

Disturbi della memoria e funzionamenti mentali patologici: implicazioni in psichiatria forense

Memory disorders and pathologic mental functioning: implications in forensic psychiatry

U. FORNARI
N. DELSEDIME

U.O. di Psichiatria Forense,
Psicologia Giudiziaria
e Criminologia, Università di Torino

Key words

Memory disorders • Amnesia • Psychopathology • Witnesses' ability to testify • Responsibility

Correspondence: Prof. Ugo Fornari,
Unità Operativa di Psichiatria Forense,
Psicologia Giudiziaria e Criminologia,
Università di Torino,
c.so Montevecchio 38, 10129 Torino,
Italy
Tel. +39 011 535670 / 500690
E-mail: ugoformari@aliceposta.it

Summary

Objective

The aim of this study is to discuss a very complex and debated issue: the relationship between memory disorders and psychiatric disorders, such as temporary consciousness disorders, delusional disorders, perception disorders, cognitive disorders, affective disorders; furthermore, to discuss, from a structural point of view, the relationship between memory disorders and Ego-functioning and Ego-consciousness disorders.

The assessment of memory disorders in comorbidity with psychiatric disorders is performed from a forensic point of view: an attempt is made to describe the possible implications with the witnesses' ability to testify in the case of the victims of a crime, and to evaluate the meaning of the frequent phrase "I don't remember" in the case of authors of a violent crime.

Methods

This study is, therefore, more a personal contribution based on practical experiences rather than a review, as emerges from the clinical examples taken from experts' reports on victims and authors of crimes. Furthermore, recent literature concerning the comorbidity of psychiatric disorders and memory disorders was used, together with books about the witnesses' ability to testify.

Results and conclusions

Several types of memory disorders, which are the symptoms of organic or non-organic disordered mental functioning, influence the witnesses' ability to testify from a forensic point of view.

Some cases are characterized by a neurological disorder or by mental confusion which determines disorders in fixing memories. Apart from these, most of the cases which totally or partly invalidate the trial truth have a functional origin. In some cases, the memory disorder concerns the recall of the core of the event (psychogenic amnesia); in others, the mental disorder can attribute altered meanings to the memory (delusions, hallucinations, affective disorders), without influencing its reliability. In cases of acute psychotic disorders, the memory may be that of a dreamy state; this kind of memory, in cases of organic mental disorders, is confused and fragmentary because some of its parts have not been properly recorded or have been erased.

Anyway, there is no bi-univocal relationship between mental disorders and the witnesses' ability to testify. Therefore, a subject suffering from mental disorders can give a reliable version of the facts, provided that this is not a symptom of the mental disorder and that it is verifiable.

All these considerations concern the crime victims and witnesses as well as the crime authors. From this point of view, the frequent "I don't remember" in violent crimes should be evaluated considering the possible mental disorder of the crime authors and its influence on their mental functioning at the time the crime was committed.

“Si deve incominciare a perdere la memoria,
anche solo brandelli di ricordi, per capire
che in essa consiste la nostra vita ...

La nostra memoria è la nostra coerenza, la nostra
ragione, il nostro sentimento, persino il nostro agire.
Senza di essa non siamo nulla.”

(Luis Buñuel)

Introduzione

Stabilire in ambito forense se un testimone è idoneo a testimoniare o se l'amnesia di un autore di reato d'impeto è veritiera, è sempre un problema di difficile risoluzione.

Volutamente in questo lavoro si eviterà di parlare di simulazione, preferendo focalizzarsi sul tema già estremamente complesso del rapporto esistente fra disturbi della memoria e disturbi psicopatologici, quali i disturbi transitori dello stato di coscienza, i disturbi del pensiero e della percezione, i disturbi cognitivi, i disturbi dell'affettività.

Inoltre, da un punto di vista strutturale, si sottolineerà il rapporto esistente fra disturbi della memoria da un lato, e disturbi del funzionamento dell'Io e della coscienza dell'Io dall'altro.

In tale ottica questo lavoro, più che una *review*, si presenta come un contributo personale basato sull'esperienza pratica; al fine di meglio illustrare i concetti presentati, sono stati infatti utilizzati numerosi esempi pratici, legati direttamente alla categoria psicopatologica presentata, e tratti da recenti perizie psichiatriche su soggetti autori o vittime di reato.

