva spinto a dar luogo alla simulazione stessa. Altri pensano che sia una caratteristica tipica della sindrome di Ganser o comunque di una forma di ganserismo. Tali eventualità sono entrambe possibili e la loro evenienza deve essere valutata di caso in caso, anche in base ai motivi che hanno portato il soggetto osservato a simulare.

Il tentativo di “smascherare” il simulatore potrebbe, oltre che essere fallimentare, anche fuorviare lo psicopatologo: è opportuno eliminare ogni sorta di pregiudizio – come già detto in precedenza – e rendersi conto globalmente di **cosa ci sia intorno alla simulazione**:

- A. I sintomi manifestati;
- B. Lo stato di coscienza dell'individuo;
- C. Lo stato d'animo dell'individuo;
- D. Le eventuali patologie sottostanti;
- E. I motivi che hanno provocato quella condizione.

Di sicuro **non esiste un individuo che si comporta come un simulatore-tipo**, ma ognuno rappresenta un caso a sé, con i suoi sintomi, il suo stato di coscienza, i suoi tratti caratteriali e i suoi motivi.

### 3. Psicopatologia: motivi del comportamento simulatorio

Le motivazioni che spingono un individuo a simulare la malattia mentale hanno, nello studio clinico e forense, un'importanza fondamentale. E' innegabile, per esempio, che i soggetti fortemente determinati a raggiungere un obiettivo sono i simulatori migliori, quelli più ingannevoli. Essi sono, tra l'altro, anche quelli che hanno maggiori probabilità di manifestare evoluzione verso una malattia mentale vera e propria.

La simulazione avviene in molti casi, secondo Jung, se il soggetto ha un motivo che lo porta ad investire **una carica affettiva molto elevata**, la quale farebbe scattare degli automatismi negativi. Citiamo da un suo caso clinico: *"...è infatti possibile che egli (il simulatore) si rendesse conto della confusione provocata dall'affetto e che l'abbia forse convertita nel desiderio d'essere matto, piuttosto che causare a sua madre la vergogna di una nuova condanna"*.

D'altro canto, è ben noto che alcuni detenuti e altri soggetti devianti simulano uno stato di malattia mentale per i motivi più diversi, che, all'occhio dell'osservatore esterno, possono sembrare a volte molto seri e anche comprensibili, altre volte ridicoli ed effimeri.

Nelle carceri napoletane dei primi del '900 la follia era simulata anche **per ottenere il vitto da malato**, di poco migliore rispetto a quello dei detenuti ordinari. Nello stesso periodo, alcuni carcerati dovevano simulare, per motivi sconosciuti, **sotto l'ordine dei capi della camorra**, che suggerivano anche la forma della malattia da simulare e collaboravano per la buona riuscita della recita. Altri detenuti potevano simulare la follia **per evitare l'isolamento o la punizione** conseguente ad una grave mancanza; **per evitare la compagnia di cella con persone non gradite; per il desiderio di cambiare sede** – per voglia di novità o per la possibilità di organizzare una **fuga** durante il trasferimento;

**per desiderio di fare dispetto agli agenti e di prendersi gioco di loro; per naturale tendenza all'inganno**, in questo caso nei confronti di medici e magistrati.

Uno dei motivi di simulazione più frequenti è **il non volersi presentare in aula di tribunale**. *“Nelle Carceri giudiziarie di Napoli si simula la pazzia”* – scrive P. Penta – *“... , tante volte, per non presentarsi quel dato giorno al dibattimento, perché il delinquente non si è ancora ben preparato il suo alibi, perché non si è messo di accordo completamente col suo avvocato, perché teme di quei dati giudici, di quel dato giorno, il quale, per la cifra che lo rappresenta, o per altri ricordi di condanne o di scacchi subiti, è un giorno per lui nefasto”*. *“M. A., giovinetto ancora imberbe... due giorni prima di andare a fare la causa, perché questa si sarebbe discussa un venerdì, 13, giorno sommamente nefasto e pericoloso quindi per lui, fa l'incoerente e lo scimunito nel Carcere del Carmine...”*.<sup>9</sup>

Oltre ai motivi fin qui menzionati, bisogna aggiungere:

- Evitare la pena di morte;
- Ottenere l'incompatibilità con il regime carcerario o uno sconto di pena;
- Ottenere una piena libertà; Conseguire pensione di invalidità, a seguito di un sinistro o mediante amplificazione di patologie già esistenti;
- Acquistare risonanza e notorietà sui mezzi di comunicazione di massa;
- Giustificarsi per mancanza di lealtà nei confronti della criminalità organizzata (paura di ripercussioni).

**E' interessante notare come siano diversi i sintomi e i comportamenti simulati, in base al motivo che li ha scatenati:** il detenuto in istruttoria e l'operaio infortunato, per esempio, ci forniscono dei quadri molto diversi tra

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

loro. Per cui (Callieri, Semerari) sono ben variabili le simulazioni che possiamo trovare nei seguenti ambiti:

- A. **Penale** (lesioni personali, omicidi, delitti sessuali, etc.);
- B. **Civile** (risarcimenti, pratiche matrimoniali, etc.);
- C. **Penitenziario** (incompatibilità carceraria, sconti di pena, etc.);
- D. **Medico-legale** (pensioni di invalidità, ottenimenti di rendita, etc.);
- E. **Militare** (congedo, licenze varie, etc.);
- F. **Bellico** (sfuggire alla prigionia di guerra);

Klieneberger e Nunberg descrivono casi di ufficiali di guerra che simularono una malattia mentale per sfuggire alla prigionia e tornare alle armi per il loro paese.

Secondo B. Callieri e A. Semerari, è proprio nella prigionia di guerra che *“la simulazione vera può fiorire ed arrivare in porto, non solo per le condizioni esterne, ma anche per l'azione unitaria e convergente dei **motivi determinanti**, soprattutto offerti dalla particolare vita del campo di concentramento”*.

#### **4. Psicopatogenesi**

##### **4A. Teorie meccaniciste e associazioniste: il modello *dinamico* classico**

Uno dei primi studiosi ad affrontare il problema della psicopatogenesi dei disturbi simulatori, da un punto di vista *meccanicista e associazionista*, è Janet, secondo cui i forti sentimenti esercitano un effetto dissociante sulla coscienza: poiché viene a galla quasi esclusivamente *una* rappresentazione (quella

---

<sup>9</sup> P. Penta – *La Simulazione della Pazzia e il suo significato Antropologico, Etnico, Clinico e Medico-Legale*. Francesco Perrella Ed., Napoli 1900

sentimentale in questione), la restante parte della vita psichica si sottrae al possesso dell'*attenzione*.

Abbiamo accennato in precedenza sull'ipotesi psicopatogenetica di C. G. Jung (1903), derivata dalle teorie di Janet, secondo cui l'investimento di una carica affettiva molto importante provoca uno stato di attenzione dissociata. In seguito, il soggetto trova un buon compenso con lo stato simulatorio, il quale **scivola nel subcosciente e vi prende radice**. In tale *interpretazione psicopatogenetica di tipo dinamico* si parte da una rappresentazione di malattia a forte carica emotiva e si passa per un distacco dal piano di consapevolezza, giungendo infine all'esordio vero e proprio di una sindrome che si automatizza per un periodo indefinibile, "*indipendentemente da ogni aspetto cosciente e volitivo*".

#### **4B. Critiche al modello dinamico**

Diverse critiche sono state rivolte al modello di interpretazione dinamica, *in primis* dalla psicopatologia fenomenologico-esistenziale.

Ogni tipo di esistenza è un "essere in situazione", e, in particolare quella umana, un "*esser-ci qui*" in un preciso luogo, un "*esser-ci ora*" in un tempo stabilito, e un "esser-ci con". Per cui, parlando del simulatore, del ganseriano o dello pseudodemente, **il fulcro dell'indagine fenomenologica si sposta sul "modo-di-esserci"**: tale modo o è autentico, tendente ad attuare la propria personalità, oppure è inautentico, finto o simulato in vista di uno scopo. "*La differenza tra la vera simulazione e la simulazione inconscia non ha quindi né spiegazione psicopatogenetica né motivazione riferibili a una dialettica*

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

*interna, ma solo inquadrabili in termini di fallimento della propria personalità*<sup>10</sup>.

In tal senso, per la fenomenologia esistenziale le patologie caratterizzate da disturbi simulatori non sono accostabili ad altre patologie psichiatriche: “Lo psichiatra esistenzialista, dunque, pur cercando di comprendere il modo di esistenza ganseriano e pseudodemenziale, finisce per respingerlo totalmente dalla pienezza dell’uomo-malato, lo rifiuta e lo lascia ad altro giudizio”.

La critica fenomenologica è la più valida tra quelle mosse all’impostazione dinamica classica: l’indagine psicopatogenetica su tali modi di esistenza non ha senso, ed è ridotta alla **psicosemiogenesi, impostazione con cui si sposta lo studio sui sintomi e sui loro rapporti patogenetici di derivazione.**

La psicosemiogenesi analizza soprattutto il *Vorbeireden*, considerato sintomo di primo piano semeiologicamente. Importante precisare che se esso *derivasse* da uno stato crepuscolare, come sostengono alcuni autori, diventerebbe un segno di secondo piano. Ma se da una parte è innegabile che molte condizioni crepuscolari, *soprattutto alcune su base organica*, possono presentare *Vorbeireden*, è ugualmente certo, dall’altra, che **tale sintomo è presente anche nei tentativi di simulazione, che presuppongono la fisiologicità di tutti i livelli superiori di integrazione.**

Per definire il *Vorbeireden*, Kretschmer<sup>11</sup> introduce i concetti di “iponoico” ed “ipobulico”, meccanismi profondi di cui l’isterico può disporre. Attraverso tali meccanismi (nel senso più neurologico del termine) l’isterico usa registri di riflessi diversi da quelli dello stato normale, più superficiale, caratterizzato da impulsi diretti di scopo. Con le scelte coscienti della volontà non si possono

---

<sup>10</sup> Cit. da B. Callieri, A. Semerari – *La Simulazione di Malattia Mentale*. Abruzzini, 1959

<sup>11</sup> Kretschmer – *Medizinische Psychologie*.



raggiungere quei fenomeni isterici così vivaci come alcuni tremori, il vomito, l'impallidimento o l'arrossamento che si hanno nello stato ipobulico, e che l'isterico o il ganseriano sembra raggiungere con un'estrema facilità.

L'iponoico e l'ipobulico, secondo Callieri, possono essere descritti anche “*come comportamenti infantili ricchi di espressione motoria, i cui patterns continuano ad albergare nell'uomo adulto e vengono prepotentemente ad affermarsi nel giuoco.*” **Scendere nell'iponoico potrebbe significare tornare al ludico**, ossia disporre di attività psichiche che godono di se stesse. Tutto ciò, più che aver a che fare con lo stato di coscienza, implica considerazioni circa la maturità, ed in ogni caso sposta la discussione sulla *personalità* del soggetto che presenta questo peculiare sintomo.

**“E' dal piano della personalità, e non da quello della coscienza, che andrebbe quindi derivato** (ma neanche di ciò siamo ben sicuri) **il Vorbeireden** (il che, clinicamente, era già stato prospettato da Hahn, nel '20 – '22)”.

Con questa derivazione si possono spiegare alcune essenziali caratteristiche del “*parlare di traverso*”:

- 1- La sua comparsa dopo determinati stimoli ambientali o psicologici (sociogenia e/o ideogenia) che agiscono sugli strati più profondi della personalità;
- 2- La presenza anche in condizioni fisiologiche di coscienza;
- 3- L'esistenza di meccanismi di mantenimento automatici basati sui registri dell'ipobulico e dell'iponoico;
- 4- La sussistenza sugli stessi piani profondi iponoici di processi ad intenso colorito *affettivo*.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

La ricerca psicosemiogenetica si occupa anche della reazione isterica<sup>12</sup> (reazione errata neurotica) e dei suoi rapporti con la sindrome di Ganser. Oltre ad essere più intensa e durevole della norma, la reazione isterica e quella psiconevrotica in generale si differenziano dalle reazioni normali anche per la mancanza di spontaneità di scelta e di imprevedibilità nel soggetto che le manifesta. Tali reazioni si svolgono rigide, su piani preformati e “*più ancorati sul piano biologico*”: danno sempre un’impressione di artificioso o falso o improbabile. Anche per questo motivo la sindrome di Ganser viene spesso iscritta nell’argomento “isterismo”.

Potremmo quindi considerare la s. di Ganser come una forma isterica particolare, in cui vi è prima una rappresentazione di scopo *mnestica* rivolta al futuro, poi il suo rievocarsi continuamente in modo sempre più emotivo. L’obiettivo viene focalizzato sulla differenza, che allo stesso tempo ne indica la stretta parentela, con le forme isteriche classiche, caratterizzate da una rappresentazione mnestica – prima (rivolta al passato), e da una sintomatologia – poi.

Altre critiche al modello di Jung sono state mosse dal behaviorismo watsoniano – il quale, riconducendo l’intera vita psichica a reazioni organiche, giustifica l’esistenza delle sindromi in questione in conformità a **un errato rapporto dell’uomo con il suo habitat** – dalla psicologia della comprensibilità – in cui vi è un interessante dibattito riguardante motivi, scopi e contenuti ganseriani – e dalla gestaltica.

Quest’ultima corrente evidenzia che:

- La forte carica emotiva scatenante non è dimostrata;
- La messa in moto di meccanismi psichici inconsci non è dimostrata;

---

<sup>12</sup> Intesa come “reazione abnorme all’avvenimento”, nel senso di Schneider: reazione più intensa e durevole della media.

- Meccanismi inconsci dovrebbero agire con finalità inconse, arrivando anche a sorprendere il paziente (come di frequente rilievo nella pratica analitica).

La psicopatogenesi analitica considera la s. di Ganser una patologia che si struttura per evitare la regressione dell'Io, ma che nel farlo ne indebolisce le strutture e l'organizzazione. **Essa rappresenta il risultato di un duplice processo** che inizialmente sottrae l'investimento libidico dal mondo oggettuale, e poi tenta – in maniera arcaica – di riprendervi contatto. Tale concezione creerebbe un anello di congiunzione con le sindromi simil-ganseriane che insorgono in caso di psicosi, viste come tentativi di difesa precedenti la regressione al narcisismo primario.

Per quanto riguarda la simulazione di malattia mentale *sensu stricto*, in essa non c'è il rischio di perdere le relazioni oggettuali, e analiticamente l'Io non è minacciato da destrutturazioni, frammentazioni o catastrofi.

### **5. Diagnosi differenziale**

Il problema diagnostico differenziale sorge in ambito criminologico, quando occorre in base “certa” stabilire se un soggetto stia realmente o no simulando.

Nella società odierna il proliferare di società assicurative e organizzazioni sindacali miranti a risarcire anche il danno più piccolo è sicuramente un fattore scatenante molti comportamenti simulativi. Questo rende ancor più necessario distinguere l'imbrogliatore dall'isterico o dal ganseriano: il primo va smascherato e punito, i secondi devono essere curati.

In tal modo il fattore socioplastico negativo rappresentato dalle organizzazioni e/o dai servizi volti al risarcimento del danno verrebbe compensato da un fattore socioplastico positivo (**la certezza della pena**), troppe volte utopico.

### **5A. Principali sindromi psichiatriche con “*Vorbeireden*” (*Sindrome di Ganser, Pseudodemenza, Isterismo*)**

Il *Vorbeireden*, o *parlare di traverso*, o *sintomo di Ganser*, è il sintomo fondamentale della sindrome di Ganser. Esso si presenta in un gran numero di patologie sia di ordine neurologico che psichiatrico. Poiché riveste un ruolo cardinale nella simulazione reale, ed è anche di facile imitazione da parte di tutti, abbiamo voluto situarlo in un posto di primo piano nella diagnostica differenziale.

Le difficoltà maggiori di interpretazione si hanno nel distinguere il “parlare di traverso” del simulatore rispetto a quello del *ganseriano* e dello *pseudodemente*. La differenza fondamentale sta nello stato di coscienza: completamente – o quasi – lucido quello del simulatore, più verso il crepuscolare quello dei secondi. Se presente in *stati isterici*, tale sintomo è circondato da un alone crepuscolare ancora più coglibile. Di pari passo con la crepuscolarità di coscienza va la ipoprosessia, cioè la distraibilità e l’obnubilamento sognante (Henneberg, 1904): caratteristiche assenti o quasi nel simulatore, presenti nel ganseriano e nello pseudodemente, dominanti in alcuni quadri isterici. Altro elemento utile alla diagnostica differenziale è l’atteggiamento nei confronti della realtà: la simulazione resta statica, lo stato ganseriano evolve sempre in durata, tendenze e meccanismi intrinseci.

La diagnostica differenziale tra sindrome di Ganser e *isterismo* è per alcuni discutibile, in quanto la quasi totalità dei pazienti affetti presenta un carattere isterico di fondo (passività, dipendenza, suggestionabilità). Per questo motivo si possono iscrivere gli stati ganseriani nelle manifestazioni dell’isterismo. Difatti, stati di coscienza caratterizzati da maggiore crepuscolarità sono indice di stato isterico più profondo: **pseudodemenza / sindrome ganseriana / isterismo** potrebbero anche rappresentare un continuum psicopatologico caratterizzato da livello di coscienza meno crepuscolare dal lato pseudodemenziale e più

crepuscolare dal lato dell'isterismo. La simulazione resterebbe fuori da questo quadro, non avendo modificazioni del livello di coscienza, né di quello attentivo.

All'interno di questa classe diagnostica differenziale, possiamo inserire una sindrome descritta nel 1924 da Vondracek, osservata in un paziente ganseriano che sosteneva di avere amnesia globale riferita ad un periodo determinato della sua vita. In seguito, Vondracek osservò che in realtà il ricordo era presente, e spiegò questa contraddizione con il concetto di repressione cosciente. Chiamò tale disturbo "Sindrome di Salamina", termine che ci riporta alla memoria storica degli Ateniesi che, dopo aver perso l'isola di Salamina, evitarono di parlarne per un tempo molto lungo, fino a dimenticare gli avvenimenti che li condussero alla sconfitta.

L'autore considera questa patologia l'equivalente di una sindrome di Ganser che aveva osservato in un paziente affetto da paralisi progressiva.

## **5B. Diagnosi differenziale con altre condizioni di interesse psichiatrico**

### **I. Stati alterati di coscienza (ASC)**

Lo stato crepuscolare di coscienza limita il campo di consapevolezza, essendo un restringimento del mondo circostante. L'interno di questo campo presenta attività psichica più o meno normale, l'esterno non presenta nulla, nel senso che per il paziente è come inesistente. Rare volte uno stimolo esterno al campo di coscienza può essere colto, reinterpretato e incluso modificato nella tematica interna. Anche il fenomeno "*sonnambulismo*" è espressione di uno stato crepuscolare.

La restrizione del campo di coscienza è alla base di un gran numero di fenomeni ipnotici, tutti resi possibili dalla capacità del soggetto ipnotizzato di divenire inconsapevole agli stimoli<sup>13</sup>.

Esso va distinto da altri livelli di destrutturazione di coscienza:

- Lo *stato di torpore*, posto ad un livello meno alto di destrutturazione, chiamato dagli autori tedeschi “*Benommenheit*”, da Bini e Bazzi “alterazione ipnoide della coscienza”: i processi psichici sono rallentati, il paziente necessita di stimoli più vigorosi del solito, ma conserva l’orientamento e la capacità di giudizio. Corrisponde al *dormiveglia*.
- Lo *stato oniroide di Mayer-Gross*, a livello più alto di destrutturazione rispetto allo s. crepuscolare: coesistono elementi provenienti dalla realtà esterna ed elementi intrapsichici produttivi (fantasie, allucinazioni); il paziente riconosce la realtà ed è orientato nel tempo e nello spazio, presenta tuttavia attività psichica di “sogno ad occhi aperti”, a natura di incubo o variabile.
- Lo *stato onirico e confuso onirico*, costituente il livello più alto di destrutturazione, accompagnato spesso a confusione mentale: il soggetto manifesta allucinazioni, frequentemente di tipo visivo, aventi per tematica scene ed eventi della sua vita quotidiana. Tale tematica ha un forte colorito affettivo, in quanto – come nel sogno – le immagini si susseguono rapidissime e caotiche, e il paziente è partecipe attivamente. Nello stato confuso-onirico la

---

<sup>13</sup> Rimandiamo ai seguenti lavori: M. H. Erickson – *Le Nuove Vie dell’Ipnosi*. Astrolabio, Roma 1978; Mastronardi V. – *L’ipnosi clinica negli anni 2000* in *Ipnosi e Psicoanalisi* a cura di Leon Chertok. Armando Editore 1998; F. Granone - *Trattato di Ipnosi*, UTET, Torino 1989.

percezione della realtà esterna è nulla o scarsa: l'unico contatto che l'operatore può raggiungere con il paziente è la provocazione di allucinazioni in seguito a suggestione. La destrutturazione di coscienza onirica/confuso-onirica è tipica delle psicosi deliranti acute.

## II. Disturbi psicotici e simili

In diversi *stati psicotici* si può manifestare una sorta di “parlare di traverso”, fenomeno che ha spinto molti autori, soprattutto francesi, a considerare il *Vorbeireden* della sindrome di Ganser come estrinsecazione del negativismo catatonico, catalogando tale patologia più vicina al gruppo delle psicosi che delle psiconevrosi isteriche.

Rispetto alla simulazione, alla s. di Ganser, alla pseudodemenza e anche all'isterismo, il *Vorbeireden* dello psicotico presenta risposte che si susseguono rapide e automatiche, spesso prima che la domanda sia formulata al completo. Inoltre, la paralogia schizofrenica e la paralogia degli *stati demenziali organici* ha alla sua base una mancata comprensione delle domande, che potremmo definire con Pick (1917) “comprendere di traverso”.

Alcuni autori, tra cui Callieri e Semerari, negano l'esistenza del parlare di traverso nello psicotico: “Se accanto ad una specie di *Vorbeireden* troviamo segni schizofrenici, rivedendo il *Vorbeireden* ci accorgeremo del suo essere spurio”.

Ad ogni modo, il discorso dello psicotico è un discorso in-congruo che manifesta un disturbo del pensiero; quello del ganseriano o dello pseudodemente dà l'impressione di un deficit di attenzione; quello del simulatore di una artificiosità estrema senza alcuna ipoprosessia.

## III. Disturbi fittizi (DSM-IV TR) e altre condizioni

Il DSM IV pone la Simulazione in diagnostica differenziale con:

- Il Disturbo Fittizio:
  - Con Segni e Sintomi Psicologici Predominanti;
  - Con Segni e Sintomi Fisici Predominanti;
  - Con Segni e Sintomi Fisici e Psicologici Combinati;
- Il Disturbo Fittizio per Procura;
- Il Disturbo Fittizio Non Altrimenti Specificato;
- Il Disturbo di Conversione;
- I Disturbi Somatoformi.

Nei disturbi fittizi il motivo che spinge il soggetto ad assumere e mantenere il ruolo di malato è di tipo intrapsichico, mentre nella Simulazione la motivazione è sempre un incentivo esterno. Il disturbo di conversione e altri disturbi somatoformi hanno una sintomatologia scatenata da motivazioni inconse.

Il DSM reputa importante specificare come nel disturbo di Conversione si ottengono spesso miglioramenti tramite suggestione o ipnosi, mentre nella Simulazione tali procedure non producono modificazioni di sorta.

Disturbo fittizio e disturbo di conversione differiscono perchè nel primo, a differenza del secondo, il soggetto produce intenzionalmente dei sintomi. Tuttavia, si fa notare pure che “nel Disturbo Fittizio il soggetto di solito *non è consapevole* della motivazione che sta dietro il comportamento fittizio, e vantaggi esterni sono assenti”.

Anche nel DSM, quando si parla di queste patologie definite “fittizie”, si nota una certa difficoltà di impostazione, con velate contraddizioni. E’ innegabile che, se abbiamo definito come *disturbo fittizio* una patologia caratterizzata da produzione intenzionale di sintomi fisici e/o psicologici **scatenata da motivazioni intrapsichiche inconsapevoli**, esso dovrebbe essere considerato un disturbo mentale a tutti gli effetti. Ed in effetti così risulta, nella trattazione di questo manuale, per lunghi tratti.



A volte, descrivendo manifestazioni e disturbi ad esso associati, si ha l'impressione di aver a che fare con un isterismo ("i soggetti possono ritrovarsi l'addome a griglia a causa di ripetuti interventi chirurgici"; "possono presentare abuso di sostanze, in particolare analgesici e sedativi prescritti"; etc.) o con un disturbo borderline ("...incompatibile con la possibilità per l'individuo di mantenere un impiego fisso, legami familiari, relazioni interpersonali"; "disgregazione della famiglia o abuso emotivo o fisico nella fanciullezza"; etc).

Al tempo stesso, nella diagnostica differenziale, il DSM ritiene che "un Disturbo Fittizio" deve essere distinto da una vera condizione medica generale **e da un vero disturbo mentale**. Questa frase, a nostro modo di vedere, lo equipara implicitamente alla simulazione di malattia mentale, stando a significare che a tutt'oggi, nella trattazione manualistica del DSM, a proposito di simulazione e disturbi fittizi, alcuni equivoci ed ambiguità sono ben lontani dall'essere superati.

Importante il rapporto tra le sindromi in questione e *la personalità psicopatica*, come già ampiamente descritto da K. Schneider<sup>14</sup>. Soggetti con tale personalità, soprattutto se arricchita di esplosività, abulia, mitomania, fanatismo e necessità di valorizzazione, hanno un'estrema facilità a reagire in modo abnorme a particolari situazioni.