La memoria, le memorie

La memoria è quel meccanismo neuropsicologico che permette di fissare, conservare e rievocare esperienze e informazioni acquisite dall'ambiente (interno ed esterno) o derivate dal pensiero e dalle emozioni. È considerata come il "copione" che rappresenta lo svolgimento temporale dell'esistenza dell'uomo, sottolineandone la continuità e mantenendo costante la sua identità. Attraverso la memoria l'uomo è in grado di costruire la propria storia, di autoorganizzarsi e di proiettarsi nel futuro.

Varie sono le tipologie in cui si classifica la memoria. Per i nostri fini, è utile ricordare le seguenti definizioni:

- memoria a *breve* termine o memoria di fissazione e memoria a *lungo* termine o memoria di rievocazione, quest'ultima distinta in memoria *dichiarativa* (esplicita) e memoria *procedurale* (implicita);
- la memoria *dichiarativa*, a sua volta, è suddivisa nella memoria *semantica*, che si identifica con la rappresentazione concettuale di un evento e il conferimento di significato allo stesso attraverso la costruzione di schemi comuni cultural-dipendenti e di elementi aggiuntivi (copioni o *script*) legati a preconetti, pregiudizi, stati d'animo e stereotipi; e nella memoria *episodica*, che consiste nella rievocazione di determinati episodi di vita collocati in una dimensione temporo-spaziale;
- la memoria *procedurale* consiste nelle modalità di apprendimento e di ritenzione attraverso le

quali si formano i ricordi (il come e il modo); è indipendente dalla memoria episodica e non subisce l'effetto dell'età;

- la memoria *autobiografica* è l'insieme delle informazioni relative alla propria identità, al proprio Sé e alla propria storia di vita; è basata sulla memoria episodica;
 - la memoria *affettiva* è il ricordo delle esperienze emotive correlate all'accadimento, che conferiscono al ricordo un significato particolare per l'individuo.
- Affinché un ricordo sia riconosciuto come tale e appartenente a colui che rievoca, fondamentali sono la memoria *episodica* (dove, quando, chi, che cosa), unita a quella *semantica* (il significato conferito al ricordo di quello o di quegli episodi) e a quella *autobiografica* (l'appartenenza del ricordo al proprio Sé). Il riconoscimento di un oggetto o di un luogo come tale significa che lo si è codificato (registrazione), lo si è consolidato (mantenimento) e si è in grado di recuperarlo (rievocazione), come tale e nel suo significato, dal magazzino della memoria.

Se ora prendiamo in esame i meccanismi del ricordo e del narrare, vediamo che il processo di recupero di un contenuto (*le memorie recuperate*) avviene a partire da una serie di informazioni e di dati codificati e consolidati presenti in memoria che noi mettiamo insieme in modo che la narrazione del nostro ricordo abbia un senso per noi; pertanto ogni narrazione è fondamentalmente un processo di tipo ricostruttivo e non di tipo riproduttivo, di semplice ripescaggio. Il ricordo, quindi non è mai la riproduzione fedele di un evento.

Inoltre già nell'immediatezza del fatto e ancor più con il trascorrere del tempo, sia nei bambini sia negli adulti, intervengono almeno quattro fattori che possono disturbare e deformare la fissazione del ricordo:

- la carica affettiva che accompagna la particolare esperienza del soggetto;
- i significati conferiti all'evento;
- la suggestione di origine esterna;
- la continua, normale interferenza dell'immaginario sul reale.

I disturbi della memoria

I disturbi patologici della memoria fondamentalmente si distinguono in:

- *Amnesie funzionali o psicogene*: il soggetto asserisce una completa perdita della memoria riguardo alla sua esistenza precedente o successiva a un evento psicotraumatizzante; talvolta l'amnesia riguarda la sua stessa identità. È assente una qualsiasi lesione del sistema nervoso centrale o un deterioramento mentale in genere. Un *prolungato periodo di amnesia* deve sempre far sorgere il

dubbio di un'origine psicogena o simulata della stessa;

- *Amnesie organiche*: sono caratterizzate da un difetto di fissazione e di acquisizione di nuove informazioni (amnesia anterograda) e di rievocazione di eventi precedenti il trauma (amnesia retrograda). Analogamente possono manifestarsi nel corso di episodi confusionali acuti, alcune manifestazioni critiche dell'epilessia, intossicazioni acute.

Paramnesie, a loro volta distinte in:

- *allomnesie*: illusioni della memoria; trasformazione del ricordo; in rapporto al tono affettivo e ai contenuti del pensiero (depressione maggiore, deliri cronici) o all'isteria (pseudologia fantastica);
- *pseudomnesie*: allucinazioni della memoria → falsi riconoscimenti (*dejà vu, déjà vecu*) e falsi ricordi (confabulazione; s. Korsakoff);
- *criptomnesie*: esperienza del non rendersi conto che si sta ricordando (mancato riconoscimento del ricordo come ricordo).

Disturbi mentali e disturbi della memoria

Seguendo un *criterio psicopatologico*, i disturbi del funzionamento mentale che *possono* accompagnarsi con disturbi e alterazioni della memoria sono così schematizzabili:

DISTURBI TRANSITORI DELLO STATO DI COSCIENZA

- Stati confusionali o oniroidi (fissazione): *stupor*, *coma*, *delirium*; epilessia; disturbo acuto indotto da sostanze.
- Stati onirici (rievocazione con alterato conferimento di significato; disturbo nel processo di codificazione):
 - disturbo delirante acuto (rievocazione con alterato conferimento di significato; disturbo nel processo di codificazione),
 - disturbi cicloidici (rievocazione con alterato conferimento di significato; disturbo nel processo di codificazione).
- Disturbi del sonno (automatismi):
 - *parasonnie REM*: disturbi comportamentali (RBD); *sleep sex* (fissazione e rievocazione),
 - *parasonnie nonREM*: risvegli confusionali notturni; *sonnambulismo* (fissazione alterata).

Tipi di memoria alterata: episodica e semantica.

Esempi

Donna di anni 44, matricida, affetta da psicosi cicloide in fase maniacale

"... Mia mamma stava dormendo, io stavo guardando la televisione, poi sono salita in camera. Ad un

certo punto mi è venuta un'ossessione, era come una voce dentro di me che mi parlava e tale voce mi diceva che arrivavano delle persone per seviziarci e per bruciare la casa. Allora io ho avuto paura ed ho pensato di difendere mia madre. Io ero ossessionata di non poter riuscire a difenderci. Sono andata in cucina, ho preso il coltello ed ho ferito me stessa, prima al petto più volte poi sono corsa in camera di mia mamma con l'intenzione di ammazzarla perché la volevo salvare da coloro che stavano per arrivare e che avrebbero bruciato tutto ... *non ricordo di aver colpito mia mamma ed infatti quando sono arrivata in ospedale non sapevo cosa avessi fatto*".

Donna di 30 anni, vittima di violenza sessuale di gruppo, schizofrenica in fase di scompenso acuto

In una notte dell'inverno del 1991, R., per sfuggire a un gruppo non identificato di persecutori, in preda all'angoscia più acuta, era salita sul primo treno che aveva trovato ed era scesa alla stazione di un paesino di cui non ricordava il nome. Per sfuggire ai suoi inseguitori, era corsa in paese e aveva bussato a una porta (che poi si rivelerà essere quella della stazione locale dei carabinieri). Il resoconto dell'episodio è estremamente confuso, frammentario, sconnesso e pervaso da angoscia panica: "mi ha aperto un signore ... gli ho detto che delle persone mi stavano inseguendo per farmi del male. Lui mi ha fatto entrare e mi ha detto di andarmi a riposare sul letto, in una camera che c'era lì vicino ... non ricordo più com'era fatta ... a un certo punto, siccome ero tutta bagnata e avevo freddo, mi ha aiutato a spogliarmi e poi ... ricordo che mi ha toccato e ha fatto altre cose ... poi sono entrati due suoi amici che hanno approfittato di me ... non ricordo bene ... dicevano cose strane ... sghignazzavano e si guardavano in un modo ... erano quelli che mi inseguivano? ... *non so ... può darsi che abbia sognato, perché è tutto confuso ...*". Le persone indicate dalla donna, interrogate, finirono per ammettere di aver abusato di lei sessualmente: processate, furono condannate. La donna fu ritenuta dal perito non idonea a rendere testimonianza.

Uomo, 33 anni, omicida, affetto da disturbo comportamentale del sonno REM con associazione fra RBD e sonnambulismo

"... Durante la notte mi sono svegliato, sono andato in cucina, ho preso un coltello, sono ritornato a letto e ho accoltellato la M. senza alcun motivo apparente. Mi sono subito dopo addormentato come se nulla fosse successo. *Al mattino mi sono svegliato e ... ho pensato si trattasse di un sogno ... non ritengo di essere stato io, cioè non posso essere stato io, perché non sono capace di fare del male neanche a una mosca*, comunque M. l'amavo e non le avrei mai fatto del male ... il ricordo di quanto è successo è soprattutto nelle immagini che io ho avuto al risveglio. Ricordo in particolare la mia

immagine mentre brandisco il coltello portandolo con la mano destra sopra la mia testa. Poi ricordo la parte destra del collo di M. tagliata e la mia mano che cerca di strapparle la carotide e poi mi ricordo l'altra parte squarciata da una coltellata, o comunque colpita da una coltellata. Nella prima immagine io brandisco il coltello sul letto, mentre le altre non le so situare ... ricordo solo il viso di M. e la mia mano ...”.