#### **IV. Disturbi somatoformi (DSM-IV TR)**

Le patologie comprese nel DSM sotto questo nome hanno come minimo comun denominatore "la presenza di sintomi fisici che fanno pensare ad una condizione medica generale, da cui il termine **somatoforme**, e che non sono invece giustificati da una condizione medica generale, dagli effetti diretti di una sostanza, o da un altro disturbo mentale (per es. il Disturbo di Panico)".

---

<sup>14</sup> Schneider K. – *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. 9° ed., Wien, 1950.

Il DSM include in questa sezione:

- Il Disturbo di Conversione
- Il Disturbo di Somatizzazione
- Il Disturbo Somatoforme Indifferenziato
- Il Disturbo Algico
- L'Ipocondria
- Il Disturbo di Dismorfismo Corporeo
- Il Disturbo Somatoforme NAS

Rispetto ai Disturbi Fittizi e alla Simulazione, “i sintomi fisici non sono intenzionali (cioè sotto il controllo della volontà)”.

Mettendo in ballo il concetto “somatoforme”, il DSM si discosta dalle impostazioni classiche, riunendo nello stesso gruppo patologie di probabile derivazione isterica (conversione, disturbo algico, etc.), ipocondriaca (ipocondria), fobica (dismorfismo corporeo) o ansiosa (somatizzazione, disturbo somatoforme indifferenziato).

#### **V. Disturbi da ambito lavorativo**

Negli anni '80 la dottrina elaborò il concetto di “**danno alla integrità della vita di relazione**”, inteso come lesione del diritto di avere rapporti interpersonali non lesivi della propria sfera fisica e psichica. La giurisprudenza ha fatto proprio questo principio ed oggi assumono particolare rilevanza giuridica le cosiddette “*nevrosi da indennizzo*” conseguenti ad assegnazione di mansioni lavorative inferiori alle qualifiche possedute da un soggetto. Tali nevrosi possono essere espressione di un più generico danno da *mobbing*, inteso da Harald Ege come “*una forma di terrore psicologico sul posto di lavoro, esercitata attraverso comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti, da parte di colleghi o superiori*”.

Il mobbizzato può manifestare disturbi da somatizzazione, sindromi ganseriformi e/o manifestazioni ansiose. Spesso i sintomi e i malesseri sono a carico di organi o apparati già sede in passato di disturbi o patologie, ponendo il caso in non semplice diagnosi differenziale con la sindrome di Ganser e con la simulazione di malattia mentale. Frequentemente si rilevano tra i sintomi fisici abbassamento delle difese immunitarie, tachicardia ed ipertensione, dolori osteoarticolari, tra quelli psichici sindromi ansiose e depressive, fino al suicidio nei casi estremi.

L'ipoprosessia e le amnesie sono tra i sintomi di maggior interesse riguardanti il "mobbizzato", e lo accostano da un certo punto di vista al ganseriano con stato di attenzione dissociato, alla Jung. C'è da dire che tali schemi di riferimento al mobbing sono diventati abbastanza comuni in svariate classi lavorative, e *forniscono spunti notevoli ai simulatori* in cerca di facili indennizzi e pensionamenti.

Le nevrosi da indennizzo e il danno da Mobbing sono condizioni che entrano in diagnosi differenziale con la *sindrome del Burn-out*, patologia che iniziò a delinearsi già intorno alla metà degli anni '70 con Freudenberg, psichiatra che sperimentò su se stesso e osservò in alcuni suoi collaboratori *"una sensazione di deplezione emozionale con perdita di motivazione e impegno verso il proprio lavoro"*<sup>15</sup>.

Ad oggi tale sindrome, caratteristica delle professioni sanitarie (in primis quella psichiatrica) e assistenziali, è definita da tre principali fattori: l'*esaurimento emotivo*, la *depersonalizzazione* (intesa da Tomei e Tomao come indifferenza che "induce un comportamento di negatività verso gli altri, se stessi ed il lavoro") e la *mancata realizzazione personale*.

---

<sup>15</sup> Tomei G., Tomao E. – *BURN-OUT*. Atti di "Giornate Romane di Medicina del Lavoro "A. Spinazzola" – S.S. Med. del Lavoro, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Il soggetto affetto sviluppa segni psichici, tra cui depressione, rabbia, ansia e irritabilità, affiancati da segni fisici, tra cui astenia, cefalea, emicrania, nausea, rigidità muscolare, disturbi del sonno. La diagnosi differenziale con le patologie da Mobbing si fa indagando principalmente sulla professione e sulle modalità di rapporto interpersonale che i soggetti hanno con i loro assistiti.

### **5C. Diagnosi differenziale rispetto a patologie organiche**

Occorre sempre tenere presente che sintomi isterici, quindi anche sintomi ganseriani, possono presentarsi in alcune patologie organiche: *sclerosi a placche* in stadio avanzato (diagnosi diff.le con potenziali evocati, EMG, esame del liquor, RMN); *ematomi sottodurali* (imaging); *morbo di Pick*, *morbo di Alzheimer* (diagnosi clinica in entrambi) e altre forme di demenza. Lesioni organiche, in effetti, possono fungere da interruttore che accende più di un circuito di idee.

Stati simil-pseudodemenziali (*pseudo-pseudodemenza*) si possono manifestare come conseguenza di: atrofie cerebrali, ematomi, epilessia, meningite (Sittig, Ganser), intossicazione da CO, paralisi progressiva (Schuppius).

Nelle *atrofie cerebrali* la diagnosi differenziale si pone con l'imaging di Risonanza Magnetica o di TC, quando possibile; negli *ematomi* tramite l'eventuale presenza di segni neurologici e imaging; nell'*epilessia* è possibile una diagnosi differenziale con EEG; nella *meningite* è diagnostico l'esame del liquor.

Nell'*intossicazione da CO* potremo osservare variazione nel colore della cute e delle mucose con colorazione rosso ciliegia del viso e delle labbra; ipotermia; acidosi metabolica; iperglicemia e leucocitosi reattiva. La diagnosi di certezza si ha con il calcolo della concentrazione ematica di carbossiemoglobina.

Nella *paralisi progressiva* (Sindrome di *Steele-Richardson-Olszewski*) si riscontra un quadro clinico ad andamento progressivo, con un esordio dopo i 40 anni, caratterizzato dalla presenza di un parkinsonismo associato a paralisi dello sguardo verticale (o rallentamento dei movimenti saccadici verticali) e marcata instabilità posturale con cadute nel primo anno di malattia.

Altre malattie organiche possono manifestare *Vorbeireden*, sintomi ganseriani o pseudodemenziali: un posto di rilievo è occupato dalle *noxae patogene cerebrali*, in particolare quelle dei lobi frontali. Da annoverare alcuni tipi di *neoplasie cerebrali* (Schuster, 1906) sia frontali, manifestanti in alcuni casi puerilismo, che a sede basale, manifestanti moria di Jastrowitz.

La diagnosi differenziale tra sindrome di Ganser o pseudodemenza e *sindrome prefrontale* non è semplice ad un primo colloquio, soprattutto se superficiale. Del resto, come noto, patologie neurologiche organiche possono scatenare sindromi di interesse psichiatrico, e non è raro neanche l'evoluzione di uno stato ganseriano verso forme paralitiche o epilettiche. Sindromi simil-ganseriane, con parlare di traverso, si possono manifestare anche in conseguenza di *traumi cranici* (Baumann, 1906) – per cui in casi sospetti occorre effettuare: indagine anamnestica, ricerca di segni neurologici, eventuali indagini di imaging diagnostico; in presenza di *alcoolismo cronico* (Voss, 1909), in cui è possibile la coesistenza con il carattere isterico; in concomitanza di *processi infettivi luetici* (Flatau, 1913).

Da distinguere i momenti di silenzio e interdizione del soggetto presentante sintomo di Ganser da quelli del soggetto che sia *afasico* o che presenti *qualsiasi asimboia* in conseguenza di danno neurologico.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale tra *insufficienza mentale* e pseudodemenza, occorre valutare attentamente:

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

- *Lo stato di salute*: deficit neurologici; condizioni di deficienza costituzionale; malattie genetiche; recente assunzione di farmaci e/o droghe; etc.
- L'ambiente *socio-culturale*: scolarità, località in cui si vive, amicizie, gruppi frequentati, sport, etc.
- *L'ambiente familiare*.

Altra patologia che potrebbe entrare in questione valutando questi parametri è l'*oligofrenia*: stato conseguente ad un arresto congenito o precoce dello sviluppo, facilitante l'insorgere di turbe psichiche. L'oligofrenia si manifesta con un deficit intellettivo stabile, di solito dalla prima infanzia. Mentre il demente *diventa* un insufficiente mentale, l'oligofrenico è sempre stato in condizioni più o meno stabili. Ricordiamo anche che la demenza ha un andamento cronico progressivo irreversibile e in essa si riscontra alterazione di tutte le facoltà psichiche fondamentali:

- *Memoria di fissazione*: indebolimento;
- *Attenzione*: discontinua;
- *Ideazione*: lenta;
- *Orientamento*: compromesso nello spazio e nel tempo;
- *Intelligenza*: incapacità di valutare e quindi affrontare nuove situazioni;
- *Comportamento*: trascuratezza nel vestirsi, nel lavarsi; impulsività; aggressività; fuga; furto; diminuzione del pudore; disturbi della sessualità.

L'indebolimento mnestico può essere caratteristico, oltre che del demente, anche dello pseudodemente, del ganseriano e del simulatore. Tali deficit mnestici entrano in diagnosi differenziale con le *amnesie di origine ippocampo-mammillare* (Barbizet) e con quelle *di origine corticale*. Le patologie appartenenti al primo gruppo sono causate da danno neurologico del circuito

della memoria di *Papez* e comprendono: alcoolismo cronico (diagnosi diff.le con alcoolemia, transaminasemia, amilasemia, ecografia epatica e pancreatica) e sindrome di Korsakoff; tumori della base del cranio (imaging); traumi cranici (imaging). In questo gruppo è conservato l'apprendimento immediato, sono dimenticati gli avvenimenti più recenti (nell'ordine di minuti, ore), mentre si mantengono fino agli stadi più evoluti alcuni ricordi di eventi lontani.

Le amnesie di origine corticale comprendono le sindromi afasiche, agnostiche e aprassiche che manifestano dimenticanza per i nomi di persone e/o di oggetti, e l'amnesia per il significato di alcuni gesti (*a. di ritenzione*). In queste forme non si conserva nemmeno l'apprendimento immediato. Semplice la diagnosi differenziale con le *amnesie globali* (atrofia cerebrale), in cui non c'è memoria di nulla o quasi.

## **6. Il Colloquio con il mentitore**

La simulazione di malattia mentale, con qualsiasi altro tipo di atto simulatorio, è una condotta – un *modo di essere* – basato quasi totalmente sulla menzogna, quindi inautentico. Durante il colloquio potremmo quindi scorgere alcuni indizi che lascia chi mente, in modo da essere ancora più sicuri nella diagnosi differenziale

### **6A. L'interrogatorio**

L'interrogatorio è “*il processo di valutazione di un sospetto, di una vittima o di un testimone*”, a cui si giunge “*tramite la formulazione di opportune*

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

*domande, con lo scopo di trarre informazioni o correlare evidenze che possono essere utilizzate per l'identificazione dell'autore di un reato*<sup>16</sup>.

Tramite la raccolta di notizie ci permette, tra le altre cose, di ottenere confessioni, totali o parziali che siano, aumentare il numero di informazioni su un crimine, fino anche a scoprire l'identità dell'autore, o i precedenti criminali di chi si interroga.

L'obiettivo principale è accertare la **verità**, ricerca quasi utopica, sempre presente nella storia della psichiatria e della psicologia. A tal fine si è ricorso ai più disparati metodi, scientifici o pseudoscientifici che siano.

Citiamo, con Cannavici, solo alcuni dei più recenti metodi utilizzati. L'uso di sostanze ad effetto sedativo ha avuto inizio almeno dal 1840 con Moreu de Tours, il quale somministrava ad alcuni interrogati dosi di protossido di azoto, cloroformio, hashish, al fine di allentare il loro controllo psicologico. Nel 1931 fu introdotto da Henry House il celeberrimo "siero della verità" (scopolamina, mescalina, barbiturici come Amital, Pentothal, *etc.*, tutte sostanze *slatentizzanti, disinibenti*).

La CIA con il progetto Mkultra ("*lavaggio del cervello*"), diretto negli anni '60 dal dr. Cameron, introdusse l'uso dello LSD nell'interrogatorio. Più avanti, negli anni '80, alcuni psicoterapeuti somministrarono a vari pazienti MDMA, per incrementare loro la compartecipazione emotiva e le capacità di autoanalisi.

Molte di queste sostanze, oltre che disvelare false aspettative, si rivelarono anche dannose per i soggetti.

Alla verità si oppongono spesso le volontà degli inquisiti, spesso più forti anche dei farmaci, e durante l'interrogatorio entrano sempre in gioco due dinamiche fondamentali:

---

<sup>16</sup> Cannavici M. – *L'interrogatorio*. Lezioni Master Internazionale di II Livello in Criminologia, Università di Roma "La Sapienza", A.A. 2005-06.



- a. Le strategie dell'inquirente per rilevare tali strategie e convincerlo a fornire una versione corrispondente al vero.
- b. Le strategie dell'inquisito atte a nascondere, dissimulare o offuscare la verità, miranti a fornire una versione distorta, artefatta, **ma attendibile**, dei fatti.

Andiamo ad analizzare le strategie di interrogatorio fondamentali per qualsiasi inquirente, rimandando ai paragrafi successivi la descrizione delle strategie dell'inquisito.

- **L'intervista** deve avvenire in un locale con minimo mobilio, a finestre chiuse, senza arredamenti vistosi o apparecchiature, senza disturbi esterni, come ad esempio telefoni che squillano o porte che improvvisamente si aprono, situazioni che possono intimorire o influenzare l'interrogato in momenti psicologicamente favorevoli.
- Occorre **avere una conoscenza del soggetto da sentire**: solo sapendo con chi si ha a che fare si può scegliere un sistema o un metodo. La conversazione va sempre iniziata chiedendo notizie in generale sulla sua vita dell'interrogato, riguardanti il luogo dove vive, la famiglia, le amicizie, il suo lavoro, gli studi, etc. Le notizie che si raccolgono in questa "atmosfera" servono per capire ed interpretare i modi di comportamento più vicini alle abitudini del soggetto, in modo da poterli confrontare con gli atteggiamenti che assumerà in momenti più scomodi dell'interrogatorio.
- **Non perdere la pazienza**, mantenere un contegno sereno, anche di fronte alla menzogna ed alla reticenza: imprimendo alla conversazione un clima di riflessione sarà più facile arrivare alla verità, almeno parziale. La serenità schiarisce le idee e mette in difficoltà l'inquisito, mentre la fretta e l'ira annebbiano la razionalità e la chiarezza mentale.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

- Le domande devono essere trascritte integralmente sui verbali e devono essere **brevi, chiare, precise, facilmente comprensibili e adeguate alle capacità intellettuali, culturali e sociali dell'interrogato**. Vanno preferite le domande **indeterminate** senza indicazioni sull'oggetto che si vuol conoscere alle domande determinate con indicazione dell'oggetto che si vuol sapere, perché agevolano i ricordi e non attivano suggestioni. Devono essere preferite le domande **indirette** (es. chi ha visto?) a quelle dirette (es. ha visto tizio?) poiché possono suggestionare e non stimolare i ricordi.
- Bisogna *verbalizzare passo passo le dichiarazioni rese*: se appaiono in un secondo tempo contraddittorie, possono offrire l'arma per mettere in difficoltà tutto il costrutto, e ad ogni modo sono importante indizio di menzogna.

**Quindi, nel corso degli anni, l'occhio epistemologico ha spostato il suo sguardo dalla ricerca della verità a quella della menzogna.**

Si è posto sempre maggiore attenzione agli indizi di menzogna che il soggetto inevitabilmente lascia durante un colloquio o un interrogatorio. Distinguiamo per comodità di studio tali segni di inganno, sulla scorta di un importante lavoro di J. M. Selva sulla psicologia della menzogna, in tre grandi categorie: segni *verbali, non verbali e fisiologici*.<sup>17</sup>

### **6B. Segni verbali di inganno**

Durante un colloquio, qualsiasi persona “lascia” indizi verbali che ci indicano se ciò che dice corrisponde o meno al vero. In molte occasioni sono presenti errori grammaticali e/o difficoltà di pronuncia, come ad esempio balbettii, intercalari e vacillamenti. Gli errori sono dovuti all'ansia e al

---

<sup>17</sup> J. M. SELVA – *La Psicologia de la Mentira*. Ed. Paidós, Buenos Aires 2006

nervosismo del mentitore, e vanno distinti da quelli che possono essere fatti anche da una persona sincera, come il *lapsus linguae*, le normali omissioni e gli intercalari.

Non esiste un segno patognomonico di menzogna, e molte persone sono molto abili ed esperte nell'ingannare chi li sta interrogando. Tuttavia, è sempre opportuno conoscere la maggior parte degli indizi di inganno, in quanto spesso il soggetto, se mente, ne lascia almeno una piccola parte, per quanto egli possa essere abile.

**I. Lentezza nell'eloquio:** è caratteristica di chi mente il parlare in modo lento, con *pause tra le parole e/o tra i periodi più lunghe del solito*. Ciò è dovuto al fatto che il mentitore pensa molto a ciò che sta per dire, pesa le sue parole, cercando di controllare le informazioni che sta fornendo, in modo da non essere scoperto. Questo processo richiede uno stato di attenzione ben salda, indirizzata fortemente a quello che si sta per dire.

La lentezza nell'eloquio si manifesta anche con un *minor uso di elisioni e contrazioni*, e con una *pronuncia quasi impeccabile delle parole*, con tutte le vocali e le consonanti ben scandite. *Ripetere la domanda nella risposta* è un altro metodo per guadagnar tempo. Le frequenti pause sono accompagnate da *interiezioni e intercalari* vocali, come "ehm", "hum", "ehhh", "va bene", o da *gesti* particolari, tra cui grattarsi e accarezzarsi (si vedano i segni non verbali di inganno).

Importante eccezione a quanto detto finora è costituita *dall'accelerazione improvvisa del ritmo del parlare* presente nei soggetti mentitori che avevano già una risposta premeditata e pronta all'uso.

**II. Congruenza e dettagli:** nel complesso del colloquio, si ricerca la congruenza di tutte le informazioni fornite dall'interlocutore. Dopo una prima versione, si verifica se c'è connessione logica tra le diverse parti raccontate. Nella maggior parte dei casi, se il soggetto mente, non ha avuto tempo e abilità

necessaria per creare una versione convincente in ogni dettaglio e prima o poi, formulando le domande giuste e procedendo a pertinenti verifiche, insorgeranno delle *contraddizioni, incongruenze o inverosimili dimenticanze*. La reazione normale di chi mente è di *rispondere alle domande non dando dettagli, o comunque dandoli in forma ambigua*. La persona sincera, invece, tende a dare ogni tipo di dettaglio preciso, anche irrilevante, per cercare di convincere l'intervistatore della propria innocenza.

Dopo una domanda diretta, riguardante un argomento che è ben conosciuto dall'interrogato, è inammissibile, e sicuramente indizio di inganno, che non si risponda in maniera chiara e inequivoca. Ad esempio, è impossibile non ricordare se si è avuto o meno un incontro intimo con una donna, o un rapporto sessuale, o anche non sapere le mansioni più importanti del proprio lavoro, tanto per elencare alcuni esempi.

**III. Silenzio:** il silenzio dopo una domanda diretta è *sempre da interpretare come assenso* e riconoscimento del fatto che ciò che è contenuto nella domanda corrisponde a verità. La condotta del mentitore si qualifica "reticente" quando egli non vuole parlare molto, formula risposte corte e cerca di fare in modo che le domande e i discorsi dell'intervistatore occupino la maggior parte del tempo.

**IV. Risposte evasive:** alcuni tipi di scappatoia vengono utilizzati in caso di condotta menzognera, in modo da evitare la risposta ad una domanda "scomoda", anche se essa è formulata in maniera diretta. *La risposta o le risposte tendono ad essere ambigue, a distanziarsi dal fatto in questione e a dirigersi verso circostanze diverse da esso (circostanzialità; parlare del ben altro)*. Spesso si tirano in ballo, da parte del mentitore, trame oscure di uno o più personaggi esterni, l'interesse da parte di alcune forze politiche a condannarlo, la mancanza di prove a suo carico, e altri tipi ancora di sviamenti.

Va precisato che a volte sono *le stesse domande* a provocare i fenomeni di evasività, perché esse stesse hanno un contenuto ambiguo. Fare domande come

“Sei un buon cittadino?”, “Sei un buon cristiano?”; “Sei un bravo patriota?”; “Sei un onesto contribuente?”; “Mi ami?”, trasmette l’ambiguità alla risposta.

Per esempio, frequentemente nella coppia c’è un soggetto che domanda al suo partner se lo ama. Il partner farà bene a rispondere “sì”, in maniera chiara e rotonda. Questo non sempre è semplice, perché l’ambiguità insita nella domanda spinge il partner ad usare risposte come “credo di sì”; “ti amo a modo mio”; *etc.*

Una risposta evasiva di tal genere verrà quasi sempre letta in maniera molto negativa da chi aveva posto la domanda, spesso senza sapere che deriva da una domanda ambigua e forse scorretta.

**V. Negazione:** è noto che la persona che sa di essere colpevole ed è sottoposta ad interrogatorio tiene quasi sempre pronte le risposte per le domande dirette, se vuole difendersi professandosi innocente. *Quando la risposta non è pronta, una delle prime attitudini del mentitore è negare in tutto.* A volte può anche negare pensando di non mentire, ad esempio può dire di non essere un tossicodipendente, perché non fa uso di droghe pesanti tutti i giorni ma solo due o tre volte a settimana, approfittando ed usufruendo di una personale – ed errata – definizione di tossicodipendenza.

All’inizio la negazione è totale e sicura, ma, se l’interrogatorio prosegue, inizia ad attenuarsi: vengono progressivamente introdotti ed usati avverbi o espressioni come: “No, che io sappia”; “No, che io ricordi”; “No, ma in generale...”; “No, personalmente...”; “No, ma in varie occasioni...”; “In questo istante direi di no”; *etc.* Tali espressioni, se ripetute spesso, sono fortemente sospette del mentire per occultamento.

A volte una negazione può accompagnarsi ad *un altro indizio verbale di menzogna, spesso costituito da una scappatoia*, come ad esempio: “No, non tengo ragioni per mentire”; “No, non guadagno nulla non dicendo il vero”. Altre volte può accompagnarsi a *segnali non verbali di inganno*, che spesso sono

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

sorrisi nervosi o risate isteriche o sproporzionate alla situazione, miranti a dissimulare la menzogna.

Alcune negazioni sono talmente incredibili che ci fanno subito pensare ad un sottostante inganno. Una formula tipica utilizzata è “*No, non mi ricordo*”. Le persone che non ricordano molto, e quelle che in alcuni casi non ricordano nulla, sono di facile incontro in ambito giudiziario, laddove se sono scoperte, possono sempre rimediare dicendo di non ricordare.

La negazione della persona sincera è posta in maniera chiara e breve, fornita anche di dettagli precisi e concreti, accompagnata in molti casi da enfasi e preoccupazione di non essere creduto, con emotività crescente al proseguire dell’interrogatorio.

**VI. Distanziamento:** un fenomeno di importante rilevanza sta nel fatto che mentre la condotta verbale di chi mente *tende ad attenuare la gravità degli eventi occorsi* (non profferendo direttamente le parole “furto”, “crimine”, “omicidio”, *etc.*, ma usando riferimenti come “ciò”, “l’affare”, “l’accaduto”, “l’incidente”, *etc.*), il comportamento della persona sincera si riflette anche sulle parole usate, che descrivono esattamente o quasi l’evento accaduto.

Tale fenomeno è definito distanziamento, perché accade spesso che il soggetto che mente si distacchi – anche verbalmente – dall’avvenimento su cui sta mentendo.

**VII. Rinforzo:** chi mente a volte rafforza le sue affermazioni con espressioni del tipo: “realmente”; “in verità”; “se le dico la verità”; “onestamente”; “mi creda”; *etc.*

*Chi dice il vero non necessita in alcun modo di tali avverbi o espressioni.* L’insistenza nell’uso dei rinforzi si interpreta come indizio di inganno, come tentativo di manipolare l’inquirente.

**VIII. Altri indizi verbali di inganno**

- **Risposte ingarbugliate o sottili evasività.** Alcune negazioni possono talmente ingarbugliarsi che alla fine non si sa bene ciò che negano e ciò che di conseguenza affermano.
- **Semi-occultamento,** in base al quale si ammette una parte di eventi che non dà luogo a gravi conseguenze e/o a possibili ulteriori accuse. Spesso presente in ambito giudiziario, utilizzato al fine di ottenere sconti di pena.
- **Circonluzione,** ossia fornire informazioni non richieste su fatti estranei del tutto o in parte a ciò su cui si indaga. Mentre una persona che non mente fornisce informazioni non richieste anche nella speranza di collaborare, il mentitore usa tale metodica solo per ingenerare confusione nell'inquirente. Le risposte che cercano di deviare l'attenzione e confondere sono indicatrici di inganno.
- **Esagerazioni,** che cercano di fornire una verità talmente accentuata e grandiosa che spiazza e/o getta nel ridicolo l'inquirente.
- **Minori autoreferenze:** chi mente usa pochissime espressioni come "secondo me"; "io credo"; "io dico"; "io pensavo".

**IX. Stile linguistico del mentitore:** lo stile di scrittura del mentitore somiglia al modo di parlare, riflettendo tutte le caratteristiche fin qui elencate circa gli indizi verbali di inganno. Anche se nello scrivere c'è a disposizione un tempo maggiore per riflettere e creare una versione dei fatti plausibile, si possono avere delle distrazioni, che permettono di rilevare gli stati d'animo e/o i fatti che volevano essere nascosti. Inoltre, può capitare che la redazione della storia è logica ed ammissibile, ma il modo in cui è stata scritta non è convincente. Lo stile comunicativo presenta sempre qualcuna delle seguenti caratteristiche:

- **Incertezza,** con abuso di aggettivi, avverbi e tempi verbali al congiuntivo.
- **Vaghezza,** con fatti e descrizioni esposti in maniera ridotta; tempi verbali al passato remoto o in forma da non indicare precisi riferimenti nell'arco temporale passato. Sono usate di meno espressioni di esclusione come

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

“eccetto”, “nonostante”, “ma”, “tuttavia”, *etc.* Il mentitore usa maggiormente espressioni di vaghezza come “in generale”, “complessivamente”, “si dice”, *etc.*

- ➔ **Nervosismo**, evidenziato dal numero di ripetizioni ed errori grammaticali e/o sintattici.
- ➔ **Reticenza**, dato che le narrazioni sono brevi, avendo a disposizione un vocabolario limitato ai termini e alle espressioni di ambiguità e vaghezza. Quanto meno si scrive, tanto meno – secondo il pensiero del mentitore – si avrà materiale per scoprire la menzogna.
- ➔ **Dipendenza**, determinata dal bisogno di non autoreferenziarsi, con disuso della prima persona singolare e dei pronomi di persona (non compaiono espressioni come “io feci”; “egli se ne andò”; “io ho agito così”).
- ➔ **Malumore**, che si manifesta con un aumento delle parole che si associano a emozioni negative. E’ dovuto alla tensione, alla paura, ai sensi di colpa.

Lo stile della narrazione, in molti casi, prescinde persino dal livello di istruzione di una persona, risentendo fortemente dello stato emotivo sottostante e dei fini a cui si mira, nobili o meno che siano.

## **6C. Comunicazione non verbale e indici di inganno**

### **I. Caratteristiche della comunicazione non verbale**

In una conversazione faccia a faccia, la maggior parte della comunicazione viaggia su un piano non verbale. Ciò avviene in base alla distanza fisica che si frappone con l’interlocutore, alla postura, alla gestualità, agli sguardi, alle espressioni del viso, *etc.*

Le emozioni si colgono anche sulla base di un rapido movimento facciale, o di un cenno, ad esempio. La Psicologia della Comunicazione ci insegna che i messaggi inviati tramite canali non verbali rappresentano dal 50 al 70% del totale (per cui il restante 50-30% utilizza la via verbale), e che solo una parte di



questa percentuale può essere sottoposta al controllo della volontà. Ciò non vale per il lato recettivo, in quanto quasi la totalità dei segni non verbali viene recepita, anche inconsciamente, e lascia trapelare lo stato d'animo in cui si trova la persona che li esprime, se ella vuole nascondere quello stesso stato d'animo, o se esprime incongruenze tra il lato verbale e quello non verbale. Del resto, i canali verbale-non verbale rappresentano un unicum, in quanto solo in pochi casi viene usato il canale non verbale da solo a fini comunicativi (come per esempio avviene con il linguaggio gestuale dei sordomuti, nell'esibire il gesto dell'autostop, nel "fare le corna", etc.).

Le due principali funzioni della comunicazione non verbale sono:

1. La *funzione simbolica o linguistica*: il gesto comunica a prescindere da ciò di cui si sta parlando, e viene espresso in base al contesto in cui ci si trova, ai fini cui mira la comunicazione, alle persone a cui si sta parlando, e può anche sostituirsi del tutto alle parole.
2. La *funzione paralinguistica*: i segni non verbali implementano in maniera positiva la comunicazione verbale, nel senso che la arricchiscono, e sono subordinati ad essa. Aiutano nella comprensione della parola e contribuiscono all'espressività, al ritmo e alla musicalità della stessa, tramite ad esempio i sorrisi, le espressioni del viso, la gestualità delle mani, etc.

Di solito una buona, ricca ed espressiva – ma non esagerata – comunicazione non verbale aiuta nell'intrattenere rapporti positivi con gli altri, cosa che non avviene nei casi di deficitaria espressività non verbale.

I fini dei canali non verbali seguono quattro principi fondamentali:

1. *Familiarità*: è un principio chiamato in causa in quanto *modifica la comunicazione in base alla situazione o al contesto in cui essa si svolge (familiarità situazionale) o in base al livello di conoscenza personale che ogni interlocutore ha dell'altro (familiarità personale)*.

E' noto il fatto che in corrispondenza di una persona che si conosce poco o per nulla la nostra comunicazione non verbale non può svolgersi con la stessa naturalità con cui si esplica in ambito familiare o nei confronti di una persona che si conosce bene. Il principio di familiarità è bidirezionale: l'espressione non verbale è aiutata così come la comprensione, in effetti le persone che ci conoscono meglio possono capire rapidamente i nostri sentimenti, il nostro stato d'animo, e anche se stiamo cercando di nascondere.

2. *Combinazione*: questo principio esprime come i segnali non verbali siano sempre combinati, o con altri segnali non verbali o con comunicazione verbale. *Devono essere sempre analizzati come parte di un insieme, e mai come contenuti isolati.* Se un segno non verbale ci sembra apparire isolato, sappiamo che, ponendo una maggiore attenzione su tutto il corpo, in particolare sul volto e sulle mani, troveremo sicuramente altre comunicazioni non verbali che l'accompagnano.
3. *Congruenza/Non Congruenza*: in una conversazione sincera il canale non verbale arricchisce con congruità il piano verbale, rendendo la comunicazione anche più chiara e di immediata comprensione. La "non congruenza" è uno dei principali segni di inganno, e avviene quando le metodiche comunicative non verbali vogliono essere utilizzate da una persona *per nascondere* una frase o un discorso falso.
4. *Contesto*: la comunicazione non verbale *risente fortemente del contesto socio-culturale in cui si svolge*, nel senso che si modifica in base al paese, regione o città, all'ambiente, al livello di istruzione, alla categoria professionale o gerarchica in cui si svolge. La cultura mediterranea, per esempio, è caratterizzata da un uso molto accentuato della mimica e della gestualità, a differenza di quelle nordiche,

anglosassoni e middle-europee. Possiamo notare a ulteriore esempio le caratteristiche di un colloquio lavorativo, in cui domina una comunicazione non verbale sobria e priva di eccessi rispetto ad un colloquio in ambiente familiare o amichevole.

## **II. Indizi non verbali di inganno**

Parlando degli indizi non verbali di inganno, va premesso che non esiste un segno patognomonico fisso, valido per tutte le persone. Tuttavia, la conoscenza di tali indizi, che si presentano in particolar modo nei momenti di tensione conseguenti a domande particolari, può aiutarci a capire se un soggetto sta mentendo o no. *Buona parte del tempo è impiegata da chi mente nel controllare la verbalizzazione, non la comunicazione non verbale.* Del resto, è anche più difficile, e in parte impossibile, tenere sotto controllo questa seconda linea comunicativa.

**Mentire ingenera stress, paura, sforzo attentivo, e altre emozioni incontrollabili che si traducono in espressioni e gesti osservabili.** Tali emozioni – con relative espressioni – si rafforzano quando non si sa ancora bene che menzogna dire, quando a domanda la risposta non è pronta, perché inattesa, e in conseguenza di altre situazioni, anche intrapsichiche, del mentitore. Va precisato che i seguenti indizi di inganno **possono essere presenti anche nella comunicazione non verbale di una persona sincera, che è tesa per la situazione che si è venuta a creare o perché non la si considera sincera.**

**Espressioni e microespressioni facciali:** le espressioni emozionali più autentiche non durano molti secondi; quando si protraggono a lungo, da cinque a dieci secondi per esempio, possono essere espressione di falsità, anche se per Ekman esse sono derivabili da emozioni molto intense e hanno un contenuto

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

simbolico. Un altro indizio è un'espressione facciale repressa e nascosta con un *sorriso*, rapido mezzo a disposizione.

La mimica del viso è spesso cosciente, e può anche essere sottoposta a un controllo volontario, tuttavia esistono *microespressioni* che si interpongono spontanee, con una durata rapida, difficile a cogliersi. Sono inaspettate e si presentano in momenti di espressività scarsa o di basso controllo del viso mentre si parla. Poiché durano *meno di un ventesimo di secondo*, non vengono colte facilmente a occhio nudo. Tra esse citiamo: *scosse o brusche piccole cadute del capo, veloce contrazione le spalle, brevissima espressione negativa del viso, repentino e breve cambiamento del tono vocale*. Investigatori professionisti addestrati riescono a cogliere meglio tali microespressioni facciali. Nonostante sembrano corrispondere in molti casi a condotta ingannevole, non c'è ancora prova circa l'affidabilità totale di queste espressioni come strumento di indagine.

**Sorrisi:** forse rappresentano *l'espressione più frequentemente usata nel dissimulare un'emozione sottostante*, spesso la paura o un derivato dell'ansia, altre volte relativa a processi intrapsichici del mentitore. La frequenza dell'uso del sorriso è dovuta all'abitudine che tutti gli uomini hanno nel compierlo, al fatto che il muscolo zigomatico – uno di quelli che lo agisce – è volontario e di facile utilizzo. Tuttavia, il sorriso sincero e spontaneo si determina anche in base alla contrazione di *altri* muscoli pellicciai e del muscolo orbicolare degli occhi, ad azione involontaria.

Anche il riso nervoso, isteriforme, o sproporzionato, è un indice tipico di menzogna, e può accompagnarsi a frasi come “Questa domanda è ridicola”, “Cosa sta dicendo?”, *etc.* E' particolarmente significativo quando non avrebbe ragione di esistere, in virtù della gravità dei fatti di cui si parla, o della evidente paura sottostante.

**Voce:** nei momenti di grande emotività, ansia e stress, la voce umana diventa più accentuata, con elevazione *sia del tono (più chiaro) che della frequenza (più alta)*. Aumentano le *difficoltà di modulazione e intonazione*, fino a giungere in alcuni casi a leggere forme di *afonia*.

Occorre prestare attenzione a cambiamenti nella voce che si introducono dopo domande dirette o caratteristiche. Ad ogni modo, come per tutti gli indizi di inganno, anche modificazioni nelle caratteristiche vocali non sono isolatamente segni certi o patognomonicamente di menzogna.

**Ritmo della parlata:** in ogni individuo il linguaggio è caratterizzato da un grado di musicalità più o meno espresso, in cui è nettamente più sviluppata la sezione ritmica rispetto a quella melodica (pur esistendo idiomi o dialetti che presentano anche forme di cantilene melodiche). In molti casi, il mentire danneggia tale ritmica, con conseguenze ben percepibili: la parlata diventa spezzata, a tratti più lenta, a tratti più rapida, a volte inconsistente, e/o con errori che ne provocano un andamento non fluido. Il tempo intercorrente tra la domanda e la risposta può essere prolungato, o enormemente accelerato se la risposta era stata preparata precedentemente.

**Movimenti e gesticolazione:** gesti come *coprirsi la bocca o il viso*, o *nascondere una qualsiasi espressione facciale*, sono comunemente considerati segni di inganno o dissimulazione. Tuttavia, questi gesti possono essere sottoposti a controllo volontario.

*Il gesticolare* si accentua in seguito a domande di carattere emotivo, o riguardanti attività fisiche, lavorative, sportive, *etc.* Ad esempio, domande concernenti il lavoro sono sempre seguite da risposte con importante gesticolazione delle mani.

In chi mente, questi accompagnamenti *mancano, sono incompleti, con impressione di artificiosità, o risultano incongruenti rispetto ai canali comunicativi verbali*. Anche i gesti indicativi o dimostrativi, come l'indicare

con il dito o con l'inclinazione del capo, vanno in disuso. La pochezza di queste forme di comunicazione non verbale riflette anche le caratteristiche di vaghezza, distanziamento e reticenza.

Alcuni investigatori hanno notato nei loro inquisiti un minor numero di gesti antigravitari, come il *sollevare le sopracciglia* (movimento usato per rafforzare una frase o per dare enfasi al termine di un discorso), il *muovere i piedi o le gambe*, acquisendo nel complesso un aspetto di *rigidezza posturale*. Ciò vale anche al contrario, nel senso che un'ansietà estrema porterà l'interrogato a muovere continuamente i piedi o le gambe, a manifestare tic con le mani o con altre parti del corpo, compresi tic mimici involontari (vedi segni di nervosismo).

**Sguardi e contatto visivo:** fenomenologicamente il termine "sguardo" indica uno dei più importanti fattori che si determinano nell'*incontro* tra due o più persone. Lo sguardo, che lo si voglia o no, in presenza di almeno un'altra persona, non è mai rivolto a un oggetto, ma sempre a questa persona che lo cerca o che lo evita, e che sa sempre che esiste. In tal senso lo sguardo è *sempre pronto* a comunicare.

**Lo sguardo riveste un ruolo comunicativo estremo**, è una fonte inesauribile di emozioni, ed è anche un modo per *toccarsi*. E' di nozione comune il fatto che dallo sguardo si può intuire la sincerità di una persona, *quando la invitiamo a guardarci negli occhi o quando, senza dirlo, la guardiamo*. In tali casi lo sguardo del mentitore devia anche per brevi attimi. In molti pensano che questo sia il principale indicatore di menzogna. Ma anche in questo caso esistono *fattori giustificanti*: la timidezza, un carattere introverso, motivi culturali, il sesso femminile in rapporto a un inquirente di sesso maschile, *etc.* sono tutti fattori che possono spingere ad evitare lo sguardo diretto dell'interlocutore. Tuttavia, si può capire, almeno in parte, se questi fattori saranno influenti, se si conosce la persona con cui si parla, o se si adotta

prima di porre domande scomode una tattica di vagheggiamento, parlando del più e del meno, come ad esempio del tempo atmosferico o di argomenti di dominio pubblico.

Gli esperti sono concordi nel sostenere che sviare bruscamente lo sguardo è segno di stress conseguente a domande compromettenti o rilevanti, che possono mettere nei guai una persona, e rivelare che sta mentendo. Importante eccezione è costituita dal fatto che il mentitore che aveva la risposta già pronta è in grado anche di fissare dritto negli occhi.

E' sospetto anche *lo sguardo furtivo*, che cerca quasi di "rubare" repentinamente informazioni dall'inquirente.

**Segni di nervosismo:** rivestono utilità soprattutto quando compaiono a seguito di domande chiare, critiche o compromettenti. Molti di questi segni sono conseguenza di cambiamenti fisiologici vegetativi derivanti dalle emozioni e da altri processi intrapsichici. I principali segni di nervosismo sono:

- ➔ **Mancanza di controllo delle estremità:** muovere velocemente i piedi, ticchettare con le mani, manipolare nervosamente una penna o altri oggetti,...
- ➔ **Auto-manipolazioni:** toccarsi le mani, il viso, le orecchie o i capelli; *stropicciarsi il naso* (può indicare anche menzogna con rifiuto della persona con cui si interloquisce); tirarsi o giocare con i peli o con i fili dei vestiti; scrollarsi di dosso la povere o la forfora; aggiustarsi gli occhiali; lisciare, accarezzare o torcere collari, gioielli e/o altri ornamenti pendenti;... Tutti questi segni sono indizi di menzogna soprattutto se compaiono in risposta a precise domande, o associati sempre alle stesse domande.
- ➔ **Cambiamenti associati a sudorazione:** sudore sul labbro superiore; grattarsi parti del corpo che sono soggette fisiologicamente a maggiore

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

sudorazione (regioni frontali, ascellari, genitali, *etc.*) o a modificazioni del flusso ematico conseguenti a menzogna (naso, regioni periorbitali, *etc.*).

- **Secchezza delle fauci:** dovuta a inibizione della secrezione salivare autonoma, facilita il riflesso di ingoio, provoca stimoli vari a bere acqua, schiarirsi la gola, bagnarsi o inumidirsi le labbra con la lingua, *etc.*
- **Segni di preoccupazione e/o sforzo mentale intenso:** corrugare la fronte; serrare le labbra; muoversi inquieto nel posto a sedere; schiacciarsi la lingua.
- **Segni respiratori:** sospirare; respiro a ritmo rapido e ad ampiezza superficiale.
- **Segni oculari:** sbattere più frequentemente le palpebre; contrazioni involontarie delle sopracciglia.

**Postura:** la postura della persona sincera è aperta, rivolta frontalmente, allineata all'interlocutore. Si cambia postura di quando in quando, comunque mantenendo un atteggiamento disinvolto. *Chi mente, invece, tende a distanziare il proprio corpo, e a non allinearlo all'interlocutore, rivolgendosi in maniera obliqua.* Spesso viene adottata una postura rigida e difensivista, con pochissimi cambiamenti durante il dialogo. Questo immobilismo, quando si verifica, è paradossale, in quanto l'emozione intensa produce un'iperattività dei sistemi fisiologici, in particolare quelli nervosi, che dovrebbe comportare un'iperattività motoria. *In alcuni casi si osserva innalzamento di barriere corporali di difesa, come il porre le braccia conserte, incrociare le gambe, coprirsi la bocca o parti del viso.*



Per ulteriori approfondimenti, anche di natura diagnostica differenziale, sulla semeiotica dell'espressione in generale rimandiamo *in primis* ai lavori di E. Minkowski e di V. Mastronardi<sup>18</sup>.

### III. Segni fisiologici dell'inganno

I principali indici fisiologici che possono modificarsi in caso di inganno sono:

- ➔ L'attività elettrica cerebrale: misurabile con EEG o metodiche simili, può manifestare potenziali evocati che appaiono più rapidamente (e che possono coincidere con i potenziali P300+ o N400-) in corrispondenza con domande importanti, significative o compromettenti.
- ➔ Il metabolismo cerebrale: studiato tramite tecniche di neuroimaging, in primis la SPECT e la RMN, perché in alcuni casi di menzogna la richiesta di ossigeno è aumentata in un maggior numero di regioni cerebrali, soprattutto quelle controllanti l'attenzione e le emozioni (nuclei della base, regioni frontali, sostanza reticolare).
- ➔ Le caratteristiche acustiche della voce: le modificazioni già elencate in precedenza sull'acustica vocale possono oggi essere analizzate anche attraverso software specifici, in grado di mettere in evidenza differenziali di *timbro*, *altezza* e *intensità*, oltre anche a valutare caratteri musicali come il ritmo.

---

<sup>18</sup> E. MINKOWSKI – *Il tempo vissuto, Fenomenologia e Psicopatologia*. Einaudi, Torino 1971.

E. MINKOWSKI – *Trattato di Psicopatologia*. Feltrinelli, Milano 1973.

V. MASTRONARDI – *Manuale per operatori criminologici e psicopatologi forensi*. Giuffrè, Milano 2001.

V. MASTRONARDI – *Le strategie della Comunicazione Umana*. Franco Angeli, Milano 2000.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

- ➔ La dilatazione pupillare: spesso, ad illuminazione costante in modo da non attivare il riflesso pupillare, una attivazione importante dei processi elaborativi e/o emozionali cerebrali si traduce in una *midriasi*. Ciò avviene, per esempio, quando si eseguono difficili calcoli a mente, quando si ricordano argomenti lontani o insidiosi, e anche quando si mente.
- ➔ Il flusso ematico della regione facciale: in alcuni la menzogna provoca un iperafflusso ematico al volto, in particolare nelle regioni periorbitali e zigomatiche. Tale aumento può essere registrato tramite telecamere termiche, a volte anche a occhio nudo, se si arriva ad un arrossamento intenso. Allo stesso modo, l'opposto fenomeno di ipoafflusso ematico, provocante pallore, potrebbe indicare difficoltà nel mentire.

Tali indici sono di difficile interpretazione e anche di non semplice studio: in particolare, l'attività elettrica e il metabolismo cerebrale possono essere valutati solo in laboratorio, tramite EEG, RMN, SPECT. Nel corso degli anni si sono usati diversi mezzi, alcuni già accennati in precedenza, per percepire anche indirettamente i segni fisiologici di inganno, tra cui l'Idrosismografo (Lombroso), il Lie Detector o macchina della verità, il Voice Stress Analyzer, il Facial Action Coding System, lo Scientific Content Analysis (Scan), il Verbal Inquiry Effective Witness (View), la Rilevazione Termica del viso, *etc.*

Ogni mezzo di ricerca, tra quelli elencati e non, ha sempre dato un numero non trascurabile di falsi positivi, determinato dai timori dell'inquisito di essere scambiato per il colpevole, dalle preoccupazioni di ciò che potrebbe accadere, dalla paura che vengano scoperte altre sue trasgressioni, indipendenti da quella in questione.

A dispetto di tutte le ricerche effettuate in ambito psichiatrico, criminologico e psicologico, a volte finanziate anche da sistemi di difesa nazionali (vedi CIA), **ad oggi non esiste un segno verbale, non verbale, o fisiologico, che ci possa indicare una menzogna sicura, rilevabile ad occhio**

**nudo o tramite strumenti tecnologicamente avanzati:** sta alla bravura del fisiopatologo, spesso anche istintiva, la comprensione di un possibile inganno.

## 7. Cenni sugli aspetti forensi

### 7A. Cenni storici

Nell'antica Roma, già dai secoli V e IV a.C., la legislazione vigente prevedeva la non punibilità dei folli che commettevano reato. Tale disposizione fu ribadita, a caratteri più incisivi, con il codice giustiniano (534 d.C.), per il quale l'alienazione mentale implica impunità per il delitto. Tali concetti furono conservati in epoca medievale e tenuti in particolare conto da Federico (1194-1250) e da Clemente V (1260-1314). Solo nel periodo dei Comuni ci si discostò dalla tutela giuridica nei confronti dei malati di mente, nei quali i sintomi andavano estirpati con la violenza, in quanto espressione di possessione diabolica o effetto di stregoneria. Nel 1532 con Carlo V d'Asburgo la legge tornò a considerare immuni da pena i soggetti "furiosi". Nei secoli XVI-XVII "i giuristi italiani danno massima importanza alle condizioni soggettive dell'imputabilità nonché alle malattie mentali"<sup>19</sup>.

### 7B. Simulazione e imputabilità

In diritto penale si definisce **imputabilità** (art. 85 del nostro ordinamento) la capacità di intendere e di volere, cioè la capacità soggettiva di rendersi conto delle conseguenze delle proprie azioni.

Nello specifico, **la capacità di intendere** è l'attitudine dell'individuo a comprendere il significato delle proprie azioni nel contesto in cui agisce, **la**

---

<sup>19</sup> Anselmi N. – *La Simulazione di Malattia Mentale in ambito Penitenziario*. Lezioni Master Internazionale di Criminologia, Università di Roma "La Sapienza", A.A. 2005.

**capacità di volere** è il completo potere di controllo dei propri stimoli e impulsi ad agire.

Dall'art. 88 all'art. 98 il codice penale stabilisce **alcune evenienze in cui il concetto di imputabilità è da applicare in maniera diversa:**

- *art. 88:* VIZIO TOTALE DI MENTE
- *art. 89:* VIZIO PARZIALE DI MENTE
- *art. 96:* SORDOMUTISMO
- *art. 97:* MINORE ETA'
- *altri articoli:* UBRIACHEZZA

Nel caso specifico della *simulazione di malattia mentale* e dei disturbi che vi entrano in diagnosi differenziale, si dovrà fare quindi riferimento agli *articoli 88 e 89*.

Ai sensi dell'art. 88, il vizio totale di mente si ha quando l'autore del reato, **al momento del fatto**, si trovava in condizioni patologiche di mente tali da *escludere completamente* sia la capacità di intendere che la capacità di volere. In tal caso egli non è imputabile, tuttavia il giudice può predisporre il ricovero presso un Ospedale Psichiatrico Giudiziario, dopo aver accertato la pericolosità sociale del soggetto in questione.

Ai sensi dell'art. 89, il vizio parziale di mente si ha quando l'autore del reato, **al momento del fatto**, si trovava in condizioni patologiche di mente tali da *scemare grandemente*, senza escluderle, le capacità di intendere e di volere. In questo caso il soggetto risponde del reato, con applicazione di una pena diminuita. Entrambi gli articoli indicano espressamente di considerare lo stato psicologico dell'individuo *al momento del fatto-reato*. In base a ciò, devono essere considerati imputabili tutti i soggetti che non abbiano mai manifestato sintomi di malattia mentale o che abbiano manifestato l'esordio di una patologia **dopo** un crimine commesso (ciò che corrisponde a molti simulatori che vogliono vedersi diminuita la pena).

In alcuni casi il simulatore di malattia mentale può riferire una sintomatologia psichiatrica risalente ad un periodo precedente o concomitante con quello in cui ha commesso il reato. Passa qui in primo piano il ruolo del perito, che deve valutare se la sintomatologia è reale o se davvero si tratta di una delle condizioni che entrano in diagnosi differenziale. Abbiamo visto precedentemente che in tale diagnosi entrano in gioco anche patologie gravi, tra cui alcuni stati psicotici che possono dar diritto ad un vizio totale di mente (es. un delirante che commette omicidio sotto ordine di santi o entità diaboliche).

Altre sindromi che entrano in diagnosi differenziale con la simulazione danno diritto ad un vizio parziale di mente: tra queste possiamo includere alcune forme di isteria e alcune condizioni dissociative.