DISTURBI DEL PENSIERO E DELLA PERCEZIONE: STATI DELIRANTI STABILI

- Disturbo Delirante (paranoia).
- Schizofrenia (forme a decorso cronico).
- Disturbi persistenti indotti da sostanze.

Tipi di Memoria Alterata: semantica per disturbo nel processo di codificazione, deficit di organizzazione delle informazioni; alterazione nei conferimenti di significato.

A proposito delle alterazioni della memoria nel corso di schizofrenia, diversi sono i lavori presenti in letteratura; uno studio del 1999¹ in particolare si propone come meta-analisi di 70 studi nel settore. Esso sottolinea come nella schizofrenia sia presente una compromissione nella memoria di richiamo e di riconoscimento di materiale verbale e non; tale compromissione non sembra tuttavia correlata alla gravità della patologia o alla durata di malattia. Solo la presenza di sintomi negativi mostra una correlazione con le alterazioni della memoria.

Un altro studio più recente² indaga invece il rapporto fra schizofrenia e memoria di lavoro; esso dimostra la presenza di alterazioni della *working memory* (intesa non come concetto unitario ma come insieme di funzioni diverse), che però non risultano direttamente correlate alla patologia schizofrenica.

Esempi

Donna di anni 47, schizofrenica cronica, omicida

La sera di capodanno, rimasta sola con il marito, all'improvviso si alza e si arma di un coltello. Quindi "il coltello l'ho messo sotto l'orecchio, ho fatto un po' di forza, lui si è mosso, il coltello è passato dall'altra parte, ho visto che il sangue scendeva giù. Era sveglio quando è morto. Si è ammazzato più lui di quanto l'ho ammazzato io a lui muovendosi. Sta meglio morto che vivo. È vissuto fin troppo. Ho tirato via il coltello, poi gli ho messo una corda intorno al collo e ho tirato. Ha sporcato da tutte le parti. Ho chiamato la centrale, perché portassero via il corpo, così io potevo pulire e i figli potevano tornare in casa: invece mi hanno portato in carcere ed è una cosa ingiusta, perché io non ho ucciso mio marito: al posto suo poteva essere un altro che non era lui e si era fatto la stessa faccia ... prima, quando è arrivato a casa, abbiamo litigato ... già quan-

do è entrato in casa non mi sembrava mio marito. Sembrava un altro. Sembrava strano ... sembrava più cattivo ... era diverso ... adesso c'è la scienza: potrebbero fare altre persone identiche ... sono le brigate rosse che fanno queste cose. Io lo so dalle vecchie scritture, dalle sacre scritture. Perché i testimoni di Geova mi hanno detto che la polizia fa dei pupazzi, delle persone identiche ad altri. E anche le brigate rosse. Sono gli scienziati delle brigate rosse che fanno i pupazzi. Io gliel'ho detto. Se vogliono, li fanno e li comandano. Se vogliono, li fanno arrivare qui. Sono gente morta, vanno a prenderli al cimitero, li fanno muovere". *Sospetta che quella sera non fosse il marito che ha ucciso, ma un pupazzo che era entrato in casa.* "Più se ne ammazzano e più ne fanno. Quando mi hanno portata alla centrale, gliel'ho detto alla polizia che i testimoni di Geova mi avevano detto questo e quelli mi hanno detto che sono i testimoni di Geova che lo fanno, così tutto si è rivolto contro la chiesa: allora io ho capito che quei pupazzi li fanno non solo le brigate rosse, ma anche la polizia".

DISTURBI DELLA SFERA COGNITIVA

- Insufficienze Mentali:
 - Lievi e medie (rievocazione).

Tipo di memoria alterata: semantica ed episodica.