*Il vero simulatore, non manifestando né alterazioni dello stato di coscienza, né deficit dell'attenzione, se esente da patologie mentali è sicuramente imputabile.*

#### **7C. Simulazione e disturbi da ambito lavorativo**

La tutela della salute è espressa dall'art. 32 della Costituzione italiana:

*“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”.*

In passato il concetto di salute era inteso come assenza di malattie o di infermità, fisiche e psichiche. In seguito alla delibera dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1977 denominata "Salute per tutti", si iniziò a delineare una nozione molto più ampia del concetto di salute, intesa come uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale", anche con riferimento all'ambiente in cui si vive, ai servizi di cui si gode, all'integrità sociale, etc. Tale delibera culmina nel 1984 con l'adozione, da parte degli Stati Membri, di strategie regionali di HFA, ossia *Health For All*. Entra qui in gioco anche l'art. 2043 del Codice Civile, in cui si esplicita che

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

***”Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno”.***

Ad oggi il danno alla salute può essere distinto e al tempo stesso complementare al danno biologico, nonché al danno sull’integrità della vita di relazione (*inteso come lesione del diritto di avere rapporti con gli altri mantenendo inalterata la propria sfera fisica e psichica*).

L’art. 2059 del Codice Civile disciplina le lesioni di carattere psichico. Negli ultimi anni sta assumendo particolare rilevanza l’aspetto riguardante proprio il settore relazionale dell’individuo, in riferimento anche alle cosiddette “nevrosi da indennizzo” e al danno da Mobbing (vedi cap. III – diagnosi differenziale).

Gli articoli 2087 e 2043 precisano i casi in cui è previsto l’obbligo della prova, anche per impedire facili simulazioni o altri comportamenti illeciti atti ad ottenere risarcimenti su basi non vere. *“Il Mobbizzato deve provare il nesso causale tra condotte mobbizzanti e danno subito”*<sup>20</sup>.

In relazione ai casi sospetti di simulazione, mobbing, nevrosi da indennizzo e altre sindromi da ambito lavorativo, anche per motivi di difficoltà nella diagnostica differenziale, **la valutazione psicopatologica deve essere attenta ed approfondita nella raccolta della documentazione, dell’anamnesi, dei segni e sintomi del soggetto, potendo e dovendo anche usufruire di test diagnostici.**

---

<sup>20</sup> cit. da Marasco M. – *Mobbing e Danno alla Salute: Aspetti Medico-Legali*. Lezioni Master Internazionale Criminologia, Università di Roma “La Sapienza”, a.a. 2005-06

## 8. Conclusioni

Proprio in relazione agli ultimi argomenti esposti, riguardanti la possibilità di simulare per ottenere vizi parziali o totali di mente, o per ottenere indennizzi per finte patologie, risulta evidente che oggi il comportamento "simulazione" è esteso su un campo molto più ampio rispetto al solo ambito detentivo.

Tale tendenza volta a simulare, oltre che essere determinata da disposizione di personalità di singoli individui, è sicuramente incentivata dalla proliferazione continua dei *disturbi* inclusi nella nosografia psichiatrica – soprattutto in base agli orientamenti della psichiatria manualistica dei DSM – dal riscontro reale più o meno probabile.

Ciò – volendo pensare in buona fede – aumenta sempre più la probabilità di trovare un *disturbo* di cui ci si crede affetti, e può ingenerare il desiderio di essere risarciti, dimentichi o ignari del fatto che la maggior parte delle malattie della psiche ha un'origine lontana nella vita dell'uomo che ne è affetto.

In altri casi – se vogliamo pensare in modo più malizioso – la proliferazione delle voci incluse nelle possibili diagnosi psichiatriche agevola in maniera estrema chiunque voglia mettere in atto un comportamento simulatorio per trarre illeciti risarcimenti, dandogli anche la possibilità di scegliere la patologia per lui più semplice da imitare. La connessione tra "*calo delle difese immunitarie dovuto a stress lavorativo*", "*disturbi creati dal rapporto con il datore di lavoro*", "*mal di testa e vomito dovuti a trauma psichico*" e **risarcimento ottenibile** è ormai concetto assimilato dalla mente collettiva. Tale assimilazione aumenta le probabilità di attivare singole menti volte al simulare.

Inoltre, la diffusione e l'influenza sempre maggiori che le associazioni sindacali e le assicurazioni sociali hanno all'interno della nostra società costituiscono altri fattori socioplastici sicuramente non di secondo piano.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Tali organizzazioni “[...] *potenziano nell’individuo la tendenza a sfruttare in tutti i modi la situazione sinistrosa, soffocando invece la spinta naturale ad affrontare e risolvere personalmente e coraggiosamente le avversità della vita (spersonalizzazione e Vermassung dell’uomo del nostro tempo, ridotto a numero di organizzazione, prodotto di massa, essere collettivo tecnicizzato, con perdita irrimediabile della propria autonomia) (Kranz, Storch)*”.

Ad oggi ci si è allontanati da concezioni passate secondo le quali “il simulatore è tra i più gravi, se non il più grave tipo di delinquente, grave non solo in se stesso, nella sua forma clinica e cioè ne’ suoi caratteri psico-somatici, ma perché massimamente pericoloso per la società”. Tale allontanamento è avvenuto anche per un processo inconscio collettivo, esitato nella definizione delle patologie da ambito lavorativo, che sono diagnosticate anche in soggetti che in passato sarebbero stati ritenuti simulatori. Il risvolto della medaglia è che esse stesse vengono diagnosticate in reali simulatori. Analizziamo qui due fronti opposti: da un lato è giusto riconoscere i diritti ai lavori danneggiati, dall’altro è opportuno non incentivare simulazioni. Naturalmente la perfezione dello studio nosografico non esiste: delinquenza e simulazione da un lato e soprusi e malattia mentale dall’altro non cesseranno mai di esistere, e non potranno mai essere distinte attraverso canoni indiscutibili.

Non resta quindi che la valutazione caso per caso, per discernere la simulazione vera dalla malattia mentale vera. Di certo la dimostrazione del nesso causale in questo ambito è molto complessa: in ambito psicologico/psicopatologico più che *cause* esistono *motivi e scopi*, spesso molteplici, diversi ma complementari fra loro.

“*Alla categoria del rapporto causal-meccanico obiettivo delle scienze naturali si contrappone la categoria dei rapporti psichici subiettivi di ‘motivo’ (Grund) e ‘conseguenza’ (Folge), di ‘mezzo’ (Mittel) e ‘scopo’ (Zweck)*” (Schellwort). Infatti, “*una ricerca sul piano psicologico porta sempre a*



*scoprire motivi, motivazioni e scopi ma mai cause, mentre la ricerca sul piano causal-meccanico porta sempre a scoprire cause e solo cause, ma mai motivi e scopi”* (Callieri). Tutto ciò è sempre e comunque valido, anche dove in giurisprudenza si parla di nesso causale riferito a cause psicologiche. Tale nesso, se riconosciuto, avrà sempre *valore diverso* (almeno dal punto di vista fenomenologico) rispetto a quello riferito a cause biologiche. Proprio in base a questi principi è chiaro che lo stesso parere del perito, quando si esprimerà su fenomeni psichici e psicosomatici, sarà sempre e solo un parere di *giudizio*.

In molti casi, nella perizia riguardante la simulazione, si passa molto tempo a riflettere sulla diagnostica differenziale e si finisce nello stabilire da parte dello psicopatologo *“quanto della sintomatologia esibita sia frutto di simulazione, e quanto invece sia espressione di meccanismi psicoreattivi”* (Callieri). **Tale quantificazione non potrà mai essere ricondotta a schematismi o ad incasellamenti vari**, che dovrebbero essere effettuati solo per comodità di studio, mai per avere a portata di mano *diagnosi prefabbricate*, e dovrà essere fatta solo in base all'*incontro* con il singolo individuo, visto come alter-ego (un altro-io, un altro-me che posso riconoscere, almeno in parte) unico al mondo.

#### BIBLIOGRAFIA

- ALLISON – *An Aspect of the feigned Folie*. American Journal of Insanity, Avril 1898.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision - ICD-10/ICD-9-CM. Classificazione parallela*. Edizione italiana a cura di V. Andreoli, G. B. Cassano e R. Rossi. Masson, 2002.
- BERGAMINI L., BERGAMASCO B., MUTANI R. – *Manuale di Neurologia Clinica. III Ed. agg.* Libreria Cortina, Torino 2001.

- Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.
- BINI L., BAZZI T. – Trattato di Psichiatria. Vallardi, Milano Vol. 1 1954, Vol. 2 1959.
- BRUNO F. – *Finzione e Simulazione di Malattia Mentale: lo Psichiatra da Medico dell'Anima a Controllore della Forma*. Atti del Convegno Nazionale di Studi “Simulazione & Dissimulazione”, Aversa, Nov. 2000.
- CALLIERI B., SEMERARI A. – *La Simulazione di Malattia Mentale*. Abruzzini, 1959.
- CALLIERI B., MALDONATO M., DI PETTA G. – *Lineamenti di Psicopatologia Fenomenologica*. Alfredo Guida Editore, Napoli 1999.
- CALLIERI B., DI BIAGIO F. – *Meccanismi e ritmi ripetitivi in psicologia e in psichiatria*. Arch. Psicol. Neur. Psych., 18, 107, 1957.
- CALLIERI B. et al. – *Ciò che non so dire a parole*. Alfredo Guida Editore, Napoli 1998.
- CALLIERI B. – *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*. Edizioni Universitarie Romane, Roma 2001.
- CALLIERI B. – *Percorsi di uno psichiatra*. Edizioni Universitarie Romane, Roma 1993.
- CAMPAILLA G. – *Semeiologia psichiatrica*. Casa Editrice Minerva Medica.
- M. CANNAVICCI – *L'interrogatorio*. Lezioni Master Internazionale di II Livello in Criminologia, Università di Roma “La Sapienza”, A.A. 2005-06.
- CERTOK L. – *L'ipnosi*. Edizioni Mediterranee, Roma 1989.
- ERICKSON M. H. – *Le Nuove Vie dell'Ipnosi*. Astrolabio, Roma 1978.
- FERRIANI L. – *Minorenni Delinquenti*. Milano 1895.
- FREUD S., BREUER J. – *Casi Clinici*. Bollati Boringhieri, Torino 1975.
- GIBERTI F., ROSSI R. – *Manuale di Psichiatria*. IV Ed. Padova 1996.
- GRANONE F. – *Trattato di Ipnosi*. UTET, Torino 1989.
- HERSMAN C. C. – *The Medico-legal Aspect of Eroto-Coreic Insanities*. The Alienist and Neurologist, 1897.

- HUSSERL E. – *Fenomenologia e Psicologia*. Filema, 2003.
- JOHN ROMANES G. – *L'èvolution mentale chez les animaux*. Paris 1884.
- JUNG C. G. – *L'inconscio*. Mondadori, Milano 1992.
- JUNG C. G. – *Simulazione di Malattia Mentale*, B. Boringhieri, Torino 1973.
- KOSTER – *Simulation und in Folge deren Geistesstörung*. Allgemeine Zeitschrift für Psych. 1884.
- KOTT J. – *Shakespeare nostro contemporaneo*. Universale Economica Feltrinelli, Milano 2002.
- KRETSCHMER – *Medizinische Psychologie*.
- KRETSCHMER – *Hysterie, Reflex und Instinkt*.
- LALLI N. – *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*. Liguori Editore, Napoli 1999.
- LOMBROSO C. – *L'uomo delinquente*. Torino 1889.
- MALMSTEN P. H. – *Les Maladies Simulées*. Annales id. Agosto 1880.
- MASTRONARDI V. – *Filmtherapy. I Film che ti aiutano a stare meglio*. Armando Editore, Roma 2005.
- MASTRONARDI V. – *Le strategie della Comunicazione Umana*. Franco Angeli, Milano 2000.
- MASTRONARDI V. – *L'ipnosi clinica negli anni 2000 in Ipnosi e Psicoanalisi*, a cura di Leon Chertok. Armando Editore 1998.
- MASTRONARDI V. – *Manuale per operatori criminologici e psicopatologi forensi*. Giuffrè Ed., IV ed., Milano 2001.
- MASTRONARDI V. – *Le strategie della comunicazione umana. La persuasione, le influenze sociali, i mass media*. Franco Angeli Editore, Milano 2002.
- MAYER-GROSS W., Slater E., Roth M.: *Clinical Psychiatry*. Cassel, London 1954.

- Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.
- MINKOWSKI E. – *Il tempo vissuto, Fenomenologia e Psicopatologia*. Einaudi, Torino 1971.
- MINKOWSKI E. – *Trattato di Psicopatologia*. Feltrinelli, Milano 1973.
- MOTET A. – *Les Faux Témoignages des Enfants Devant la Justice*. Ann. D'Hygiène et de Méd. Légale, Juin 1887.
- PANCHERI P., Cassano G. B. - *Trattato Italiano di Psichiatria (II ed.)*. Masson, Milano, 1999.
- PENTA P. – *La simulazione della Pazzia e il suo significato Antropologico, Etnico, Clinico e Medico-Legale*. Francesco Perrella Ed., Napoli 1900.
- SCHNEIDER K. – *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. 9° ed., Wien, 1950.
- SCHNEIDER K. – *Klinische Psychopathologie* (trad it. B. Callieri). Sansoni, Firenze 1954.
- SELVA J. M. – *La Psicologia de la Mentira*. Ed. Paidós, Buenos Aires 2006
- SHAKESPEARE W. – *Amleto*. Mondadori, Milano 1988.
- SOLLIER P. – *Psychologie de l'Idiot et de l'Imbécile*. Paris 1891.
- TAMASSIA A. – *Le False Testimonianze dei Bambini innanzi alla Giustizia*. Riv. Sperim. di Freniatria e Med. Leg. Vol XIII, 1887.

Maria Efsia Cotza<sup>21</sup>

**PREDITTIVITÀ DELLE CONDOTTE COMPORTAMENTALI  
DEVIANTI NELL'ETÀ EVOLUTIVA.  
CONSIDERAZIONI PEDAGOGICHE SULLE STRATEGIE  
PREVENTIVE: POSITIVITÀ DELLE CARATTERISTICHE DEL  
METODO COOPERATIVO "COOPERATIVE LEARNING", A  
CONFRONTO CON QUELLO INDIVIDUALISTICO E  
COMPETITIVO.**

***Abstract:***

The aim is to make people reflect on 'the formation of a career for future criminals' making use of studies and current research with particular reference to psychoanalytical theories. From this I have realised the importance of highlighting preventative experiments at a psycho-educational-formative level as being the more effective of interventions used to deal with violent antisocial behaviour, and therefore the predictability of this conduct during adolescence.

Concern has rightly been expressed whilst reflecting upon preventative methods and this has been the determining factor for proposing a model of this nature, which produces educative action towards wellbeing, expressing motivational ideas, suggestions and activities at a cognitive level.

If feedback shows some interest, focus will be put upon group participation, which solidifies the acquisition of essential prerequisites, and social abilities which develop positive interaction and a sense of individual responsibility and solidarity, as well as respect towards others in order for this treatment to be reciprocated. The above is what is proposed by the 'Cooperative Learning' method, reported within the text 'Educare Insegnando' written by Professor M Comoglio, from which I have attempted a summary tackling his key points regarding a practical application in a scholastic context. The intention is to address the educative role entrusted in the teacher and to help teachers overcome the type of "limitation to individuality" of this traditional method, but within their professional code in order to create together with students a new methodology that stems from collaborative work.

This is an advanced educative action which is combined and intergrated yet in every way balances both discipline and 'individual participation and social responsibility' aspects.

---

<sup>21</sup> Dottore in Pedagogia, master in Scienze Criminologico-forensi Università di Roma "Sapienza"

**Keys words:** minors, social skills, *cooperative learning*, individual responsibilities, positive independence, evaluation of team work.

**Parole chiave:** minore adolescente, abilità sociali, *cooperative learning*, responsabilità individuale, interdipendenza positiva, valutazione del lavoro di gruppo.

**Riassunto.**

La finalità è quella di creare momenti riflessivi attorno “al costituirsi della carriera del futuro criminale”, avvalendomi delle mie letture sui preziosissimi studi e sulle ricerche attuati con particolare riferimento alla teoria psicoanalitica, ma non solamente, nello specifico mi sono impegnata per cogliere l'importanza di evidenziare tra gli interventi preventivi sperimentati a livello psico-pedagogico-formativo quello più efficace da opporsi ai comportamenti antisociali *in fieri* e quindi sulla futura predittività delle condotte comportamentali nell'adolescenza.

Giusta preoccupazione è stata espressa durante questa riflessione perpetuata sui livelli preventivi e questa è stata determinante per proporre un modello consono, finalizzato a produrre un'azione educativa di benessere estrinsecata su idee, suggerimenti, attività, motivanti a livello cognitivo.

Se il feedback di ritorno sarà dunque interesse, partecipazione alla vita di gruppo, ciò si concretizzerà in acquisizione di prerequisiti essenziali, quali abilità sociali che sviluppano un'interazione positiva di collaborazione di responsabilità individuale, di solidarietà, rispetto verso gli altri per un aiuto reciproco. Tutto questo è ciò che propone il metodo del *Cooperative Learning*, esposto nel testo “Educare Insegnando” scritto dal professore M Comoglio in cui ho tentato un'esposizione sommaria affrontando, i suoi punti nodali attraverso un'applicazione pratica in un contesto scolastico. Il proposito è di richiamare il ruolo educativo così ampio affidato all'insegnante e per far superare nella loro professionalità quella specie di limite “all'individualismo”, della metodologia per costruire insieme agli alunni una nuova metodologia che sia originata dal lavoro collaborativo.

È un'azione educativa avanzata che si presenta sì combinata, integrata ma che è in ogni modo equilibrata sia da “contenuti” disciplinari” e sia da “partecipazione individuale e sociale responsabile”.

**1. Minore adolescente.**

La teoria psicoanalitica, interpreta il disagio sociale dell'adolescente nel suo modo di relazionarsi con l'altro, l'adeguarsi alle norme ecc, segnali di future condotte antisociali, ma ancor prima nell'infanzia. L'esperienze dei primi anni di vita, appaiono ancor più determinanti per le future caratteristiche della

personalità adulta nonché della vita affettiva-relazionale e dei suoi comportamenti. Il vissuto infantile, influirà nell'adolescente e sullo sviluppo delle capacità in modo costruttivo nell'interazione con gli altri garantendo così un'adeguata stima di sé, o negativamente non riconoscendone le potenzialità.

La prima infanzia e l'adolescenza occupano un posto fondamentale: la prima avvia alle prime acquisizioni sensoriali supportate da una base affettiva sicura; la seconda accompagnerà il minore alla soglia della maturità cui è richiesto un sano equilibrio tra il mondo istintivo-affettivo e il mondo rappresentativo-intellettuale.

Il periodo dell'adolescenza è il periodo delle crisi improvvise, delle incoerenze delle contraddizioni, degli in adattamenti di conseguenti adattamenti alle esigenze della vita reale; è il periodo delle difficoltà a conoscere se stesso.

Nell'adolescenza, l'incentivazione ai comportamenti antisociali implica la possibilità di scelta per "un'identità negativa", che sovente trova risposta ad un possibile atteggiamento squalificante, punitivo, impartito da una certa autorità in un contesto che sia familiare, scolastico o sociale; spesso ciò accade per non saper stimolare il senso di sicurezza nel minore investendo nelle proprie capacità, di fiducia in se stesso e negli altri, per promuovere la riorganizzazione della personalità.

Un'"identità negativa", avvalendoci dell'espressione di Erickson diventa la sola possibilità d'imporsi, una garanzia qualora il minore non trovi basi positive su cui affermarsi; eventuali difficoltà relazionali avvieranno in alcuni casi a specifici comportamenti sicuramente disadattivi: la conquista dell'autonomia può richiedere una deidelizzazione dei genitori che si esprime nella critica nella presa di coscienza dei loro difetti e delle loro limitazioni, per la costruzione di uno schema di valori propri.

Altro fattore determinante per lui sarà un giusto bilanciamento tra realtà interna ed esterna: dal contesto familiare al contesto sociale; dall'indipendenza all'autonomia; dal mondo dell'infanzia al mondo adulto.

Ambedue i contesti familiare e sociale strettamente connessi fra loro, costituiscono parte integrante nel delicato processo psichico d'adattamento emotivo-cognitivo della formazione dell'identità che implica la necessaria ricostruzione dell'Io...

Il contesto familiare, negli studi criminologici è stato costantemente osservato per le potenzialità di condizionamento che esso imprime nello sviluppo di crescita del minore, avendogli attribuito il ruolo d'agenzia, di socializzazione, di filtro tra l'individuo e la società. Gli studi sulle condotte sociali devianti hanno fornito accreditate spiegazioni sul crimine anche attraverso le differenti tipologie familiari e sulle dinamiche interpersonali, suoi ruoli delle figure parentali e sui compiti di sviluppo, nonché sulle eventuali disfunzionalità quali

possibili indicatori di rischio e sui suoi rapporti col sociale. Anch'esso ugualmente caratterizzante per la diffusione delle molteplici sottoculture, dal gruppo dei pari, "i coetanei".

Il modo d'interazione dell'adolescente in pratica, l'abilità di interpretare e adeguare il proprio comportamento alle aspettative dell'altro, cioè il gruppo, facilitano in alcuni casi l'acquisizione di condotte devianti, qualora venisse a mancare il ruolo della famiglia atto a contenere quei bisogni d'indipendenza e autonomia. Infatti, per le istituzioni sono le norme d'interazione cui far riferimento che influiscono nella definizione etimologica della "condotte devianti" e non le tipologie comportamentali agite.

Il minore che chiede aiuto, che manifesta "disagio", pur possedendo adeguate capacità cognitive, può esprimere, appunto difficoltà d'interazione nelle agenzie formative (famiglia, scuola, sociale) che non sempre sono espresse ma taciute in forme di "disagio nascosto", facilmente sono individuate ma purtroppo non sempre arginate da un precoce intervento educativo. Detta situazione non espressa, non riconosciuta, rischia di evolversi in un "disagio esistenziale" e l'incipit che conduce alla devianza è suddivisibile in più livelli: disagio, disadattamento, devianza.

Dette espressioni comunicano dunque, che il minore ha bisogno di "aiuto" e richiedono un impegno professionale che postuli dei valori in una dimensione etica che per elaborare richieste di "aiuto, occorre creargli occasioni di sviluppo per le proprie potenzialità individuali per una valorizzazione delle abilità.

La letteratura sulla psicologia dello sviluppo, sottolinea l'incisività dei diffusi programmi di prevenzione, articolati su differenti interventi istituzionali famiglia, scuola, servizi territoriali locali (regione, comune, provincia, aziende sanitarie ecc), capaci di offrire strumenti formativi, di recupero, di protezione, per quei minori in cui il regolare percorso evolutivo è minacciato in particolar modo da eventuali fattori a rischio. Significa promuovere un intervento di rete tra più contesti, che così proposto è definito in sistemico ed ecologico; praticamente il comportamento dell'individuo non è slegato dal contesto in cui vive ma n'è funzione e per questo praticamente sussistono differenti influenze, ad es. sociali e soprattutto organizzativo-strutturali che agiscono sul comportamento del singolo.

Ad esempio nel caso con condotte comportamentali di prevaricazione, d'aggressività, nel contesto scuola da parte di adolescenti, dobbiamo valutare per comprendere i modelli dei comportamenti espressi, le regole del contesto classe, il ruolo del docente e le sue aspettative, le dinamiche relazionali dell'intero gruppo-classe ecc., per comprendere infine il perché di come certi disturbi di condotte irregolari si manifestano.



La prospettiva sistemica relazionale definisce i fattori di rischio in: prossimali e distali. I primi si riferiscono a quanto può esser influenzabile il normale sviluppo del bambino; l'affettività, l'incuria e abuso, condotte devianti di un genitore, l'eventuale esposizione ad un contesto conflittuale, ecc.

I secondi si riferiscono alle possibili variabili prossimali; vivere in un quartiere di degrado socio-culturale o di privazione familiare socioeconomica.

Nella pianificazione degli interventi, si osserverà la promozione della salute, la centralità del benessere individuale affinché il minore, possa trovarsi in condizione di attivare risorse proprie, quali capacità atte a superar eventi e situazioni stressanti. La ricaduta positiva di tali interventi sarà l'allontanamento di esiti negativi, devianti, e l'incentivazione di esiti evolutivi adattivi tesi alla valorizzazione di competenze nello specifico, abilità di competenze sociali quali strategie di "problem solving" di relazioni interpersonali costruttive ecc.

Differenti autori sostengono negli studi di psicologia dello sviluppo l'importanza dei programmi di prevenzione centrati sull'educazione alla salute, sottolineandone le ottimali condizioni psicofisiche che costituiscono sicurezza allo sviluppo, potenziano il livello d'autostima e quindi le competenze individuali e sociali dell'individuo.

## **2. Comportamenti predittivi.**

Accantonati gli studi eziologici che circoscrivevano il comportamento antisociale sul rapporto duale causa-effetto, il nuovo approccio multifattoriale, rileva il ruolo di differenti fattori che agiscono ed interagiscono fra loro determinando una certa complessità sulla genesi.

Alcuni tra questi autori chiamati Rigby e Cox (1996), hanno curato il settore indagini sulla corrispondenza fra comportamenti di prevaricazione nel contesto scuola e comportamenti antisociali e illegali commessi nel contesto socio-ambientale. (1)

Nell'adolescente le incertezze della scoperta del sé, le modificazioni fisiche sessuali, possono incrementare l'aggressività; "crescere", esprimendoci nella terminologia di Winnicot, è per natura un "atto aggressivo"; aggressività per in sufficienti capacità critiche che non riesce a controllare.

Differenti atti aggressivi si manifestano nel contesto di comportamenti antisociali ad es. l'uso di droghe, gli atti di vandalismo tanchè che lo studioso Loeber, definisce il comportamento antisociale come comportamento finalizzato a procurare dolore fisico o psicologico, in grado di arrecare danno alla proprietà altrui ma tale definizione si presenta più ampia tanto che alcuni casi detti comportamenti possono caratterizzarsi come illegali.

Altri autori hanno evidenziato nelle loro ricerche attraverso periodi d'indagine, che nella vastità dei comportamenti predittivi, si possono contemplare anche i

disturbi della condotta per la loro facile irritabilità dovuta ad insicurezza d'autocontrollo sulle proprie emozioni.

Tra i fattori da considerarsi sulla predittività delle condotte comportamentali antisociali, vi è anche la predisposizione genetica di caratteristiche individuali da tradursi in termini di minori a "rischio";

**1. Rassegna Italiana di Criminologia ¾ AnnoX11 Luglio Dicembre 2001.**

"l'impulsività ed "l'aggressività"oltre ai pattern comportamentali appresi; modo d'elaborazione e rielaborazione degli stimoli in contesti di provocazione; "di risposte ad aspettative ambientali disattese" (frustrazione), oltre al livello di tolleranza posseduto nell'ambiente circostante con riferimento a "condotte disturbanti".

Un ultimo riferimento per questo quadro sulla "predittività" è diretto a "quei disturbi del comportamento" diagnosticati nel contesto scolastico e che predispongono ad un facile "fallimento scolastico e vale a dire; inattività, instabilità, atteggiamenti oppositivi, distraibilità, scarso autocontrollo e impulsività. Questi alunni, presentano deficit attentivi di concentrazione nell'esecuzione della consegna del compito richiesti associati ad atteggiamenti istintivi reattivi di "ribellione", in contesti caratterizzati da strutture comportamentali "rigide o semirigide" o generalmente restrittive.

Concludendo possiamo riassumere i fattori predittivi in cinque categorie: fattori individuali, familiari, scolastici gruppo dei pari e tutti strettamente interrelati al contesto economico-sociale di appartenenza. (2)

<p><b><i>Fattori individuali</i></b></p>	<p>Iperattività, deficit di concentrazione Irrequietezza assunzione di condotte a rischio Precoce comparsa di comportamenti violenti <i>Coinvolgimento in altre forme di comportamenti antisociali</i> Convinzioni e attitudini favorevoli ad una condotta antisociale o deviante</p>
--	---

<b>Fattori Familiari</b>	Criminalità dei genitori Maltrattamenti infantili subiti Incapacità e scarsa disponibilità della famiglia
<b>Fattori scolastici</b>	Fallimento scolastico Assenza di legami nell'ambiente Assenze ingiustificate ed abbandoni Disturbi del comportamento Insufficienti abilità sociali.
<b>Fattori correlati al gruppo dei pari</b>	Delinquenza fra coetanei Appartenenza ad una banda giovanile
<b>Fattori legati all'ambiente economico-sociale</b>	Disgregazione sociale nella comunità d'appartenenza. Esposizione alla violenza.

2. G. Ingrasci, M. Picozzi "Giovani e crimini violenti" pp3.ed.McGraw-Hill, 2002

Si evince da quanto fin qui relazionato sugli studi sulla predittività delle condotte comportamentali nell'età evolutiva quali difficoltà generalmente e normalmente il minore adolescente esprime a più contesti nel processo di sviluppo dell'identità del sé. Biologicamente a quest'ultima sottende un'innata aggressività e qualora essa non sia canalizzata, spesso ne consegue una spiccata impulsività, una pulsione riguardante, l'istinto, che si soddisfa nella scelta dei su descritti mezzi (atteggiamenti, comportamenti), a valenza aggressiva per il raggiungimento immediato delle proprie mete. In osservazione alla prospettiva interdisciplinare ad orientamento psicoanalitico applicabili ai differenti contesti appaiono dunque rilevabili alcuni indicatori di rischio: sociale familiare, scolastico, gruppo dei pari e sul singolo minore.

Si presentano a tal fine predittive quelle "situazioni" che presentano: a livello sociale un insufficiente indice d'integrazione e d'interazione; a livello familiare un disagio socio-economico o insufficiente presenza delle figure genitoriali o attaccamento parentale disfunzionale.

Completano questi fattori anche una scarsa azione educativa di verifica degli "agenti sociali".

Un'anticipazione a questo è il livello scolastico, che di seguito troverà ampia esposizione, su quei contenuti circoscritti alle aspettative scolastiche corrisposte con riferimento al successo (nei genitori, tanto quanto nei figli), all'impegno scolastico profuso, "alle modalità dell'attaccamento" verso la figura docente.

2a. Il gruppo e la devianza.

L'adesione al gruppo dei pari, lo sviluppo d'amicizie, costituiscono fattori fondamentali alla costruzione di nuovi spazi di crescita, "spazio di mediazione" tra mondo infantile e mondo adulto. L'interazione, l'aggregarsi con i coetanei è un'opportunità per sperimentare "nuovi ruoli sociali, sessuali" che potranno esser definiti nella vita adulta. Per necessità d'autoconformarsi l'adolescente ne dovrà condividere credenze, valori, atteggiamenti e comportamenti che contraddistinguono quel gruppo sociale prescelto ma dovrà nel particolare rispettarne le regole, giacché sceglie di stringere nuovi legami.

Il gruppo dei pari svolge quella funzione costruttiva di agevolare le interazioni nella quotidianità, mentre all'opposto sono da considerarsi quei meccanismi psichici che motivano ad un'appartenenza distruttiva che rende facilitante l'interazione con coetanei devianti, per cui è possibile individuare al suo interno anche una componente psicopatologica, una dimensione psichica grupppale che si estrinseca come carica esplosiva, attraverso fenomeni violenti.

Considerando i fattori a rischio per il singolo minore, è pur ponderabile che, anche uno sviluppo insufficiente d'autostima dovuta ad instabilità dei legami d'attaccamento, facilita lo sviluppo di scarsa fiducia sulle proprie capacità generando una sorte d'impoverimento dell'immagine di sé. Questo può evolversi in "eventi" esistenziali negativi di vasta portata, con decorso patologico, quindi, depressivi o devianti agevolanti in alcuni casi ad un eccesso all'uso di sostanze tossiche.

È pur evidenziabile come da un singolo episodico fatto deviante si possa avere una maggiore probabilità predittiva per definiti veri e propri comportamenti criminogeni con forte valenza aggressiva, quali appunto le attività illegali. Propria questa modalità espressiva del ricorso alla violenza identifica l'appartenenza alla "vera gang" che non, ad un occasionale gruppo "definibile non pienamente delinquente", seppur dedito ad atti vandalici o di teppismo.

L'identità della "gang italiana" è circoscritta solitamente a minori delusi, svogliati non entusiasti del loro vivere quotidiano che si presenta ripetitivo, vuoto, non avvincente ma proiettato alla ricerca di colmare in modo espressivo il tempo creando nuovi modi di divertimento o di autoaffermazione.

Sono gruppi spontanei che condividono una relazione affettiva che tendenzialmente si struttura tra i compagni di scuola o di quartiere in quel luogo prescelto d'incontro che spesso trattasi della piazza o della strada; l'azione nasce in modo molto spontaneo, magari sul momento, senza progettazione o

riflessioni talché che anche le responsabilità della gravità dell'azione è spesso non riconosciuta o sottovalutata.

Assistiamo ultimamente nel corso di questi ultimi anni ad un intensificazione dei reati che è proporzionale all'efferatezza di cui sopra espressa ai comportamenti violenti che determinano una "tipologia di delitti gravi, da quelli contro la persona (lesioni, lancio di sassi dai cavalcavia autostradali, ecc.) ai danneggiamenti.

Considerando dunque l'azione legale, in lei si annoverano i maggiori reati contro il patrimonio, tuttavia, come già considerata l'appartenenza al differente contesto socio-familiare può scindere la tipologia del reato; a quello medio-alto appartengono i reati contro la persona o i furti ispirati ad assunzione di status-symbol (cellulari abbigliamento griffati e altro...) che talaltro segnala una certa escalation a quella più disagiata che è più dedita ai reati contro il patrimonio come su accennato, ma questi minori solitamente sono coloro che sono segnalati ai servizi U.S.S.M. e dalle Procure e Tribunali per questo scivolano facilmente all'interno del circuito giudiziario.

### **3. La prevenzione in età evolutiva.**

Costante è stato finora il mio intento di creare momenti riflessivi su specifici fattori di rischio che possono considerarsi predittivi nell'età evolutiva per una futura carriera deviante nell'età adulta.

Queste premesse così volute, appaiono considerevoli per intervenire precocemente nelle fasi di crescita del minore, con metodologie appropriate alla tipologia del comportamento deviante, evitando in tal modo sviluppi di profili comportamentali antisociali e la stabilizzazione di "condotte deviate" essendone accertata la maggiore futura predisposizione: non tutti manifestano però un futuro comportamento violento, perciò permane alta l'interpretazione eziologica sulla complessità della "carriera criminale".(Farrington 2000)

E' stato anche accertato che alla base dell'incipit della "carriera deviante" sono da considerarsi rilevanti le "caratteristiche individuali", quindi agli atti criminali appartengono un'innumerabile serie d'atteggiamenti corrispondenti ad una diversificazione dei "comportamenti antisociali".

Predisposizione individuale dunque per particolari tipologie comportamentali da considerarsi a "rischio", per l'aggressività, l'impulsività per risposta incontrollata a variabili ambientali dettate da eventi da stress: i pattern comportamentali acquisiti, il modo di rielaborare gli stimoli, i differenti livelli di tolleranza a contesti ambientali considerati a "rischio". A questi fattori individuali sono decisivi inoltre l'impegno, la vulnerabilità "nel lasciarsi influenzare", che possono contrastare "alla "scalata verso la carriera deviante"; la sfida al trasgredire ai limiti esterni al proprio comportamento antisociale (gruppi dei pari, sostenuti dalla presenza di genitori, insegnanti); la padronanza

delle abilità sociali impiegate nella risoluzione “di problemi”, un adeguato autocontrollo esercitato nell’attività di collaborazione e d’empatia verso gli altri, nei gruppi d’appartenenza.

Queste premesse introducono la giusta validità di predisporre una pratica metodologia che sia funzionale, atta a diagnosticare le differenti aree deficitarie, di facile compromissione: affettivo-relazionali, successo scolastico e livello di scolarizzazione conseguito, processi cognitivi, lo sviluppo del livello d’autostima e il senso d’autoefficacia. Le strategie preventive che sono state menzionate si presentano flessibili tali da esser estese ai più variegati comportamenti antisociali e fattibilmente saranno introdotte, già nell’infanzia per evitare “picchi di condotte illegali già nella fase adolescenziale.” (4)

Detti modelli preventivi si presentano calzanti per questi su citati minori che appunto possono considerarsi a “rischio” in quanto psicologicamente vulnerabili a causa di quel background non del tutto adeguato, ma decisamente “povero” d’abilità individuali, interpersonali e sociocognitive; certamente non evolutive per un comportamento sociale che possa definirsi quindi equilibrato. Cognitivamente, così è stato avvalorato negli adolescenti aventi comportamenti devianti che agiscono avvalendosi anche di un ragionamento morale di tipo egocentrico; le azioni assumono un significato che privilegia l’aspetto fisico e scarsamente considera gli interessi psicologici altrui e le proprie emotività. Gli adolescenti sono guidati moralmente dal ragionamento di ciò che giusto o sbagliato, ragionano considerando i parametri della punizione e obbedienza, del castigo, delle conseguenze materiali dello specifico comportamento.

4) G. Ingrasci, M. Picozzi. “Giovani e criminali violenti” in prevenzione e trattamento (luglio 2002) pp.146, -147-148

E’ tuttavia adeguato, equilibrato quel comportamento che rispetta le regole oggettive esterne, evita le punizioni e prevede le giuste ricompense, è ispirato ai “principi istituzionali”, ed il quale è produttivo allo sviluppo di interessi e attitudini.

Nell’età dell’adolescenza, e ancora prima nel periodo dell’infanzia, costruirsi un solido “senso d’autostima”, permette soprattutto di combattere situazioni di disagio (emotivo, socio-affettivo, e relazionale) responsabili di comportamenti antisociali e di prestazioni scolastiche carenti: sentirsi bene, riguardo a quello che si è consente di apprendere in modo più efficace, aiuta ad affrontare meglio i problemi e tensioni della vita e spinge migliorarsi.

Pedagogicamente, l’azione educativa è sempre stata storicamente finalizzata intenzionalmente a formare gli uomini ad insegnare qualitativamente e quantitativamente ad esser individui, persone “autoefficaci”; ad esprimere ad esempio, correttamente i propri desideri, le proprie necessità, le attitudini, i

bisogni d'affetto e di comprensione all'altro; è importante affinché l'altro, quale mamma, papà, fratello, sorella, amico ecc. comprenda prontamente senza che esso debba dover ricorrere a particolari abilità d'intuizione, interpretando l'eventuale mimica gestuale o espressioni di disappunto..

Esprimere dunque i propri sentimenti è indispensabile per sapersi difendere, saper chiedere e reclamare; generalmente chi riesce ad esprimere i propri sentimenti dimostra sostanzialmente di possedere un'adeguata stima di sé.

L'assertività che si delinea è una parte portante dell'autostima è quello schermo protettivo che proteggerà il bambino per tutta la vita; trasmetterà un senso di "sicurezza" in contesti, insidiosi, frustranti che generalmente possono generare in "prepotenze e soprusi".

Le abilità di esser assertivi o socialmente competenti non è qualcosa di genetico, ereditario o immutabile, ma si acquisisce e si completa durante tutto il ciclo vitale dell'individuo; il possesso delle abilità sociali si fortifica attraverso l'esercizio dell'attività pratica durante il corso delle esperienze di vita quotidiana, interagendo e condividendo con gli altri, esprimendo un senso di disponibilità.

Consideriamo che scientificamente dall'esperienza dipendono quei processi d'apprendimento che sono condizionati dalle influenze sociali e dai rapporti di mediazione esercitati dal ruolo delle figure adulte; genitori, insegnanti, da loro dipendono l'apprendimento dei primi rudimenti delle abilità sociali che insegnano ai bambini a sapersi relazionare con il mondo circostante, trasmettendo un atteggiamento empatico al contatto sociale: i genitori ad es. creeranno maggiori occasioni socializzanti agevolando i rapporti amicali attraverso la partecipazione ad associazioni sportive culturali, l'insegnante motiverà le migliori occasioni d'attività didattiche d'apprendimento attraverso la formazione di gruppi di studio, prestando attenzione particolareggiata alle situazioni conflittuali o aggressive che potrebbero insorgere.

È fondamentale, insegnare ad esser assertivi sia verso gli adulti sia verso i propri coetanei. I bambini, nonché gli adolescenti, sentono di aver una maggiore forza, "un'aggressività positiva" che consente loro un certo controllo e gestione delle situazioni, per questo contenendo "rabbia e disperazione", risponderà "assertivamente", facendo valere i propri diritti e rispettando contemporaneamente quelli del compagno. Egli manifesterà apertamente le proprie intenzioni, i suoi desideri, i suoi sentimenti senza ricorrere a tattiche "strategiche manipolatorie".

Ogni individuo ricordando, Bandura *si costruisce una visione di sé come individuo capace, abile, efficace*, attraverso conferme dai successi conseguenti nelle azioni precedenti, dalle esperienze di vita quotidiana e dalle possibili performance positive agite in determinate attività. A questo punto che si sviluppa quel concetto importantissimo del "costrutto d'autoefficacia che

specificando Bandura egli, denomina “esperienza vicaria”, la consapevolezza di aver acquisito un livello di competenze specifiche attraverso l’osservazione diretta degli altri e praticate servendosi del processo imitativo. *Il self-efficacy è anche costituito dalle persuasioni verbali cioè quell’insieme di persuasioni verbali ricevute dagli altri* nel nostro caso ora, insegnanti, genitori contribuiscono al senso d’autoefficacia; è necessario a tal punto riflettere sulle frequenti sollecitazioni verbali dell’insegnante impiegate per incitare gli alunni a migliorare in questo caso il loro profitto. Qualora si discuta di prevenzione, l’ambiente familiare e le figure dominanti dei ruoli dei genitori appaiono sempre i primi referenti per eccellenza cui segue la società e i suoi sottosistemi d’appartenenza con le altre agenzie educative quali la scuola, le relazioni amicali, quindi il gruppo dei pari, le associazioni. Tutte quante coinvolte a trasmettere a divulgare messaggi aventi contenuti pedagogici-formativi, finalizzati ad interiorizzare schemi di valori, elementi che costituiscono gli orientamenti che influenzano, ma su cui fundamentalmente si modellano i comportamenti degli adolescenti e su cui agiscono le motivazioni per la scelta dei loro ruoli L’acquisizione di questi contenuti sarà affidata all’incisività alle modalità di trasmissione del messaggio comunicativo-relazionale: *peraltro il problema della comunicazione è sempre stato e sarà sempre la struttura portante d’ogni disfunzionalità del singolo, del suo futuro di copia, del suo interagire con la società e del suo creare a sua volta scompensi nei propri figli, di qualunque estrazione sociale essi siano.* (6)

*Trattando le strategie sui modelli di prevenzione, riferendoci ai comportamenti antisociali, gli esperti hanno privilegiato lo studio di programmi di trattamento che partissero dalle aree di apprendimento. Questo strategicamente affinché quindi si potesse avvantaggiare un’adeguato sviluppo cognitivo, per stimolare ad una partecipazione alle attività didattiche, all’indipendenza dell’adolescente verso i ruoli autorevoli di riferimento alla figura di accudimento, allo sviluppo dell’autostima, e all’apprendimento di strategie per risolvere situazioni problema, e al raggiungimento degli obiettivi scolastici.*

*Tra di essi esperti, lo studioso Farrington, in particolare approfondì ampiamente nei suoi studi e ricerche la correlazione tra scarso rendimento scolastico e comportamento antisociale: il temperamento, l’indice intellettivo, la “predisposizione” alla scuola, il condizionamento operato dai gruppi dei pari e i rapporti con i genitori.*

I programmi di prevenzione dei comportamenti a rischio nelle scuole, nel corso degli ultimi anni hanno agito su più fronti, partendo ovviamente dal maggiore coinvolgimento degli insegnanti nella relazione con gli alunni, con orientamenti volti ad introdurre strategie che migliorassero le abilità e le competenze sociali e strategie che mirassero alla repressione delle condotte intimidatorie e di prevaricazione espresse dagli alunni.



L'approccio espositivo di riferimento è sempre quel ricorrente del modello operativo sistemico e dell'orientamento ecologico, onnicomprensivo dei differenti piani d'intervento, in pratica dalla scuola intesa come sistema ai singoli utenti alunni attori o vittime del fenomeno, occupandoci sia individualmente e sia all'interno del contesto classe, inseriti in gruppi strutturati.

L'approccio ecologico e sistemico, si presta per coinvolgere in un "efficace processo di cambiamento", l'intero sistema scolastico nei "suoi valori e nelle sue regole."

I risultati conseguiti sui programmi di prevenzione sui comportamenti antisociali e di riabilitazione collegati sull'insuccesso scolastico, e ai comportamenti violenti-aggressivi, se attuati precocemente nell'unità d'apprendimento in fase prescolare, mirati al decrescere i comportamenti di disturbo e monitorare i ritardi cognitivi, indicano ricadute positive atte rimuovere quegli elementi di rischio connessi ad esiti antisociali. Caratteristiche comportamentali evidenti d'iperattività, d'instabilità, di ostinazione, distraibilità, e limitate capacità attentive, determinano livelli differenti di disadattamento dovuti ad un precario autocontrollo sull'impulsività. La scuola primaria e la scuola dell'infanzia rappresentano contesti selezionati, in cui si possono leggere le prime manifestazioni di comportamenti disadattivi, ma non solo, poiché esse agevolano anche l'evolversi di comportamenti collaborativi ed altruistici. Questi ordinamenti rappresentano i primi contesti scolastici strutturati, in cui predomina l'aggressività di tipo strumentale poiché rappresenta per il bambino il mezzo per consentirgli l'affermazione del sé difendendo la propria integrità fisica e psichica, superando la dipendenza infantile.

6. M Mastronardi in "la comunicazione in famiglia, pp22, pp23, ed. Armando 2002

#### **4. Il Cooperative Learning.**

##### **4°a . Apprendimento cooperativo.**

Attualmente nel corso di questi ultimi anni la psicologia dello sviluppo, affida ad un buon processo d'adattamento nell'infanzia la qualità delle relazioni sociali nell'età adulta.

Per cercare di arginare le innumerevoli difficoltà dovute a quei prerequisiti insufficienti dettati dai binomi autostima-responsabilità, abilità sociali-insuccesso scolastico, aggressività-condotte antisociali, emerge un'incontrastata necessità di porre l'adolescente nelle condizioni di sviluppare pienamente le proprie capacità anche nel contesto scolastico, in sinergia con il contesto

familiare, finalizzata ad un'attiva progettualità pedagogica, che si riveli formativa nei suoi differenti ambiti.

L'attività didattica verrà dunque affidata alla programmazione di nuove strategie, affinché all'insegnante, non sia attribuita la sola responsabilità dell'intero gruppo-classe.

Tutte queste considerazioni mirano ad enfatizzare la dinamicità delle relazioni, che s'instaurano all'interno del gruppo e si caratterizzano positivamente per la collaborazione che si contrappone alle relazioni individualistiche e competitive che apportano processi negativi. L'apprendimento cooperativo attiva, in tutti i componenti del gruppo, l'apprendimento di nuove differenti abilità dettate dalla condivisione per la realizzazione degli obiettivi e dall'apporto interattivo delle singole e differenti risorse cognitive coinvolgendo in questo processo costruttivo in particolare coloro che presentano particolari situazioni di svantaggio.

L'apprendimento cooperativo è tale per fornire le risposte ricercate, in quanto introduce modalità innovative, nuovi significati di vivere insieme, per la valorizzazione delle singole personalità appartenenti a quella comunità educativa.

#### ***4b. Il Cooperative Learning.***

Nello specifico il *Cooperative Learning* nelle sue linee essenziali si propone per superare quelle carenze sulle abilità sociali, per sviluppare le competenze sociali: le abilità comunicative. Si propone come opportunità per migliorare il modo del come comunicare tra insegnanti e alunni, in pratica “ come lavorare e dialogare insieme .

*Il metodo del Cooperative Learning si presenta pensato per istruire ed educare alla responsabilità individuale e alla capacità di reazione con gli altri, trova un equilibrio tra i due estremi, istruzione ed educazione, istruzione e auto apprendimento, responsabilità individuale e sociale, impegno individuale ed aiuto reciproco, impegno in un compito individualisticamente accessibile e impegno in un compito complesso e cooperativo. (7)*

*Il Cooperative Learning si presenta fondamentalmente per proporre un'avanzata strategia d'istruzione programmata, articolata sul potenziamento dei contesti d'apprendimento cooperativo all'interno del gruppo classe, attraverso la suddivisione del gruppo-classe in piccoli gruppi e promovendone appunto la cooperazione attraverso “l'interdipendenza positiva” e “la responsabilità degli alunni”. Concetti citati e posti al centro dei programmi d'intervento sulla prevenzione, sulla cultura contro le prepotenze.*

Questa proposta d'intervento si riassume in uno sviluppo d'atteggiamento di responsabilità finalizzata a promuovere all'interno del gruppo classe, capacità cognitive comunicative del singolo alunno per incoraggiare, consolare, aiutare,

sostenere negli apprendimenti il compagno di classe, guidandolo verso un'adeguata autonomia, consapevolezza dei propri comportamenti.

Gli alunni in possesso d'abilità cooperative, scarsamente ricorrono ad atteggiamenti di prepotenza, perciò facilmente riescono a conquistare empaticamente i compagni e, inferiori appaiono i disagi nelle dinamiche relazionali a livello sociale-ambientale.

### **7. M. Camoglio Educare insegnando pp.5 ed. Las Roma 1999**

Ridefinendo l'insufficiente empatia e un certo atteggiamento aggressivo può essere motivo di scarsa cooperazione, mentre il disagio delle vittime può essere arginato da spiccata inibizione, introversione e scarsa accettazione sociale.

.Da qui l'apprendimento cooperativo possiamo tradurlo in sostanza con la seguente affermazione “ i successi dell'altro sono condivisi, quindi sono anche i miei successi”.

Il *Cooperative Learning* è ciò che si propone, strutturare una classe cooperativa, obiettivo non certamente ambizioso, qualora con una certa “arte si predispongono energie e risorse positive “utili” che con determinazione educino a formare nel gruppo-classe una vera attitudine a cooperare che possa essere applicata nella vita di tutti i giorni dagli stessi alunni, significa dunque potenziare le proprie abilità di sociali e di comunicazione. Detto metodo si avvale di gruppi-classe con abilità omogenea che permettono agli insegnanti soprattutto di rendere flessibile l'attività didattica, considerando nell'elaborazione degli obiettivi, direttamente i tempi cognitivi d'apprendimento degli alunni. Permette inoltre la possibilità d'integrare con aderenti revisioni, obiettivi su attività di recupero per coloro che presentano reali aree di svantaggio.