Esempi

Donna di anni 70, insufficiente mentale con schizofrenia residua, vittima di violenza sessuale, ritenuta non idonea a rendere testimonianza

"Conosco Tino, quello che fa il tassista e abita in ... i rapporti sessuali con Tino sono iniziati circa tre anni fa in occasione di una mia andata a casa sua, dato che io gli portai un paio di scarpe a risuolare (lui faceva il calzolaio). È successo appunto nella bottega. Ha chiuso a chiave la porta; si è abbassato i pantaloni e a me ha tolto le mutande. Nella bottega abbiamo fatto l'amore per dieci volte, sempre in occasione di portare le scarpe. Altre 20 volte abbiamo fatto l'amore sulla macchina di Tino ... Quando facevamo l'amore lui chiudeva la macchina e non mi lasciava andare ... Era sempre di giorno e con la macchina si fermava nei boschi. L'ultima volta che abbiamo fatto l'amore è stata in occasione del viaggio dal dentista presso l'ospedale di ... Al ritorno lui ha fermato la macchina in un bosco e qui, come le altre volte, mi ha messo in vagina quell'affare. Tutte le volte mi ha sempre minacciata dicendomi di non parlare con nessuno. *Adesso non ricordo più nulla*".

- Gravi e gravissime (fissazione e rievocazione).

Tipo di memoria alterata: episodica, semantica, autobiografica.

Esempi

Giovane di anni 28, spettatore di un omicidio commesso in gruppo da alcuni amici e testimone d'accusa, cerebropatico, epilettico, insufficiente mentale di grado medio, con evidenti disarmonie di sviluppo della sua personalità

L'indagine peritale ha consentito di dimostrare che il soggetto è in grado di cogliere in modo corretto ciò che vede e ciò che gli presenta la realtà esterna. È in grado di mettere insieme elementi per costruirne una globalità e di percepire ed elaborare la realtà in modo organizzato, anche se ad un livello elementare. La difficoltà è presente nell'organizzare in modo armonico i dati esterni e nell'esprimere il proprio mondo interiore quando entrano in gioco interferenze di tipo emotivo. Posto cioè di fronte a situazioni o dati concreti, la capacità percettiva risulta adeguata e corretta. Egli però per caratteristiche proprie della sua personalità (insicurezza, indecisione e mancanza di fiducia in se stesso, con la tendenza all'inibizione dell'espansione vitale e al ripiegamento su di sé, sentimento di inferiorità e di scarsa autostima) *non è in grado di reggere confronti paritari con persone che gli pongono le domande con atteggiamenti inquisitori o che attendono risposte rapide e lo interrompono, incalzandolo in maniera pressante*. Egli è troppo insicuro, si sente troppo fragile, ha un'immagine troppo negativa di se stesso per poter affrontare "a testa alta" confronti e contraddittori. Egli è per contro in grado di fornire risposte semplici a domande semplici, poste con molta pazienza e con disponibilità all'ascolto, magari in un ambiente protetto o in un contesto che lo tuteli in maniera molto forte.

- Deterioramenti Cognitivi.
- Demenze (Alzheimer e vascolari).
- S. Korsakoff (amnesia a breve e lungo termine + confabulazione).
- Traumi cranici (fissazione).
- Disturbi persistenti indotti da sostanze (fissazione).

Tipi di memoria alterata: episodica e autobiografica.

Esempi

Uomo, 56 anni, tentato uxoricidio, intossicazione acuta in cronica intossicazione da alcool e uso abituale di neurolettici

"Quando sono uscito da scuola sono andato da mia madre ... avevo bevuto un toccasana, mi sentivo un po' sopra le righe. Vado a casa e vado a prendere la pistola. Vado in camera da letto e sparo un colpo verso la finestra: non era un colpo vero. La pistola è vecchia con cinque cartucce vere ... io facevo "clic" col grilletto per fare andare il colpo in canna. Volevo che mia moglie fosse sfiorata da questo colpo. Ho già

tentato prima di sparare per fare uscire il bossolo che è uscito ... volevo evitare di fare del male ... *non ricordo se si è sentita una esplosione ...* mia moglie si è svegliata e mi ha preso la pistola di mano, mi ha immobilizzato e mi ha preso a botte in testa ... non ho mai pensato di ucciderli tutti ... mi sono comportato così perché da una parola in su mia moglie mi minaccia di allontanarmi; io volevo farle paura e affrontare una volta per tutte il fatto che mi sento sempre provvisorio".