Gli alunni coinvolti nei piccoli gruppi possono impegnarsi in attività differenti: ripetere i contenuti, spiegare l'impiego di materiali ad altri, scoprire soluzioni, dibattere, discutere su argomentazioni e problemi.

Ciò che contraddistingue il *Cooperative Learning* è “ l'interdipendenza positiva” tra i membri del gruppo, vale a dire quella condizione che consente ad ogni componente, alunno che agisca e si comporti collaborativamente, poiché si renda responsabile e che la sola collaborazione può far nascere il proprio successo e quello altrui oltre degli altri suoi compagni.

Detta interdipendenza positiva strutturata adeguatamente su impegno costante e partecipazione consentirà di affrontare e superare differenti situazioni di “disagio”, giacché in questa componente fondamentale, ruotano attorno tutte le altre componenti del metodo; interazione costruttiva, comunicazione, solidarietà, tra i compagni, partecipazione, responsabilità, successo, produttività.

Affinché l'esposizione non si caratterizzi esclusivamente nel suo aspetto teorico nonché contenutistico, si propone uno schema di un'organizzazione di un'attività didattica pratica da condurre con il gruppo-classe, e affinché si possa diffondere una comprensione dell'efficacia nei suoi aspetti strutturali del metodo.

***4c. Condizioni generali per la realizzazione del Cooperative Learning per un'attività didattica di gruppo.***

***Il ruolo degli alunni.***

Gli alunni suddivisi su piccoli gruppi eterogenei anche per livelli di preparazione di base, dovranno lavorare per potenziare reciprocamente il loro apprendimento e per recuperare le proprie abilità. Su queste premesse di cooperazione, emergono le diversità profonde sull'apprendimento competitivo, in cui gli alunni lavorano per ottenere profitti maggiori del compagno mentre a livello individualistico gli alunni lavorano autonomamente per ottenere livelli d'apprendimento indipendenti dagli altri compagni. Tra le altre qualità che appartengono ai membri del gruppo oltre a quella su menzionata fondamentale quale l'interdipendenza positiva, cioè quella consapevolezza che l'obiettivo si consegue attraverso il contributo di tutti quanti, le altre seguenti sono identificate in: *la responsabilità individuale* e di gruppo, quella condivisione della finalità degli obiettivi, per questo è necessario saperli interpretare attraverso l'ausilio dei metodi e degli strumenti per gestirli, valutarne i successi, derivati da impegni e difficoltà individuali; *l'interazione costruttiva*, altro elemento fondamentale, sulla conoscenza, l'accettazione dell'altro giacché persona, senza esprimere alcun giudizio, sapendo che ci si deve sostenere vicendevolmente moralmente, è una norma d'aiuto e d'incoraggiamento (aiutare ad imparare, aiutare poiché persona) impiegando strategie di soluzione dei problemi e l'integrazione degli apprendimenti; *apprendere le abilità sociali per gestire le dinamiche internazionali all'interno di gruppo*, la socializzazione, oltre ai previsti contenuti dell'argomento disciplinare il gruppo per funzionare, deve esser equilibrato in un clima di motivazione di comunicazione positiva che consenta di gestire difficoltà, imprevisti, nonché saper gestire i conflitti in modo costruttivo; la *valutazione di gruppo*, momento conclusivo che consente ai membri di darsi responsabilità attraverso la valutazione dell'impegno e delle abilità sociali, poter migliorare il processo d'apprendimento, curato da attente analisi per incrementarne l'efficacia determinata dalla selezione dei comportamenti positivi o negativi da considerare o da modificare e in questo le abilità di comunicazione, di negoziazione del conflitto dovranno esser possedute con una certa certezza.

Tutti questi elementi, concorrono e incentivano gli alunni all'assimilazione di un valido apprendimento cooperativo e si presentano normativi alla strutturazione di un' incisiva azione cooperativa.

*Il ruolo dell'insegnante.*

I pedagogisti convengono che in ogni contesto educativo-formativo, quindi d'apprendimento la risorsa determinante è offerta dal contributo essenziale dalle stesse personalità *in fieri* degli alunni e nel particolare dalle loro differenti modalità interattive nonché dalle variabili. L'insegnante rappresenta il ruolo dell'educatore, il modello per eccellenza che fornisce dei riferimenti applicabili a livello cognitivo alla sfera socio-culturale, affettiva; è una figura significativa durante il processo educativo, spesso sollecitata al confronto, all'identificazione. Soffermandoci sulla sua funzione vi è considerata quella di strumento di comunicazione coadiuvata da proprie differenti strategie e metodologie didattiche, atte a comprendere il vissuto degli alunni affinché estendere l'esperienze e personalizzarle. L'utilizzo della didattica cooperativa per favorire l'apprendimento cooperativo può articolarsi sulle seguenti condizioni e darà avvio alla strutturazione dei gruppi e all'organizzazione dell'attività: formazione di gruppi consona alla tipologia dell'attività prescelta, predisposizione dei materiali, spiegazione del compito e idee modalità operative, monitoraggio dei gruppi e conseguente eventuale intervento, verifica e valutazione del lavoro di gruppo e dell'apprendimento individuale delle abilità sociali. La valutazione si propone per comprenderne al meglio i comportamenti avvalendosi di differenti metodologie finalizzate a verificare le strategie operative d'intervento impiegate.

***2b. Schema tipo organizzazione di un'attività didattica cooperativa.***

***Obiettivi.***

Didattici: educare alla cultura della legalità; il mondo della droga. Realizzazione di alcuni manifesti.

Sociali: ridurre le condotte aggressive, incremento degli atteggiamenti assertivi, negoziazione dei conflitti.

*Dimensioni dei gruppi:* è preferibile suddividere il gruppo-classe in piccoli sottogruppi eterogenei (abilità di base, stili d'apprendimento, diversificazione d'interessi) precisamente in numero di tre.

Il piccolo gruppo consente un agevole monitoraggio in cui appare più chiaro l'impegno profuso individualmente associato al livello di responsabilità assunta in quanto consente una certa rapidità di attuazione del compito per il maggiore spazio consentito, per l'individuazione immediata delle abilità. In esso appaiono ancora più evidenti le difficoltà d'accordo per il controllo del potere, le discussioni i conflitti irrisolti. Tutti quanti tuttavia ,dovranno assicurare il medesimo contributo che sarà verificato dall'insegnante.

*Durata del gruppo:* tempi sono formali relativi ad un quadrimestre o un anno scolastico in questo caso il tempo necessario per l'espletamento della consegna operativa. I gruppi di apprendimento cooperativo saranno flessibili per cui saranno combinati in formali, informali, di base e in funzione delle attività svolte, gli alunni saranno ridistribuiti dunque celermente in nuovi gruppi.

*Ruoli:* nei gruppi cooperativi l'assegnazione dei ruoli è subordinata alle funzioni che agevolano la gestione e il buon funzionamento del gruppo stesso e che incentivino all'apprendimento degli alunni in rispetto al ruolo assegnato. Pragmaticamente per attivare il *Cooperative Learning* è necessario ricordare o meglio specificare quelle abilità sottese ai ruoli degli alunni che "stimolano ad apprendere meglio": formazione celere del gruppo in maniera silenziosa; parlare sottovoce, stare in gruppo e non muoversi, non attaccare e offendere le persone / i compagni per parere differente, ma saper discutere e stabilire un confronto d'idee; mostrare disponibilità al cambiamento di un'opinione se qualcuno dimostra d'aver ragioni più fondate delle proprie, incoraggiare a partecipare, lodando chi ha presentato un'idea originale; risolvere i conflitti interpersonali, prestando lo sguardo su colui che parla, tenere una postura e un comportamento corretto.

La finalità della dinamica di gruppo si concretizza nell'indurre i membri alla cognizione sulle proprie modalità d'azione e d'interazione, attraverso le strategie di conduzione e controllo delle dinamiche stesse createsi per risposta alla tipologia dei ruoli assunti, dalle regole e degli obiettivi, questo in particolare con il supporto dei giochi psicologici. Questi giochi offrono, infatti, l'opportunità di agevolare le conoscenze personali e le esperienze attraverso la simulazione della realtà e ad esempio in quel delicato momento della presentazione che predispone ad una significativa premessa alla conoscenza reciproca degli alunni; pone le basi per la formazione del gruppo e per l'organizzazione e per la suddivisione dei ruoli. Le tecniche del training affermativo suggeriscono differenti giochi psicologici, quali il role-playing, il problem solving, il modeling.

Il seguente gioco di ruolo ad esempio che ora qui si suggerisce consente agli alunni di comprendere l'instaurarsi delle loro dinamiche all'interno del gruppo e delle loro reazioni emotive dettate dai comportamenti.

Realizzata dunque la formazione del nostro gruppo didattico s'impartisce la seguente consegna: *il conduttore invita i partecipanti, seduti in circolo, a riflettere su come loro si vivono all'interno del gruppo e che ruolo ritengono di assumere (leader, vittima, persecutore, grande assente...). Lascerà cinque minuti di tempo affinché ciascuno possa diventare consapevole della propria posizione. Il conduttore chiederà, poi ad ogni partecipante il ruolo che sente di avere, attraverso una posizione corporea. Ci si potrà muovere, alzarsi dalla sedia, sdraiarsi, modificare la posizione degli altri....*

*Quando tutti avranno terminato il gioco il conduttore inviterà ogni partecipante a verbalizzare il proprio comportamento e che cosa abbia provato nell'eseguire il gioco. Alla fine sarà stimolata una discussione di gruppo, in cui ciascuno potrà esprimere cosa abbia provato nel momento che qualche partecipante gli ha chiesto di modificare la propria posizione all'interno del gruppo.* (8)

Stabilita dunque successivamente una certa conoscenza e un accordo generale sui compiti si procederà alla suddivisione del gruppo-classe in sottogruppi di lavoro per l'assegnazione graduale dei ruoli che saranno predisposti in sequenza dal più complesso e impegnativo e i quali saranno comprensivi sia di ruoli sociali e sia di obiettivi cognitivi. Per maggiore chiarezza ad ognuno sarà assegnato un ruolo specifico e preciso da compiere, affinché si crei interdipendenza tra loro, in quanto l'interdipendenza dei ruoli si definisce riconoscendo che a ogni alunno è attribuito un ruolo complementare e interconnesso.

*Sistemazione dell'aula:* la strutturazione dell'ambiente e la disposizione dello spazio dell'aula in modo flessibile possono agevolare o ostacolare l'apprendimento e quindi condizionare il profitto scolastico. Ad esempio la predisposizione dei banchi in fila o a cerchio comunica dei messaggi differenti, la libertà dello spazio o meno per i movimenti condiziona lo sviluppo delle dinamiche interrelazionali, ostacola o facilita la socializzazione e la partecipazione.

Tra i vari principi proposti da Johnson (1979) sulla predisposizione ottimale degli spazi in aula per una maggiore dinamicità del lavoro dei gruppi è citato il "sedere faccia a faccia e ginocchio a ginocchio", ciò per ridurre le distanze per la condivisione dei materiali e delle idee, per "mantenere il contatto oculare" con tutti i componenti, e per comunicare avvalendosi di un tono basso "parlare a bassa voce per non disturbare.

Schemi di movimento più agevoli consentono dunque, ai compagni e agli insegnanti un clima disteso ai compiti assegnati e fondamentalmente consente un certo controllo disciplinare all'insegnante prevenendo appunto eventuali "problemi disciplinari".

*Avvio dell'attività e organizzazione dei materiali.* In osservazione al nostro obiettivo scolastico e per la sua realizzazione l'insegnante provvede alla selezione dei materiali che incentivi al maggiore impegno per tutti.

### **8. S. Manes 68 giochi per la conduzione dei gruppi. E FrancoAngeli 2002 pp77.**

Il lavoro ordinatamente sarà programmato e suddiviso in più sottobiettivi interdipendenti tra i differenti sotto-gruppi e per differenti aree disciplinari

nell'ambito di un apprendimento organizzato in modo cooperativo, creando così differenti interdipendenze: ruoli, premi, risorse.

La selezione dei materiali osserverà la tipologia della consegna che per il raggiungimento dell'obiettivo come su proposto indica la realizzazione di alcuni manifesti finalizzati allo sviluppo della tematica interdisciplinare del "no, alla droga" che intende sensibilizzare alla cultura della legalità.

*L'interdipendenza di risorse*, avvia gli alunni che sono inseriti in più sottogruppi ad essere indipendenti svolgendo il proprio obiettivo didattico ricevuto (le strategie prescelte) nonché distribuendo le informazioni sui materiali ricevuti e le procedure, per il numero dei membri per poi porre in comune, tutte le risorse.

Nello specifico, si opererà per dei specifici sottogruppi di studio suddivisi per differente area disciplinare: un sottogruppo e ogni membro sarà responsabile su l'area d'italiano (lettura di racconti, articoli, saggi sull'argomento, sul rapporto droga-criminalità, il traffico della droga, la battaglia contro la droga, individuare le cause possibili che incitano i ragazzi all'uso di sostanze stupefacenti, e come prevenire il rischio attraverso il ruolo della scuola, della famiglia, della società); un altro sotto gruppo sarà responsabile su l'area di scienze (le piante da cui si estrae la droga, le droghe più pericolose e gli effetti che producono nell'organismo); un'altro sottogruppo sarà responsabile dell'area arte e immagine, e musica (grafica di slogan pubblicitari contro la droga, scelta di composizioni musicali incentrate sul problema della droga).

Gli alunni collaboreranno per vivere una relazione costruttiva e reciprocamente gratificante per l'altro, scandita dall'impiego di abilità sociali: richiedere e dare collaborazione, salutare, controllare l'aggressività, essere assertivi, manifestare e comunicare le proprie emozioni per mezzo d'incoraggiamento, di sostegno a chi si trova in svantaggio, ecc.

Durante l'attività didattica si osserverà con attenzione anche *all'interdipendenza di ruolo*, in cui ogni alunno è chiamato a studiare il set dei materiali assegnati per poi insegnare al resto del gruppo e imparare nel frattempo i contenuti degli argomenti forniti dagli altri compagni; detta metodologia sulla partecipazione individuale apporterà il successo di quel gruppo. Successivamente riuniti i sottogruppi per ricomporsi nell'intero gruppo-classe, ci s'incontrerà per riformulare i contenuti e i processi concretizzati in ogni gruppo per poi provvedere in modo cooperativo ad assemblare i rispettivi prodotti dei lavori dei singoli sotto obiettivi conseguiti. Si creerà dunque in tal modo una struttura cooperativa, in cui ogni sottogruppo presenterà il proprio elaborato concernente l'obiettivo impartito e realizzato. Concordemente si provvederà alla stesura definitiva del "manifesto", rispettando sia l'obiettivo didattico, sia l'obiettivo sociale in osservazione ai cardini del metodo del *Cooperative Learning*; ci sarà chi osserverà l'incarico per ritagliare e per



squadrare i cartelloni, chi si occuperà delle produzioni scritte, (strutturazione dei titoli, dei paragrafi, degli articoli) e chi in ultimo si occuperà delle rappresentazioni grafiche (delle bozze dell'abbinamento sulla tecnica sui colori). Si può suggerire agli alunni di firmare ognuno il proprio elaborato e che il manifesto conclusivo riporti la firma di tutti, questo per voler significare che tutti approvano il lavoro e che possono "spiegare ciò che hanno fatto, perché e come".

*L'interdipendenza dei premi* si delinea in quel momento in cui gli alunni si complimentano tra di loro per i successi raggiunti sia individualmente sia collettivamente, è un'ulteriore premessa poter migliorare in futuro la partecipazione per migliorarsi nelle proprie abilità.

È un confronto simultaneo delle competenze raggiunte dal contributo specifico donato da ogni alunno e da ogni gruppo, in cui essi hanno compreso che l'obiettivo d'apprendimento è possibile raggiungerlo solo se anch'essi raggiungono il proprio. L'interdipendenza degli obiettivi è dunque il risultato delle singole responsabilità individuali.

*L'interdipendenza positiva* più volte sostenuta nella sua essenzialità, è il colante quell'elemento di coesione che è posto a fondamento dell'impegno reciproco guida allo "stare bene insieme" e quindi al successo dell'intero gruppo. La responsabilità individuale è il senso dello "stare insieme", è riflessione perché non si può vivere dell'altrui lavoro, non si può oziare, non si possono sfruttare le abilità altrui, del gruppo. La responsabilità comune è contribuire con l'impegno al conseguimento degli obiettivi del gruppo, è sostenere, coinvolgere gli altri del gruppo "a fare altrettanto".

*Conclusione dell'attività; l'autovalutazione del gruppo.*

Giunti ora a queste ultime fasi conclusive, affinché con certezza i gruppi abbiano potuto chi apprendere e chi consolidare sia le abilità didattiche sia quelle sociali, è importante valutare i conseguenti elaborati e il livello di socializzazione. Questo ruolo di controllo è svolto fin dall'avvio dell'attività dall'insegnante per mezzo dell'osservazione sistematica che soffermandosi di volta in volta tra i differenti gruppi, ascolta e compie un attento monitoraggio soffermandosi specificatamente sulle interazioni tra gli alunni appartenenti ai differenti gruppi valutando i livelli d'apprendimento, le abilità interpersonali e di piccolo gruppo. La raccolta ordinata dei dati oggettivi attuata anche attraverso l'utilizzo di predisposte schede d'osservazione consentirà all'insegnante disporre di un feedback sulla partecipazione per intervenire per aggiornare, potenziare recuperare il *team work*.

La metodologia dell'osservazione sui gruppi può esser avviata precedentemente le attività per poi scegliere tra schede strutturate o formali (schede di registrazione sulla durata dei comportamenti) o non strutturate (descrizione informali degli atteggiamenti). Tra altri strumenti valutativi si contemplano i

test scritti, interrogazioni orali, esercitazioni, dimostrazioni su contesti reali o simulati. Ad ogni verifica è attribuibile un giudizio di merito, incentivo che motiva gli studenti a migliorarsi o a congratularsi vicendevolmente per i successi o progressi conseguiti.

D. Johnson al riguardo sollecitava la validità del conseguimento degli obiettivi quando gli alunni possono autovalutarsi, possono esser osservatori di se stessi, forti della loro esperienza d'apprendimento nei gruppi e anch'essi come l'insegnante devono avvalersi della metodologia d'osservazione attraverso lo strumento delle schede. Schede su cui gli alunni, riassumeranno i feedback "dati di ritorno" sulle scelte strategiche di gestione del loro gruppo e che argomenteranno a conclusione dei lavori. Questo processo incentiva a responsabilizzarsi, in quanto valutazione di motivazione sia di abilità sociali sia individuali, ma ove appaiono anche possibili facili discussioni, collegate all'apporto delle differenti decisioni, di opinioni sulla rielaborazione dei contenuti. Le abilità di comunicazione e le strategie di negoziazione e soluzione dei conflitti dunque necessitano di esser apprese e considerate come prerequisiti e per questo insegnate per una comunicazione efficace e quindi competenze professionali ascrivibili anch'esse anche al ruolo dell'insegnante. (10)

Tuttavia l'insegnante ancora dovrà orientare tutta la raccolta dei dati e le informazioni in piani di verifica e valutazione dell'apprendimento. La verifica dunque comprende tutti quei dati utili alla formulazione di un giudizio, mentre alla valutazione è affidata l'elaborazione dei dati disponibili per l'elaborazione di un "giudizio di valore"; la valutazione non può avvenire s'è innanzi non si è valutato. Poiché verificare è possedere dati, informazioni, valutare è attribuire un giudizio personale sui differenti livelli d'apprendimento conseguiti e sui livelli metacognitivi (padronanza delle strategie di risoluzioni conflitti .....). Conseguentemente sia ha l'importanza di sottoporre i gruppi a verifiche costanti e coinvolgere gli studenti nel processo di valutazione per confermarne la sua validità: validità contrassegnata da "criteri oggettivi" e da mirata diversificazione di strategie per un'attendibile produttività.

Garantire una certa efficienza di gruppo è sinonimo di un livello cooperativo, qualitativamente alto, ove le abilità interpersonali e di piccolo gruppo insegnate permettono di diffondere un'adeguata motivazione, cioè gli alunni devono "sentirsi impegnati e coinvolti", devono trovarsi in quella situazione relazionale di comunicazione "aperta e sincera per migliorare il compito e per il piacere di "stare insieme"; perfezionando il proprio contributo personale s'incrementerà la funzionalità e quindi le prestazioni del gruppo. Laddove la comunicazione "sia difettosa", i suoi effetti negativi si delineeranno presto nelle relazioni amicali tra gli appartenenti al gruppo negli "alunni, "sullo scambio d'informazioni, sul coordinamento di risorse, sull'efficacia del feedback.

**10. Johnson D. W., Johnson R. T. Apprendimento Cooperativo in classe, ed. Erickson**

Evidenziando le caratteristiche del messaggio comunicativo appaiono qualificanti: l'immediatezza, l'accuratezza, la precisione degli scambi comunicativi, mentre all'opposto l'incomprensione, la trascuratezza, la prolissità ostacola.

Per quanto concerne i comportamenti, osservandone le dinamiche relazionali, tra le modalità d'interazione, si evince ancor più per il "saper vivere nei gruppi" il dover educare fundamentalmente

ad "affermare e difendersi sé stessi", senza dover ricorrere ad atteggiamenti aggressivi. Il comportamento aggressivo caratterizza quegli adolescenti che emettono atteggiamenti con scarso autocontrollo, (atti di teppismo) intenzionali di dominio verso l'altro (bullismo); il comportamento non assertivo invece si preoccupa dei bisogni dell'altro, trascurando così i propri interessi ed esponendosi spesso a situazioni di scelte non desiderate, non condivise, ignorando le occasioni di confronto e abbandonandosi in atteggiamenti d'arrendevolezza o peggio ancora incorrere in tentativi di prevaricazione; il comportamento assertivo è caratteristico di coloro che esprimono rispetto per se stessi delle loro esigenze personali, ma anche per gli altri nei loro pareri e nei loro bisogni, conoscono come dimostrare se stessi, come raggiungere gli obiettivi che si propongono e dimostrano di sapersi difendere da proposte inaccettabili e rischiose o di affermarle qualora fossero lese.

Scegliendo di richiamare l'attenzione sulla presentazione generale e analisi del metodo del "Cooperative Learning" strategicamente, ho preferibilmente indicato in questo un modello preventivo onnicomprensivo che sia attuabile per prevenire quei comportamenti predittivi, attribuibili individualmente a quei "minori a rischio" appartenenti a quei contesti indicativi di fattori predittivi dei comportamenti devianti e antisociali. Questo richiamo si giustifica nel vissuto della mia esperienza professionale, svolta in contesti educativi formativi in cui, ho potuto riscontrare quanto la mancanza delle abilità sociali (un inadeguato livello d'autostima) e nel particolare quelle evidenziate e prescelte per l'elaborazione del metodo, condizionino verosimilmente sia nell'infanzia prima e dopo nell'età dell'adolescenza la maturazione del carattere e della personalità complessivamente. Così che lo sviluppo di comportamenti sociali adeguati può definire l'indice del grado di maturazione personale nell'età adulta.

Rafforzare, sviluppare le abilità sociali nell'adolescenza significa ai fini terapeutici, preventivi, prevenire forme conclamate di disagio che possono strutturarsi in comportamenti devianti..

La fiducia, la stima, l'apertura reciproca sociale come scambio d'opinione disponibilità e comprensione verso l'altro, la capacità di esser assertivi, l'entusiasmo per la condivisione d'obiettivi costituiscono, due aspetti interrelati

delle competenze sociali, e comunicative. Certamente, contribuiscono alla formazione dei comportamenti prosociali e ne migliorano la comprensione delle dinamiche relazionali che conseguentemente incide sulla qualità dei rapporti interpersonali e contrastano le condotte d'intolleranza e di prevaricazione.

Le relazioni umane nel corso delle generazioni, si sono caratterizzate e si caratterizzano nella comunità anche per la conflittualità e per quest'altro compito formativo, vi è l'esigenza di educare al conflitto altra abilità sociale contemplata appunto sia negli obiettivi sociali su indicati per l'attività didattica e sia nel *Cooperative Learning*. Conflittualità appunto emersa più volte nel cammino verso l'indipendenza, il cui protagonista è sempre il nostro minore, nella fase dell'adolescenza e più volte assunta come filo conduttore ed esegesi di questo scritto "com'età dei conflitti", e non solo intrapsichici, ma anche interpersonali espressione d'insofferenza ai cambiamenti, d'intolleranza che ne ha ripetutamente connotato i differenti contesti relazionali d'appartenenza, la famiglia, la scuola, il sociale.

Proseguendo su queste riflessioni e ora anche per la dimensione del conflitto il *Cooperative Learning* propone possibili strategie al fine di far acquisire quell'abilità che permetta di affrontare e abbattere le situazioni conflittuali; per questo per la finalità di educare al conflitto significa sperimentare modalità di strategie da impiegare per raggiungere l'obiettivo di collaborazione in cui il minore riesca ad elaborare insieme al genitore, all'insegnante, all'amico, risposte efficaci alla soluzione conflittuale.

Acquisire queste strategie significa comprendere anche i valori positivi delle diversità, in altre parole possedere ulteriori vantaggi per la scoperta di sé, della propria autoefficacia, ma significativamente è un'accettazione considerevole dell'altro, quell'abilità "d'andar d'accordo". Volendo predisporre delle attività di formazione si proceda prima dell'avvio, alla valutazione sulla "percezione", rappresentazione mentale, che gli alunni hanno del conflitto, il tipo d'atteggiamento positivo o negativo, maturato nel corso del loro processo di crescita, dell'esperienza del loro vissuto, vale a dire quanto gli alunni e come hanno assistito ad eventuali conflitti tra adulti, in famiglia per esempio. La risoluzione del conflitto richiede un impegno costante dettato da certa motivazione per l'individuazione di possibili soluzioni che non siano ad esclusivo vantaggio del singolo, ma "che soddisfino invece le esigenze di entrambi".

Nelle situazioni di conflitto accade solitamente che il minore sia squalificato nei suoi diritti, nelle sue esigenze, quando non riceve il giusto riconoscimento, rispetto, e quando ciò accade, tutto questo ostacola il conseguimento di un suo obiettivo se considerato per lui vitale ed alimenterà emotivamente sensazioni di: "frustrazione, astio, aggressività, violenza" verso colui che ha provocato".

S'è questo vissuto emozionale non sarà rielaborato costruttivamente, non vi è autocontrollo e dette situazioni possono degenerare in atteggiamenti aggressivi, violenti, non esclusivamente diretti alla persona coinvolta.

Le strategie impiegate per una buona risoluzione, sono illimitate anche se, non tutte concludono stessi risultati perciò una strategia che ottiene spesso vantaggi apprezzabili è quella della “negoziante”. La negoziazione normalmente intesa, come quel processo in cui più individui con obiettivi divergenti, ma con buone premesse di disponibilità a collaborare cercano un accordo, elaborano discutano proposte efficaci per giungere un “accordo soddisfacente su cose che entrambi hanno contribuito a definire”. Detta strategia è largamente impiegata nella quotidianità, è considerata pedagogicamente una tecnica formativa del messaggio relazionale nel rapporto minore/adulto, figlio/genitore, insegnante/alunno; consente un aperto confronto sulla definizione del problema, sulle proprie necessità, aventi un interesse comune e condiviso, tale da evitare futili prevaricazioni. Il successo di tale strategia ancora una volta sarà affidato oltre alle possibili variabili di contesto, ma esclusivamente dalla “buona abilità di cooperazione e di partecipazione”.

Ridefinendo il conflitto, possiamo sintetizzare che esso è composto di due visioni contrapposte: una

È quella definibile di “scontro” in cui sono schierate le “proprie ragioni” finalizzate a prevalere, nonostante si debba ricorrere all’inganno verso l’altro; la seconda è definibile “in termini di in-contro o confronto”, positivamente sono momenti per “capirsi e scoprirsi reciprocamente”, in cui vi è un interesse condiviso teso a solidificare, proteggere la relazione.

I conflitti, possono minare l’intesa e la collaborazione tra gli individui, nei gruppi, giungendo anche

nei conflitti più forti a compromettere, nel caso i gruppi di lavoro. Le abilità di negoziazione, pro-teggono la relazione sviluppano nuove strategie d’abilità comunicative atte, a ricercare nei momenti di disaccordo le migliori soluzioni reciprocamente vantaggiose, per ritrovare l’intesa perduta. Tuttavia la negoziazione non possiede solo finalità preventive “contro i rischi di rottura” delle relazioni, ma s’è praticata con successo, può “rilanciare l’azione di gruppo rinsaldando i sentimenti di fiducia e rispetto”.

Tracciando queste ultime linee conclusive, si vince in questa elaborazione una correlazione tra il problema della responsabilità nell’adolescenza e la predittività delle condotte comportamentali devianti; *concetto strettamente collegabile alle competenze sociali, alle abilità e alle conoscenze, in particolare alla capacità di rispondere degli effetti sociali delle azioni rilevanti sul piano normativo (morale, sociale, giuridico). La responsabilità potrebbe essere utilizzata come schema funzionale che regola e organizza le interazioni tra individuo, norma e società.* (11)

Per questo ho voluto canalizzare su ciò queste mie riflessioni curando un'esposizione che sottolinei quanto l'iter evolutivo dello sviluppo dell'individuo è sostenuto dalla problematica sulle attribuzioni delle responsabilità; ma in particolare è nella fase del ciclo vitale dell'individuo

11.De Leo, G.P. Patrizi Psicologia della responsabilità, pp.23, pp24 ed Laterza, Roma 1996

dell'adolescenza che detta problematica di formazione assume contorni e significati più discussi, poiché coinvolge a livello pedagogico in tutta la sua ampiezza, i differenti contesti di vita: familiare, scolastico, sociale.

Testimonianza diretta, infatti, delle "gravi difficoltà dei compiti di responsabilizzazione" dei minori in quanto figli e alunni, è espressa, dai genitori, docenti che quotidianamente si adoperano per fornire loro un adeguato modello di "sviluppo di responsabilità.

Ecco dunque che, attraverso il *Cooperative Learning* si vuole delineare e incentivare pedagogicamente un nuovo stile educativo d'apprendimento avente finalità di prevenzione su quest'argomentazione. In questo caso contribuisce alle azioni di prevenzione e di controllo delle condotte aggressive di prevaricazione, s'è privilegiato di conseguenza quel contesto scolastico e quel ruolo professionale del docente affinché l'insegnamento possa incentrarsi sul metodo cooperativo quale metodo di "mediazione sociale", che possa contrapporsi alla oramai superata "mediazione dell'insegnante"; gli alunni sono protagonisti attivi del processo didattico, stimolati alla ricerca agli apprendimenti responsabili e attivi, coinvolgenti e motivanti.

Mediazione sociale dunque, come "risposta alla difficoltà per gli individui e i gruppi" come opportunità d'inserirsi in un'ottica relazionale che attivi e sostenga "scambi produttivi" per i singoli e non "distruttivi" per il contesto ambientale.

L'adolescenza, identificata com'età conflittuale per l'adolescente e i suoi contesti di vita d'appartenenza, familiare, ambientale, pone alla base del conflitto un problema etico, di responsabilità che si sviluppa, si edifica attraverso una relazione educativa, che richiede atteggiamenti e strategie di mediazione, di negoziazione costante e flessibile attorno all'elaborazione di pensieri, interazioni e decisioni, che sostengono il minore-adolescente nel proprio iter d'autonomia e responsabilità.

L'adolescenza quindi quale richiesta di un "rinnovato dialogo" quotidiano che coinvolga tutti in un impegno reciproco.

**Bibliografia**

- De Leo G.P - Patrizi - Psicologia della responsabilità ed Laterza, Roma 1996
- De Leo G., P Patrizi- Trattare con adolescenti devianti: Progetti e metodi di intervento ed. Carocci.(1999)
- De Leo G. - La devianza Minorile, ed NIS by
- De Natale M. L. Pedagogisti per la giustizia, ed Vita e Pensiero, by 2002
- Dipartimento giustizia Minorile -I gruppi di adolescenti devianti ed. FrancoAngeli
- Cohen G. E.- Organizzare i gruppi cooperativi, ed. Erickson
- Cohen A.K. Ragazzi delinquenti, Milano, ed. Feltrinelli (1981)
- Comoglio M- Educare Insegnando/ apprendere ed applicare il Cooperative Learning ed. LAS.Roma by 2002
- Castanyer O.- L'assertività. edz Psicoguide
- Gorra E.- L'attribuzione di responsabilità. ed. Collana di Psicologia Giuridica e Criminale.
- Goldestein A.P. e Barry G.- Stop all'aggressività, ed. Erickson .by 1990.
- Ingrascì G., Picozzi M.- Giovani e crimini violenti ed. McGraw-Hill by luglio 2002
- Manes S. 83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi, ed. Franco Angeli, Milano 1998
- Manes S. 68giochi psicologici per la conduzione dei gruppi, ed. Franco Angeli, Milano 1999
- M. Martinelli- In gruppo si impara, Scuola e vita ed. Società Editrice Internazionale -Torino
- Mastronardi V. M. - La comunicazione in famiglia ed. Armando editore by 2002

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Mastronardi V. M.-Manuale per operatori criminologi e psicopatologici forensi.  
ed. Milano- dott. A. Giufrè editore 2001

Menesini E.- Bullismo che fare ? ed. Giunti by2000

M. Miceli- L'autostima. Il Mulino.

Jeammet P- Psicopatologia dell'adolescenza, ed. Borla., by 2004

Johnson D,W.,Johnson R.T. Apprendimento Cooperativo in classe. Ed.  
Erickson by ottobre 2002.

Scardaccione G. – Il minore autore e vittima di reato, ed. FrancoAngeli, by  
2003.

Sharp S e P. K. Smih- Bulli e prepotenti nella scuola , ed. Erickson. by 1996



Antonino Denaro<sup>22</sup>

**LA COMUNITÀ TERAPEUTICA:  
RESIDENZIALITÀ ALTERNATIVA AL CARCERE**

***Abstract***

This work focuses on the therapeutic community system, starting from Maxwell Jones's first theories to the description of several therapeutic models and operative strategies, including observations on the relation with the jail system.

From the very beginning, the "organized man" has clashed with rules and laws: when such rules and laws are not obeyed, disappointment arises in the civil society that resolves the issue by social excluding the culprit, thus reestablishing a balance.

The punishment being seen as a form of payment, which characterized the jail system for a long period of time, was a true stigmatization for the offender. This became an obstacle, both formally and substantially, for social rehabilitation as it is meant today.

As far as drug addiction is concerned, among various measures other than imprisonment, therapeutic communities play a fundamental role in the balance between punishment certainty – in compliance with civil society's needs regarding safety and security – and the concept of social rehabilitation. In this respect, the punishment period becomes important, as the detainee is no more a victim of the punishment, but a protagonist.

***Key words:*** therapeutic community, measures other than imprisonment,

***Riassunto***

Il presente lavoro pone l'attenzione al sistema della comunità terapeutica, movendo dalle prime teorizzazioni di Maxwell Jones fino a giungere alla descrizione dei diversi modelli terapeutici ed alle relative strategie operative, osservando la possibile relazione con il sistema penitenziario.

Sin dall'origine "l'uomo organizzato" si è scontrato con il sistema normativo, la cui inosservanza registrava il disappunto della collettività, e nel meccanismo dell'esclusione sociale il meccanismo equilibratore.

---

<sup>22</sup> Dottore in Scienze Politiche, indirizzo politico sociale, Master in Scienze Criminologico – forensi. Università di Roma "Sapienza"

Il carattere retributivo della pena, che per molto tempo ha caratterizzato il sistema penitenziario, ha assunto un segno stigmatizzante che è divenuto un ostacolo, da un punto di vista formale che sostanziale, per quello che oggi intendiamo come reinserimento sociale.

All'interno dei vari istituti delle misure alternative, la comunità terapeutica nello specifico per il problema della tossicodipendenza, assume un ruolo determinante per giungere all'equilibrio tra la certezza della pena rispondendo alle istanze provenienti dalla società civile in tema di sicurezza, ed al concetto di reinserimento sociale, dove l'accento viene posto sul tempo della pena come tempo significativo, ove il detenuto non subisce la pena ma ne diventa protagonista.

**Parole chiave:** comunità terapeutica - misure alternative alla detenzione -

### **1. LA COMUNITÀ TERAPEUTICA: CENNI STORICI ED EVOLUZIONE**

Al fine di una migliore comprensione dell'argomento trattato, è opportuno iniziare dalla definizione più semplice del concetto stesso di "comunità" per giungere successivamente all'interpretazione del concetto di comunità terapeutica.

L'insieme di persone che condividono rapporti sociali, linguistici ed etici, possono essere considerati una comunità.

Quanto detto ci offre la possibilità di interpretare la "comunità" come un'entità sovranaturale, dove l'individuo trova il superamento alle limitazioni della condizione umana, e la possibilità di realizzare scopi che trascendono le sue forze.

Da ciò, è possibile intravedere come nel concetto stesso di comunità sia naturalmente implicito il sistema di "relazione d'aiuto", e quindi come sia già presente il principio della relazione terapeutica.

La comunità terapeutica, rappresenta quella forma di trattamento in cui l'ambiente condiviso dai pazienti, con tutto l'insieme di regole e tradizioni, è parte integrante della terapia, ed entra a far parte direttamente della situazione terapeutica.

L'approccio basato sulla *socioterapia*, favorito da Maxwell Jones, ha promosso l'intervento sociale sistematico, come quello della comunità terapeutica, a ruolo sia terapeutico sia riabilitativo.

*Questo modello di psicoterapia istituzionale, tende a valorizzare le risorse individuali canalizzando il comportamento verso la comunità, verso il gruppo dei pari, stimolando e favorendo la condivisione e la partecipazione di tutti i componenti*

*alla vita quotidiana di relazione.*

In quest'ottica è possibile osservare come la comunità terapeutica si organizza nel suo insieme in modo tale da diventare esso stesso un terapeuta, le relazioni sociali tra pari assumono valenze terapeutiche paragonabili al rapporto terapeuta – paziente.

Il termine “comunità terapeutica”, si deve a T.F. Main, che nel 1946, parlando del lavoro svolto dagli psichiatri inglesi del gruppo di Northfield, descrisse l'ospedale come una comunità terapeutica.

L'ufficializzazione del termine avvenne nel 1953, a termine di uno studio promosso dall'OMS (organizzazione Mondiale della Sanità) sulle organizzazioni psichiatriche internazionali, in cui si proponeva l'idea che ogni ospedale psichiatrico dovesse trasformarsi in comunità terapeutica.

Il tramonto dell'interpretazione magico-religiosa della “follia” favorì l'avvio della psichiatria moderna, che nella predisposizione ereditaria, e nella degenerazione biologica cercò di rintracciare le cause delle malattie psichiatriche, favorendo l'interpretazione della malattia come una condizione senza ritorno.

L'identificazione del malato mentale, con una condizione d'irreversibilità, la riduzione del malato a “meccanismo rotto” ripropose la prassi d'intervento repressiva dell'internamento.

Con Breuer, Freud e Jung, si sviluppò un nuovo modo d'interpretare e considerare i disturbi psichici, di fatto, eliminando il concetto d'irreversibilità, stabilendo il primato della sfera psichica rispetto a quell'organica, evidenziando l'importanza del contatto emotivo con il paziente, com'elemento decisivo.

## **2. MODELLI DI COMUNITÀ TERAPEUTICA**

Dalle iniziali teorizzazioni di Maxwell Jones ad oggi il sistema della comunità terapeutiche ha subito un notevole sviluppo in tutte le democrazie occidentali, divenendo uno strumento d'intervento non solo per le malattie mentali, ma fornendo un valido supporto a vari allarmi sociali, quali la tossicodipendenza, minori a rischio di devianza ecc.

Per quanto riguarda i modelli teorici di riferimento di comunità terapeutiche sono essenzialmente due che rappresentano due differenti strategie d'intervento destinate a differenti tipologie di pazienti.

**Il “modello Anglosassone”**: tale modello è quello che maggiormente fa riferimento alle teorizzazioni di Maxwell Jones, tale modello è quello che maggiormente fa riferimento alle teorizzazioni di Maxwell Jones e quindi a quella che è identificata come socioterapia.

Il principio dominante in questo modello è la circolarità della comunicazione tra i componenti della comunità inclusi gli operatori, ed il sistema democratico di gestione della stessa.

Il termine democratico va interpretato come sistema che prevede la compartecipazione tra utenti ed operatori per la riddiscussione della comunità stessa, la comunità come corpo unico che democraticamente discute il suo percorso e la sua stessa vita.

*L'individuo si realizza poiché paziente, assumendone il ruolo come principio decisivo per il processo di reinserimento sociale.*

E' utile osservare che il modello anglosassone fa specifico riferimento a quel sistema comunitario destinato al trattamento per i pazienti psichiatrici.

**Il “modello Americano”**: tale modello di comunità nasce come strumento d'intervento per il trattamento ed il recupero dalla tossicodipendenza.

L'adesione del paziente, al modello di comunità è interpretata, come criterio valutativo per il processo di “cambiamento”.

Il sistema d'organizzazione può essere definito “gerarchico”, visto che tutto il sistema organizzativo della struttura assume una forte connotazione verticistica, con una marcata differenziazione di ruoli e funzioni.

### **La terapia di comunità**

E' opportuno precisare come la comunità terapeutica non debba essere considerata come un luogo di convivenza, così come possono essere considerate le strutture come le Case famiglia, dove il ricovero non presenta limiti di tempo, bensì essa deve considerarsi come un luogo di transito, ove il paziente segue un percorso riabilitativo al fine di riacquistare tutte quelle capacità che la malattia ha compromesso.

Movendo i passi da questo presupposto, è possibile tracciare il percorso di comunità sotto un duplice intervento:

il primo assume una valenza psicoterapeutica, finalizzato alla cura del disturbo o alla prevenzione della cronicità, il secondo assume una connotazione riabilitativa, con l'obiettivo del recupero delle abilità perdute con la malattia.

I vari orientamenti delle scuole di psicoterapia, quale la sistemica – familiare, la cognitivo-comportamentale ed altre, possono essere utilizzate in vario modo all'interno della comunità, ma ciò che rende particolare e determinante l'intervento terapeutico in tali contesti è la configurazione di una vera e propria terapia di comunità.

Tale implicazione determina che la comunità non è solo quel luogo dove si svolgono attività terapeutiche, bensì è essa stessa un sistema terapeutico.

Il processo terapeutico, che il paziente si trova a dover affrontare, diviene l'elemento determinante per la formazione del "gruppo" che condividerà il percorso comunitario, dato che tutti i componenti del gruppo si troveranno nelle circostanze di dover raggiungere dei traguardi preordinati, e conseguire degli obiettivi terapeutici simili.

Già nel 1960, Rapaport sintetizzò quelli che possono essere considerati come i principi guida della terapia di comunità.

Tali principi possono essere così sintetizzati:

1. **Motivazione:** la motivazione al trattamento può e deve essere considerata come il primo vero traguardo terapeutico raggiunto, dato che avviene dopo il riconoscimento della propria condizione di malessere e di disagio, sintomo del bisogno di raggiungere una condizione di benessere. Quanto detto attiene alla fase antecedente alla fase d'ingresso.
2. **Adattamento:** trascorsa e superata la non facile fase d'ingresso, l'individuo si trova di fronte alla necessità di doversi ricostruire uno spazio relazionale – affettivo, tale da consentirgli il superamento dell'angoscia di separazione dal contesto sociale e relazionale abituale. La capacità di superamento o meno di questa fase, offre agli operatori numerosissime informazioni circa la storia di vita del paziente, circostanza importante per la valutazione delle risorse personali e per la strutturazione delle strategie d'intervento.
3. **Affidarsi:** la costruzione di una relazione terapeutica con gli operatori della comunità rappresenta un'ulteriore difficile tappa del percorso terapeutico. L'aspetto decisivo in questa fase, è quella della riduzione delle difese del falso sé pseudo adulto, e quindi poter prendere contatto con il proprio sé regredito.

La costruzione di una relazione terapeutica efficace, trova il suo miglior terreno esclusivamente se i punti

precedentemente elencati sono stati raggiunti nel miglior modo possibile. In questa fase le capacità empatiche dell'operatore giocano un ruolo decisivo, avendo egli il delicato compito di creare un clima favorevole all'apertura ed alla condivisione.

Tali circostanze sono decisive per tutto il futuro della relazione terapeutica.

4. **Attivazione:** il raggiungimento di quest'obiettivo, si esplica nel passaggio del paziente da una condizione di mero spettatore della vita comunitaria, tipico delle fasi precedenti, a quello di protagonista attivo della vita e delle attività presenti in comunità. Tale cambiamento di ruolo avviene attraverso la costruzione di un rapporto familiare con gli strumenti terapeutici, dopo aver sperimentato la condizione di benessere relativo all'utilizzo degli stessi, divenendo egli stesso promotore del sistema comunitario.
5. **Reinserimento sociale:** rappresenta la fase conclusiva del percorso terapeutico, ove il paziente deve riappropriarsi del suo spazio sociale prevedendo la verifica delle ritrovate capacità d'autonomia al di fuori dello spazio protetto della comunità terapeutica. L'individuazione di un progetto realistico di reinserimento sociale è precedente alla fase stessa del reinserimento, circostanza dove si ripresenteranno nuovamente le angosce di separazione, e dove le tappe precedentemente descritte si riattiveranno, non più in un ambiente protetto, dove il paziente ritorna ad essere persona assumendosi la responsabilità del percorso e delle scelte da intraprendere.

I traguardi terapeutici appena descritti, rappresentano tutto quel nucleo di domande negate o disconosciute dal paziente stesso e fonte di forti resistenze.

Come spesso accade le domande terapeutiche si scontrano con le scarse offerte presenti nel territorio, favorendo la costituzione di un modello d'intervento non specifico, circostanza che trasforma la comunità terapeutica in un indefinito contenitore di disagio, che offre risposte poco adeguate.

Un'attenta analisi della compatibilità dell'intervento terapeutico in strutture comunitarie, un'attenta valutazione, attraverso processi di diagnosi, possono concorrere ad evitare rischi di trattamenti non costruttivi per l'utente e quindi all'allontanamento di rischi di nuove istituzionalizzazioni.

Se fino ad ora abbiamo interpretato la comunità terapeutica come un alternativo sistema di terapia, è opportuno presentare un ulteriore contributo relativo al sistema del setting di comunità.

In ambito psicoanalitico classico, il setting delimita un'area spazio – temporale, vincolata da regole che determinano ruoli e funzioni, in modo tale da poter analizzare il significato affettivo dei vissuti, in una situazione specificatamente costruita.

Tale spazio è costruito in modo tale da evitare la messa in atto di stili di relazione tipici della vita quotidiana.

Degli aspetti della vita quotidiana, la comunità ne fa il suo miglior contesto terapeutico, infatti, la figura dell'operatore, non è quella di semplice osservatore, ma diventa esso stesso parte della quotidianità, l'aspetto terapeutico della quotidianità nasce dal continuo ripensamento delle dinamiche che scaturiscono all'interno della struttura stessa, ove l'operatore è parte integrante.

Quanto detto se opportunamente modulato e monitorato, si presenta come quell'elemento addizionale che può favorire una migliore adesione al contratto terapeutico.

La dimensione del *setting* all'interno di una comunità terapeutica, assume una connotazione dinamica, nel senso che esso si caratterizza e si struttura a seconda della fase in cui esso deve manifestarsi.

Nella fase iniziale, circostanza che coincide con l'ingresso del paziente all'interno della comunità, il setting assumerà una connotazione pedagogica, tale da supportare la difficile fase d'adattamento al sistema normativo, ed esplica una funzione di mediazione nel difficile processo di socializzazione con il gruppo dei pari.

Nella fase intermedia la strutturazione del setting assume delle connotazioni marcatamente psicologiche, affinché il paziente possa prendere coscienza della relazione tra azione e sentimento, la comunicazione si sposta dalla verbalizzazione del sintomo, all'analisi dei conflitti e dei problemi sottostanti.

Nella fase finale del percorso terapeutico, il setting assume una connotazione sociale, in altre parole prende in carico tutte quelle circostanze che congiuntamente preparano il percorso di dimissione graduale dalla comunità.

### **Le comunità terapeutiche per le dipendenze patologiche: le esperienze italiane, strategie operative e modelli d'intervento.**

Nella seconda metà degli anni ottanta, in Italia, si assiste ad un grosso fenomeno d'espansione delle comunità terapeutiche, sollecitate da una parte dalla famosa Legge Basaglia e quindi alla relativa creazione delle strutture intermedie, dall'altra parte

dall'interesse sempre più crescente legato al fenomeno della tossicodipendenza, che si pone come enorme allarme sociale, e di conseguenza al crescente bisogno di strutturare interventi sempre più mirati.

L'utilizzo del termine "comunità terapeutica", non può essere identificativo di un unico modello, il semplice riferimento al termine comunità non è di per sé valido per definire la strategia d'intervento di una struttura.

L'evoluzione e la successiva espansione del "sistema comunitario hanno comportato la nascita di diversi modelli d'intervento, che si differenziano soprattutto per le strategie adoperate.

Al fine di rendere maggiormente chiaro quanto detto, è possibile distinguere tre distinte strategie operative.

La prima è fortemente caratterizzata da un orientamento psicoterapico, dove la psicoterapia di gruppo, la psicoterapia individuale, la compilazione della cartella terapeutica e la supervisione dell'equipès sono gli elementi caratterizzanti.

La comunità così organizzata si presenta come una struttura di trattamento all'interno di una visione psicosomatica completa, in cui il compito principale è il trattamento psicoterapico.

Questo modello d'intervento si propone i seguenti obiettivi:

1. Remissione del sintomo;
2. Costruzione/potenziamento delle abilità;
3. Costruzione del self – efficacy;
4. Nuove capacità di problem – solving
5. Migliorare le abilità espressive e comunicative;

Il modello qui riportato sintetizza il programma terapeutico della comunità SIIPAC di Bolzano, struttura per il trattamento del gioco d'azzardo patologico.

La strategia operativa di base, accolta dalle comunità che fanno riferimento al "Progetto Uomo", pone nella promozione e nella responsabilizzazione dell'utente il suo nucleo principale.

Questo modello nelle sue tre fasi di attuazione si propone i seguenti obiettivi:

1. Accoglienza residenziale:
  - Stabilizzazione dell'utente;
  - Disassuefazione;
  - Motivazione all'astinenza;
  - Motivazione al cambiamento;



2. Comunità terapeutica:
  - Migliorare la consapevolezza di sé, dei propri limiti e difficoltà unitamente all'analisi delle risorse.
  - Migliorare l'equilibrio tra il comportamento e le dinamiche psicologiche, affettive e relazionali;
  - Sviluppare una funzionale capacità preventiva per fronteggiare le situazioni di stress e d'emergenza.
  