DISTURBI DELL'AFFETTIVITÀ

- Depressione: deficit di attenzione, concentrazione, fissazione e rievocazione; alterazioni nei conferimenti di significato.
- Pseudodemenza depressiva nell'anziano: deficit memoria a breve e lungo termine.
- Mania: deficit di attenzione, concentrazione, fissazione.
- Disturbi d'ansia: deficit di attenzione e apprendimento, deficit di fissazione e rievocazione.
- Disturbo dell'adattamento.
- Disturbo acuto da stress: deficit di fissazione.
- Disturbo post-traumatico da stress: deficit di rievocazione.
- Disturbo d'ansia generalizzato: deficit di fissazione e rievocazione.
- Disturbo di panico: deficit di fissazione e rievocazione.

Tipi di memoria alterata: autobiografica, episodica e semantica.

Esempi

Donna di 43 anni, depressione maggiore, figlicida e suicida

Una sera dell'ottobre 1977, una donna di 43 anni uccideva il proprio figlio unigenito di 12 anni, avvelenandolo con un cocktail di psicofarmaci e tentava il suicidio, ingerendo la stessa bevanda.

Quel giorno aveva deciso di togliersi la vita, divenuta per lei un peso insopportabile. "Poi il bambino ha suonato il campanello; me lo sono visto davanti; gli ho visto quegli occhietti e ho deciso: 'ma sì, vieni anche tu con me, non ti lascio qui a soffrire'. Preciserà al perito: "ai primi di settembre mi sono accorta di avere un cancro alla mammella ... da allora ho incominciato ad elaborare tutta una costruzione volta al suicidio ... quel giorno avevo deciso di farla finita. Lui era sopra che giocava con una mia cugina ... ho sciolto in acqua tanti farmaci ... a un certo punto mio figlio è sceso e mi ha chiesto che cosa facevo; io gli ho risposto che avrei preso un'aspirina e poi sarei andata a sdraiarmi. Lui era dall'altra parte del tavolo e mi ha detto: 'no, io non torno a giocare, resto con te'. Io allora ho pensato, guardandolo negli occhi: 'hai

ragione, io non ti lascio a nessuno, ti porto con me; in quegli occhi e in quelle parole c'era tutto ... non potevo ... non potevo ... gli ho dato da bere tutta quella roba e poi l'ho bevuta anch'io ... *in rianimazione ho capito che mio figlio era morto* ... adesso voglio morire; l'unica cosa che desidero è andarmene; devo raggiungere mio figlio”.

Uomo, 66 anni, uxoricida, affetto da depressione maggiore con delirio di colpa e rovina

“... *Ricordo solo di aver colpito mia moglie con un oggetto, ovvero con un soprammobile in cristallo ... non so dire se questa affermazione sia legata ad un mio ricordo ovvero sia una notizia che ho appreso dopo il fatto* ... Non riesco a ricordare se mia moglie abbia avuto una qualche reazione allorché ho iniziato a colpirla; ricordo solo di averla colpita ... non ricordo neppure dove abbia preso, né dove poi abbia messo l'oggetto usato per colpirla. Non può essere che io le abbia stretto il collo con le mani, ovvero con qualche altro strumento od oggetto. Non ricordo di essermi lavato le mani dopo il fatto. Ricordo invece di aver chiamato i Carabinieri... poiché in quel momento mi sono reso conto di aver ucciso mia moglie ...”.

In che modo l'ansia influenza la memoria? L'ansia scatena preoccupazioni che deconcentrano e distraggono il soggetto, peggiorando così le sue prestazioni e sovraccaricando la memoria di lavoro, compromettendo quindi la capacità di memorizzazione a breve e lungo termine³. Il meccanismo che si instaura nella depressione e che porta parimenti a una riduzione delle prestazioni mnestiche, è caratterizzato da un insufficiente sforzo nell'elaborazione del materiale e dalla tendenza a privilegiare ciò che ha un tono negativo³.

Il tono dell'umore influenza la memoria attraverso due effetti principali: la memorizzazione è favorita se l'umore in fase di acquisizione è lo stesso della fase di ricordo (effetto stato-dipendenza), in secondo luogo, il ricordare è più agevole quando le informazioni da rievocare hanno un tono affettivo della stessa valenza dell'umore di chi deve ricordare (effetto congruenza di umore).

DISTURBI DELLA VOLONTÀ

- Atti automatici (parasonnie).
- Impulsività (psicosi acute e croniche).

Sotto il profilo *strutturale*, possiamo distinguere i disturbi di seguito riportati.

I DISTURBI DEL FUNZIONAMENTO DELL'IO

- Disturbi di personalità: nevrosi e psicopatie:
 - - amnesie psicogene e simulate;
 - - stati emotivi e passionali.