3. **REINSERIMENTO SOCIALE: TALE FASE DEL PROGRAMMA PREVEDE IL LENTO E GRADUALE PROCESSO DI DIMISSIONE DALLA COMUNITÀ, ED IL CONSEGUENTE REINSERIMENTO NEL PROPRIO TESSUTO SOCIALE**

La terza strategia operativa è quella che centra le proprie attenzioni sulle attività lavorative, come strumento educativo e terapeutico.

L'inserimento in attività produttive, il recupero dell'istruzione scolastica, diventa la strategia operativa predominante, sin dalla fase dell'ingresso nella struttura.

Gli strumenti del lavoro educativo, sono essenzialmente di tipo conoscitivo e riflessivo, attraverso l'organizzazione d'incontri formativi, di lettura e di auto valutazione.

#### **La comunità terapeutica come residenzialità alternativa al carcere.**

Il cambiamento dell'atteggiamento sociale, e dell'approccio scientifico, nei confronti del disturbo psichico, ha determinato un processo di rinnovamento radicale che si è espresso non solo nei metodi di trattamento, di cui le comunità terapeutiche sono la prima diretta conseguenza, ma ha prodotto i suoi effetti anche da un punto di vista legislativo.

Nel periodo antecedente all'emanazione della legge n° 180/1978, la cosiddetta "legge Basaglia", il sistema assistenziale psichiatrico era decisamente caratterizzato dalla necessità della difesa sociale, in altre parole tra i compiti della psichiatria rientrava la funzione di controllo e di protezione della parte sana della società da tutte quelle persone che trovavano a ricoprire lo spiacevole ruolo del "deviante".

Le istituzioni totali, così come presentate da Goffman, espressione della psichiatria come scienza medica, assumevano il profilo di strumento di controllo sociale.

Processi e forme di controllo sociale, sono pressoché universali, in quasi tutte le società si ritrovano strumenti di controllo quali l'ostracismo, il confino, l'imprigionamento, in conclusione l'esclusione del gruppo dei più.

In alcune occasioni la funzione di controllo è demandata a determinati agenti ad esclusivo vantaggio di una parte sola della società, in funzione di scelte parzialmente arbitrarie.

Quanto detto può divenire espressione di una società che alla dicotomia normalità / follia risponde con un'altra dicotomia, che si traduce nei termini di sicurezza / insicurezza sociale.

Lo spostamento d'interesse dalla pena, come unico strumento posto a garanzia dell'armonia dell'ordinamento sociale, alla persona del reo, quale soggetto d'attenzione sociale, assume il carattere distintivo dell'evoluzione del diritto penale, ed assegna alla sanzione una funzione rieducativa, con il preciso obiettivo del reinserimento sociale come fine ultimo della pena.

La restituzione dell'esito patologico in psichiatria, il reinserimento sociale nelle discipline penalistiche, è il segno tangibile che il sistema dell'esclusione e della segregazione hanno manifestato tutto il loro limite.

Il concetto di pericolosità sociale, intesa come la possibilità che l'autore di un fatto reato alla presenza di determinate condizioni possa ritornare a delinquere, diviene l'interesse predominante, da cui l'interesse di metodi e strumenti di trattamento che facciano del reinserimento sociale il fine ultimo della condanna penale.

Nel corso del tempo il concetto di pena ha subito notevoli trasformazioni, dalla "*lugubre festa punitiva*" presentata da Foucault, si va via via spegnendo, fino a comportare che l'esibizione inizierà ad assumere una connotazione molto negativa.

Questa trasformazione farà sì che la pena dal campo della percezione sociale, entrerà nel campo della coscienza astratta, la certezza della pena andrà a sostituire la rappresentazione della pena.

In epoca contemporanea, il periodo della contestazione giovanile, quello dei cosiddetti anni di piombo, ha avuto l'effetto di aprire alla società civile il problema delle carceri.

In questa particolare situazione, si assiste alla prima produzione legislativa che ha avuto il merito di affrontare la delicata questione delle condizioni di vita all'interno degli istituti di pena, con la cosiddetta legge Gozzini.

Questo è il primo tentativo di affrontare la questione carceraria non solo nelle aule del parlamento, ma soprattutto di aprire il dibattito all'interno della società civile.

La legge affronta la delicata questione sia relativa alla quotidianità della vita carceraria, sollevando il problema del sovraffollamento, e soprattutto della disarmonizzazione del rapporto tra operatori penitenziari e detenuti.

Negli anni 1992 e 1993 il Comitato Europeo per la prevenzione delle Torture e delle pene, rende evidente come alcune carceri italiane presentino condizioni di vita e di trattamento considerate disumane.

Storicamente il concetto di pena è stato fortemente influenzato da tutti quei modelli culturali che indicavano nella sofferenza fisica e nel sistema della privazione, gli strumenti principali per il processo di “rieducazione”.

Oggi l’equilibrio tra l’ordine sociale, difesa dello stato e giustizia devono necessariamente partire da una rispettosa concezione della persona umana, e dall’apprestamento di mezzi e strutture consone al loro conseguimento.

La tutela dell’uomo, la funzione rieducativa della pena, unitamente alla necessità di salvaguardare la società civile, sono tra gli obiettivi principali che uno stato deve garantire.

Se l’afflittività della pena, e la retribuzione sono da considerarsi come requisiti minimi della pena, è utile sottolineare come l’intimidazione, e la difesa sociale sono anch’essi parte integrante della pena e del trattamento penitenziario stesso.

Il carattere afflittivo della pena, ha un costo umano che deve esigere una giusta proporzione con il bene da tutelare, circostanze tutte che tendono a mutare con il mutare stesso della sensibilità o del grado di civiltà ed umanità.

La normativa del 1975, ha concretamente posto la sua attenzione sulla centralizzazione della personalità del detenuto, esprimendo in tal senso il concetto di trattamento penitenziario.

La riforma dell’ordinamento prima, la legge zozzini successivamente, hanno scommesso sulla possibilità che il carcere si aprisse al territorio, creando un rapporto di comunicazione che non fosse solo ed esclusivamente “criminale”, ma sicuramente più rispondente alle finalità risocializzanti della pena.

Il continuo oscillare tra esigenze di sicurezza sociale, ed esigenze di trattamento, unitamente alle difficoltà di trovare un possibile punto d’equilibrio tra la giusta necessità di punire e l’utile risocializzazione, tra la certezza della pena e la sua possibile flessibilità in funzione della possibile evoluzione della personalità del condannato, dimostrando in modo inequivocabile la complessità del tema trattato e soprattutto sulla delicatezza e difficoltà di operare le scelte migliori.

#### **Il sistema penitenziario nell’Italia contemporanea, la pena e le misure alternative.**

La società, nonostante gli innumerevoli sforzi, non potrà mai riuscire ad eliminare la devianza criminale, la cui responsabilità è sicuramente da attribuire in larga misura al singolo soggetto, senza però dover trascurare le corresponsabilità della collettività nel suo complesso.

Il dibattito sul sistema sanzionatorio e sull'effettività della pena, è più che mai contemporaneo, orientandosi nel senso di accantonare in parte la concezione etica – retributiva, per far prevalere il perseguimento delle finalità di prevenzione e rieducazione.

Nell'ambito di queste riflessioni, l'effettività della pena tende ad identificarsi con il concetto di certezza della pena, esigenza particolarmente avvertita dalla coscienza collettiva.

E' opportuno evidenziare come in quest'ottica, la riabilitazione andrebbe esclusivamente ad essere circoscritta alla sola fase esecutiva della pena, maggiormente indirizzata ad impedire il deterioramento morale del detenuto, più che a predisporre e favorire il reinserimento sociale.

E' opportuno prendere atto che continuando a ridurre l'effettività della pena, ad esclusivo dato nominalistico, si priva e si snatura il concetto stesso della pena di quell'aspetto che fa riferimento ai risultati psicologici.

Quanto detto rende evidente la particolare delicatezza dell'argomento, che richiede la ricerca di un punto d'equilibrio e che tenga conto, sia della necessità della certezza della pena rispondendo alle urgenze poste dalla società civile, sia prestando fede ai principi esposti dalla carta costituzionale.

La ragione della detenzione, in un sistema penale moderno, andrebbe considerata come l'ultima *ratio*, posto che andrebbero disposte una molteplicità di scelte d'intervento extramurario.

Il principio dell'ultima *ratio*, è al centro delle soluzioni proposte per fronteggiare e risolvere il fallimento o almeno la scarsa efficacia dell'ideologia rieducativa all'interno delle istituzioni penitenziarie.

Sulla scia tracciata dalla carta costituzionale, a da tutti i contributi offerti sia dalla scienza giuridica, psicologica ed altro, occorre precisare come che la reclusione, seppur nelle migliori condizioni, di per sé crea delle condizioni di sofferenza psichica, che non trova riscontro con i principi appena esposti.

L'elenco<sup>23</sup> dei disturbi specifici della popolazione carceraria possono essere così sintetizzati:

- Sindromi depressive: Reattive – endo- reattive – mascherate;
- Tentativi di suicidio;
- Sindromi isteriche ed ipocondriache;
- Stati crepuscolari Ganseriani;
- Autolesionismo;
- Sindromi borderline;
- Sindromi dissociative (simulazioni);
- Stati d'eccitamento;

---

<sup>23</sup> Mastronardi V. Manuale per operatori criminologici e psicopatologici forensi, ed. Giuffrè Milano 2001

- Disturbi della condotta (Aggressività – Comportamento Antisociale);
- Sindromi da stress;
- Sindromi ipersessuali e parafilie
- Alcoolismo;
- Tossicodipendenza;
- Sindromi da prisonizzazione;
- Sciopero della fame;

Lo schema appena esposto offre la possibilità di affrontare in termini più concreti il tema della depenalizzazione, e della decarcerizzazione.

In tema degli effetti negativi della carcerazione, Foucault, in *Sorvegliare e Punire*, evidenziò come “la riforma della prigione è quasi contemporanea alla nascita stessa della prigione”, ponendo in luce come tale crisi investe i principi della pena detentiva, il concetto di rieducazione e tutta la politica penitenziaria.

Gli istituti degli affidamenti in prova al servizio sociale, la semilibertà, rappresentano il vero punto di svolta del nostro sistema penitenziario, proprio perché furono i primi interventi orientati al concetto d’individualizzazione del trattamento penitenziario che rispondesse pienamente al principio della risocializzazione in alternativa alla detenzione.

La natura di questi istituti, nati con la legge n°354 del 26 luglio 1975, legge di riforma sull’ordinamento penitenziario, esprime il suo contenuto innovativo inserendo il concetto di decarcerizzazione, processo che fornisce all’autore di reato, la possibilità di riacquistare le abitudini risocializzanti nel suo stesso ambiente di vita, con l’ausilio ed il supporto dei servizi sociali per adulti. che in questo caso tali elementi vengono ad assumere un duplice aspetto, il primo di sostegno e supporto al reo, esercitando comunque la sua funzione di controllo, che nonostante le trasformazioni rimane parte determinante della pena stessa.

L’istituto degli affidamenti in prova al servizio sociale, può essere considerata la misura alternativa alla detenzione più significativa, che dalla “*probation system*” del diritto penale statunitense trae le sue caratteristiche principali.

L’elemento caratterizzante quest’istituto, è che esso rappresenta l’unica misura che fa venir meno ogni rapporto tra il condannato e l’istituzione carceraria, determinandosi come trattamento in libertà.

Il carattere afflittivo e retributivo della pena, all’interno di questo istituto non è minimamente intaccato, dato che, la giusta interpretazione è che esso non rappresenta un’alternativa alla pena, poiché è essa stessa una pena, che prevede aspetti di limitazione della libertà personale.

**La legge 26 luglio 1975 n° 354: le misure alternative alla detenzione.**

La legge 26 luglio 1975 n° 354, ha introdotto sostanziali trasformazioni rispetto alla tradizionale restrizione dei condannati negli istituti penitenziari, con l'introduzione delle cosiddette misure alternative, attribuendo ad un organo giurisdizionale, il tribunale di sorveglianza, la facoltà di modificare le modalità d'esecuzione della pena

Al fine di rendere più operative e funzionali le novità introdotte, è stato previsto l'ingresso in carcere di nuove figure professionali quali gli educatori, gli psicologi assistenti sociali al fine di porre in essere i programmi trattamentale previsti dalla normativa.

Occorre però precisare che il trattamento rieducativo degli internati non deve essere confuso con il trattamento penitenziario..

Nella sua più vasta accezione, il trattamento penitenziario comprende tutto quel sistema di norme e di attività che regolano ed assistono la privazione della libertà per l'esecuzione penale, tra queste rientrano tutte quelle norme che tutelano i diritti dei detenuti, i principi di gestione degli istituti penitenziari e tutto l'insieme di norme che attengono alle somministrazioni ed alle prestazioni dovute a chi è privato della libertà.

Il trattamento rieducativo, è parte integrante del trattamento penitenziario, poiché rientra nei compiti di gestione che regolano le attività di chi è privato della libertà personale, e di chi usufruisce delle misure alternative, con il preciso compito di tendere alla rieducazione del soggetto in trattamento.

Le modifiche introdotte successivamente alla legge, con la cosiddetta legge "Gozzini" e con la Legge "Simeoni" hanno ampliato il carattere premiale dei benefici, ed allargato il ventaglio delle misure.

L'articolo 13 dell'ordinamento penitenziario, pone le linee guida per la realizzazione del trattamento rieducativo, con particolare riferimento al carattere dell'osservazione scientifica del detenuto.

Il modello d'osservazione scientifica ha subito una sostanziale trasformazione, che vede il passaggio da un'osservazione di carattere medico – psichiatrica – psicologica, in favore di un'osservazione psico – socio – pedagogica, nella quale le competenze operative di tipo educativo – sociale trovano una vasta applicazione.

Il nuovo modello di osservazione del detenuto, è predisposta al fine di rilevare le carenze fisiopsichiche e di tutte le altre cause di disadattamento, attivandosi sin dall'inizio della espiazione della pena, e perdura per tutta la durata della stessa.

Il processo d'osservazione deve rispondere a tre funzioni principali:

1. Individuazione delle esigenze del detenuto predisponendo il più adeguato programma di trattamento.
2. Favorire l'assegnazione del detenuto all'istituto maggiormente rispondente alle necessità trattamentale previste dal programma.
3. Essa costituisce la base probatoria per la valutazione delle possibilità di poter usufruire delle misure alternative.

L'attenzione posta alla persona del detenuto, e tutte le attenzioni poste a suo sostegno sono evidenziate dall'art. 13 O.P. che sottolinea la necessità di favorire la collaborazione del detenuto alle attività di osservazione e trattamento, al fine di favorire la trasformazione del detenuto da una posizione meramente passiva che lo induce a "subire" il trattamento all'assunzione di un ruolo attivo rendendolo protagonista del proprio processo rieducativo e di reinserimento sociale.

Rimanendo in tema di trattamento, si propone una tabella riassuntiva circa le modalità operative necessarie al suo svolgimento.

**Individualizzazione del trattamento:**

- ✓ Analisi dei bisogni della personalità del soggetto;
- ✓ Analisi delle carenze fisio-psichiche e delle cause del disadattamento;
- ✓ Analisi dei dati giudiziari, biografici e sanitari annotati nella cartella personale del soggetto con gli sviluppi trattamentale successivi;

**Elementi del trattamento:**

- ✓ Istruzione (corsi della scuola dell'obbligo e d'addestramento professionale);
- ✓ Lavoro esterno o interno al penitenziario;
- ✓ Religione;
- ✓ Attività ricreative culturali e sportive;
- ✓ Rapporti con la famiglia, e contatti con l'esterno;

**Altri elementi del trattamento:**

- ✓ Permessi per visitare nel caso d'imminente pericolo di vita di un familiare o di un convivente;

✓ Permessi premio ai condannati che hanno tenuto regolare condotta;

La normativa del 1975 deve essere considerata come il grande passo verso un sistema quanto più rispondente al principio di umanizzazione della pena, seguendo il principio espresso dalla carta costituzionale che all'art. 27 sottolinea come le pene non possano consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato.

Ciò che è opportuno mettere in risalto, è che il processo di trasformazione, che nella normativa del 75 ha trovato la sua origine, è un processo che investe il sistema penale nella sua generalità, che manifesta l'intento del superamento del concetto di isolamento e internamento, se non come ultima ratio, da considerarsi funzionale solo per una esigua parte della società, posto che il reinserimento sociale appare come la soluzione filosoficamente più opportuna per il raggiungimento degli obiettivi che sono alla base del contratto sociale.

#### CONCLUSIONI

In un moderno sistema penale, la detenzione deve essere considerata come l'ultima ratio, e deve poter disporre di numerose e valide scelte d'intervento.

Il principio *dell'ultima ratio* è al centro delle soluzioni proposte per fronteggiare il fallimento delle ideologie rieducative in carcere, rilevato che la detenzione produce di per sé effetti controproducenti sia da un punto di vista del reinserimento sociale, sia da un punto di vista relativo al manifestarsi di vere e proprie espressioni patologiche.

Fino a che punto è possibile rinunciare al carattere retributivo della pena, senza tradire le giuste attese della vittima, che affonda le sue radici psicologiche nell'istinto di vendetta degli uomini?

Quali possibili strategie possono essere adottate per uscire dall'empasse creato dalla dicotomia sicurezza / insicurezza sociale?

È indubbio, che dalla metà degli anni settanta ad oggi, la natura degli interventi ha sicuramente registrato una chiara preferenza per tutte quelle forme d'intervento extramurarie, tese a privilegiare il contatto con la realtà sociale anziché al suo allontanamento.

A supporto di quanto appena evidenziato, è utile presentare come negli ultimi anni il ricorso alle misure alternative alla detenzione ha registrato un incremento con progressione geometrica, sintomo che la pena extramuraria presenta aspetti largamente positivi rispetto alle possibili storture del sistema.

Non ultimo, è opportuno segnalare come sul piano internazionale, si siano da tempo avviate delle ricerche e studi, per trovare forme di controllo per detenuti in libertà, un esempio per tutti è il possibile utilizzo del braccialetto



elettronico, che può rappresentare l'ultima frontiera per l'avviato processo di extramurarietà della pena.

Come presentato nei capitoli precedenti, le comunità terapeutiche si presentano come un'appropriata strategia d'intervento, che ben coniuga l'esigenza che la pena si possa presentare come un tempo efficace e produttivo, offrendo ragione a tutte quelle richieste di sicurezza sociale che necessariamente devono ottenere la giusta considerazione.

Quanto detto trova la sua ragion d'essere nella considerazione che tali strutture da moltissimi anni forniscono un servizio a particolari categorie di detenuti e non, vedi l'esempio dei tossicodipendenti, delle strutture che ospitano anche in regime di misure alternative, gli ammalati di AIDS ed altro ancora, offrono lo spunto per ipotizzare, la possibilità di costruire percorsi alternativi anche per altre categorie di detenuti.

Come evidenziato, non è mia intenzione presentare la comunità terapeutica, come soluzione genericamente estesa, ma occorre evidenziare come essa ben può rispondere ai bisogni trattamentale di tutti quei detenuti che per ragioni ambientali e/o familiari trovano difficoltà d'accesso agli istituti delle misure alternative.

Un esempio chiarificatore può essere rappresentato dalla popolazione extracomunitaria, che subisce un doppio processo di esclusione, da una parte quello sociale, e secondariamente dalla società giuridica.

Necessariamente il mondo delle comunità terapeutiche deve affrontare il tema di una sempre maggiore capacità di fronteggiare l'evoluzione dei fenomeni sociali, progredendo ulteriormente verso una maggiore individualizzazione dei piani di trattamento, maggiormente centrati sulla psicoterapia e non solo sulla socioterapia, attraverso una sempre maggiore professionalizzazione del personale presente all'interno delle strutture.

Altro elemento da prendere in considerazione è la necessità di una sempre maggiore settorializzazione degli interventi, superando la logica del trattamento universale anche in presenza di patologie differenti, un esempio per tutti può essere il collocamento degli alcolisti e dei tossicodipendenti all'interno della stessa comunità.

### **Bibliografia**

- AAVV *Manuale per operatori dell'Ass. Terra Promessa*, Paruzzo Caltanissetta 1995.
- Bellini G. Cambiaso G., *Le comunità per tossicomani, esperienze riabilitative italiane e straniere*, Franco Angeli Milano 1985.
- Brunetti C. *Pedagogia penitenziaria*, Ed. Scientifiche Italiane, Napoli 2005.
- Cancrini L. *quei temerari sulle macchine volanti*, NIS la Nuova Italia Scientifica, Roma 1991.
- Castaldo M. *La rieducazione tra realtà penitenziaria e misure alternative*. Novene Editore, Napoli 2001.
- Castel R., *L'insicurezza sociale, che cosa significa essere protetti*, Einaudi Torino 2003.
- Cerasela E., *La disciplina giuridica delle tossicodipendenze, dal regolamento del 1929 al DPR 171 del 199*, Cedam Padova 1994.
- D'Onofrio M. Sartori M., *Le misure alternative alla detenzione*, Giuffrè Milano 2004.
- De Leo G. Patrizi P., *Psicologia della devianza*, Carocci "Le bussole" Urbino 2002.
- Donati P. *manuale di sociologia sanitaria*, NIS La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991.
- Foucoult M. *Sorvegliare e punire, nascita della prigione* Einaudi Torino 1975.
- Galimberti U. , *Le garzantine*, Psicologia Garzanti, Torino 2003

- Gallino L., *Dizionario di sociologia*, TEA i Dizionari UTET, Torino 1993.
- Goffman E. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi Torino 2003
- Mastronardi V. *Manuale per operatori criminologici e psicopatologici forensi*, Giuffrè, Milano 2001 (IV edizione).
- Mastronardi V. *Le strategie della comunicazione umana* Franco Angeli Milano 2005.
- Sartarelli G., *Pedagogia penitenziaria e della devianza. Osservazione della personalità ed elementi del trattamento*, Carocci Faber, Torino 2004.
- Vanire J. *La comunità, luogo del perdono e della festa*, Jaca Boek, Milano 1995.
- Vidoni Guidoni O. *la criminalità* Carocci Urbino 2004.



### Norme di Pubblicazione per gli Autori

Chi vuole pubblicare lavori originali sulla “Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense”, deve inviarli in triplice copia al direttore responsabile: Prof. Vincenzo Mastronardi, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica Università “La Sapienza” P.zza A. Moro, 5 - 00185 Roma – e-mail: [jssrcm@uniroma1.it](mailto:jssrcm@uniroma1.it) che li sottopone all’esame di un Comitato di Lettura che può accettarli, rifiutarli o accettarli con riserva. Il testo degli articoli dovrà comprendere:

1. - il titolo completo del lavoro
2. - suo riassunto in italiano e “abstract” in inglese, contenenti le ragioni dello studio compiuto, le principali osservazioni, e le conclusioni dell’Autore;
3. - parole chiave in italiano e “key words” in inglese
4. - nome e cognome dell’Autore (o Autori) in prima pagina in alto con asterisco\* richiamato a piè di pagina con i suoi titoli e le qualifiche più rilevanti: qualora si tratti di un lavoro di ricerca effettuato presso un istituto universitario o un reparto ospedaliero o altro ente, indicarne la denominazione esatta, con la firma di autorizzazione alla stampa del direttore, completo di numero di telefono e CAP;
5. - la bibliografia: le opere elencate vanno numerate progressivamente secondo l’ordine alfabetico. Di ognuna va indicato il cognome dell’autore e le iniziali del nome, il titolo del libro dell’edizione originale con in parentesi: città e casa editrice. Nel testo la bibliografia va richiamata con il numero corrispondente posto fra parentesi; il nome dell’autore citato va scritto in neretto, seguito dall’anno di pubblicazione (es.: Granone, 1989); se le pubblicazioni citate per uno stesso autore sono più di una, aggiungere la lettera alfabetica che la contraddistingue.

Sono particolarmente graditi **i testi dattiloscritti accompagnati da relativo dischetto con l’indicazione del tipo di programma adottato.**

Si accettano anche volentieri, notiziari, notizie utili, interviste originali, recensioni, condensazioni o traduzioni di articoli o riviste straniere di ipnosi, informazioni su convegni e congressi.

Per la pubblicazione dei lavori originali si chiede un parziale contributo spese simbolico di €. 25,82 a pagina pubblicata a stampa con diritto a n. 100 estratti che seguiranno la pubblicazione stessa. Per informazioni in proposito rivolgersi al Prof. V. Mastronardi o al Direttore Organizzativo Prof. Matteo Villanova (Vedi sopra).

Finito di stampare il

3 Settembre 2007

presso il

Centro Copie Legatoria *CERVIALTO*

Via Scarpanto 51-53 00139 Roma

---

## SOMMARIO

---

- Volpe Oriana

**LE VITTIME IN ITALIA: ANALISI QUANTITATIVA E QUALITATIVA DEL FENOMENO ATTRAVERSO LE INDAGINI DI VITTIMIZZAZIONE DELL'ULTIMO DECENNIO .....pag. 7**

- Del Casale Antonio

**SIMULAZIONE DI MALATTIA MENTALE.....pag.33**

- Maria Efisia Cotza

**PREDITTIVITÀ DELLE CONDOTTE COMPORTAMENTALI DEVIANTI NELL'ETÀ EVOLUTIVA. CONSIDERAZIONI PEDAGOGICHE SULLE STRATEGIE PREVENTIVE: POSITIVITÀ DELLE CARATTERISTICHE DEL METODO COOPERATIVO "COOPERATIVE LEARNING", A CONFRONTO CON QUELLO INDIVIDUALISTICO E COMPETITIVO.....pag.93**

- Antonino Denaro

**LA COMUNITÀ TERAPEUTICA:  
RESIDENZIALITÀ ALTERNATIVA AL CARCERE  
.....pag.121**