Esempi

Donna, 47 anni, omicida, disturbo narcisistico di personalità

“Quel mattino avevo il coltello con me. È nata questa ossessione che è andata man mano crescendo. Mi sentivo talmente attaccata dagli altri e non sapevo reagire, che mi ero armata. Il coltello non è che ce lo avessi sempre con me, però qualche volta lo prendevo quando uscivo e mi dava sicurezza. Ricordo poco del fatto e delle ore che sono seguite prima dell'arrivo della polizia nell'appartamento della vittima; ricordo che sentivo delle voci, ero ferita, perdevo molto sangue, mi faceva male la mano ... sapevo che mi avrebbero presa, non ho mai pensato di costituirmi ... *L'ho colpita con così tante coltellate? non ricordo*”.

Uomo, 50 anni, omicidio e occultamento di cadavere; amnesia simulata

“È Roberto che ha caricato il fucile e mi ha fatto vedere come funzionava, perché io non ne avevo mai adoperato uno...non mi ricordo che io abbia toccato il coltello, non mi ricordo proprio che io ho toccato il coltello ... i coltelli dovete chiederlo a Roberto, perché io non li ho buttati ... i coltelli ce li avrà Roberto ... li ha buttati ... non lo so cos'ha fatto, io ho puntato solo il fucile ... io non mi ricordo che gli ho dato una coltellata ... In questo momento io dico che secondo me non l'ho colpita ... ricordo di non aver buttato nel fiume i coltelli...al momento non ricordo se Roberto abbia colpito la donna con una o più coltellate ... ho visto il coltello impugnato da Roberto poggiare sull'addome della donna, ho poi visto il coltello sporco di sangue, non ho visto il coltello penetrare nell'addome della donna, in quanto mi sono messo le mani sugli occhi ... *io non mi ricordo più niente ... di coltellate gliene avrò date una, gliene ho date due, non gli ho dato proprio niente, gliele ha date tutte lui ... non ricordo niente di quello che è successo. Me lo ha detto il giorno dopo Roberto ... Per 3-4 giorni non mi ricordo quello che ho fatto*”.

- Disturbi gravi di personalità: il funzionamento *borderline*:
 - - alterazione del sentimento di realtà (perdita dei confini e della capacità di differenziare il Sé dal nonSé, il mondo interno da quello esterno con stato di panansietà e di panangoscia; restringimento dello stato di coscienza);
 - - alterazione dell'esame di realtà (presenza di deliri, allucinazioni, disturbi cognitivi; disturbi affettivi maggiori);
 - - utilizzo di meccanismi primari (scissione, negazione, identificazione proiettiva).

I DISTURBI DELLA COSCIENZA DELL'IO: AMNESIE FUNZIONALI O PSICOGENE

- Disturbo Dissociativo dell'Identità o Disturbo da Personalità Multipla.
A tale proposito, una *review* del 2001⁴ riguardante gli studi su pazienti affetti da disturbo dissociativo dell'identità (DID) evidenzia la presenza di deficit della memoria autobiografica, mentre sono infrequenti le pseudo-memorie. Sono poi presenti deficit della *working memory*, inclusi quelli correlati all'inibizione cognitiva.
- Disturbo di depersonalizzazione.
- Amnesia dissociativa: sistematizzata/localizzata/generalizzata (rievocazione).
- Fuga dissociativa: amnesia e perdita/cambiamento di identità (rievocazione).
- Dissociazione (isterie, disturbo istrionico di personalità e disturbi somatoformi): ricordi non accessibili alla coscienza (rimozione), nonostante una corretta fissazione; presenza di automatismi psicologici a livello inconscio.
- S. di Ganser.
- Pseudologia fantastica o falsificazione della memoria (S. di Munchausen).

Tipo di memoria alterata: episodica e autobiografica.

Esempi:

Uomo di 23 anni, tentato omicidio

Si tratta di un giovane uomo da anni afflitto da una grave situazione conflittuale intrafamiliare. Un giorno, armato di fucile, tese un agguato al padre e dopo aver esploso contro di lui due colpi di carabina, si allontanò dalla casa dei genitori. *Fu ritrovato dalla polizia all'estero, dopo alcuni giorni di fuga afinalistica e coperta da completa amnesia.* A coloro che si erano interessati di lui, insistette nel dire di non ricordare né il suo nome, né la sua provenienza. Non fu messo in luce nessun disturbo psicotico maggiore; la sua storia di vita risultò assolutamente non significativa sotto il profilo psicopatologico.

Dopo qualche giorno di permanenza in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura in regime di detenzione domiciliare in luogo di cura, si ricompensò completamente, ma la lacuna mnemonica perdurò per circa altri trenta giorni e non si risolse mai completamente per tutta la durata delle operazioni peritali.

Una carica emotiva intensa, come avviene per esempio negli stati emotivi e passionali, non assicura di per sé una buona fissazione del ricordo: anzi, può essere causa di amnesia⁵.

In alcuni casi, l'amnesia psicogena può essere associata a comportamenti di fuga durante i quali la personalità è come se venisse cancellata e la vicenda in corso non registrata nella memoria autobiografica.

Quando si parla di amnesia dissociativa, si è soliti correlarla al meccanismo di difesa della rimozione o della scissione; tali fenomeni si correlano sempre a eventi traumatici o particolarmente stressanti, come lutti, crimini, esperienze di guerra, abusi sessuali; tale amnesia è sempre di tipo retrogrado (a differenza delle amnesie organiche, che sono anche anterograde) e quasi sempre transitoria⁶, anche se la durata è variabile nel tempo e dipendente dalle modalità e dalla tempestività con cui viene affrontato il problema.

La totale amnesia degli eventi traumatici è rara; le vittime di traumi o abusi, infatti possono riportare sensazioni di irrealtà, *flashback*, ricordi frammentari legati al trauma.

Molte sono le teorie riguardanti il concetto di memoria rimossa; una di queste sostiene che il ricordo di un trauma psicologico sia diverso dagli altri tipi di ricordi, nel senso che i ricordi traumatici potrebbero venire acquisiti in uno stato di coscienza alterato e venire immagazzinati in memoria in modo diverso da quelli non traumatici.

Nel caso di reati d'impeto poi, è suggestivo pensare al turbamento emotivo che un'azione delittuosa provoca nell'autore di essa, specie se "nuovo" al fenomeno e se ha agito in preda ad un impulso o sulla base di una sofferenza psichica. In tal caso il ricordo del male commesso potrebbe venire rimosso perché non accettato o perché non compreso.

L'oblio quindi scenderebbe come difesa contro la "parte oscura" di sé, contro l'ombra che non può venire compresa e accettata. Si potrebbe allora parlare non solo di memorie rimosse, ma di memorie scisse, inaccettabili perché portatrici di confusione, colpa e dolore.

Implicazioni in psichiatria forense

L'esistenza di tutti questi tipi di alterazioni mnesiche, sintomatiche di funzionamenti mentali patologici di origine organica o non, incidono a livello forense sulla *idoneità a rendere testimonianza*.

A parte i casi in cui è presente una lesione o una disfunzione neurologica o uno stato confusionale di varia origine, che altera la fissazione del ricordo, le testimonianze che – sotto il profilo squisitamente psicopatologico – possono invalidare in tutto o in parte una verità processuale sono dunque di origine funzionale. Abbiamo visto che in alcuni quadri il disturbo della memoria riguarda la rievocazione del momento nucleare, centrale dell'evento agito o patito (amnesie psicogene); in altri quadri l'evento è rievocato dal soggetto alla luce della patologia di cui è portatore, patologia che può conferire significati alterati al racconto retrospettivo (deliri, allucinazioni, alterazioni dell'affettività), ma non per questo privarlo di attendibilità; nei casi in cui è presente uno scompenso psicotico acuto il ricordo può essere quello di uno stato so-

gnante; se è presente anche una compromissione organica, la narrazione del sogno è confusa e frammentaria per non registrazione e cancellazione di determinati passaggi. *Ne consegue che non esiste un rapporto obbligato, biunivoco, tra disturbo mentale e non idoneità a testimoniare.* Pertanto, anche un portatore di disturbi mentali può fornire una versione dei fatti attendibile, purché essa non sia diretta espressione e conseguenza della patologia psichiatrica diagnosticata e purché trovi riscontro nella realtà dei fatti.

Questo discorso non riguarda solo le vittime di reato o i testimoni in genere, ma anche gli autori di reato, nel senso che i frequenti “non ricordo” che accompagnano i reati d’impeto devono essere valutati alla luce della patologia mentale di cui essi sono eventualmente portatori e dell’influenza della stessa sul loro funzionamento mentale al momento del e in riferimento al fatto/reato commesso.

È infatti su questo ultimo aspetto che si colloca il problema della valutazione dell’imputabilità, che quindi va ben oltre la semplice attribuzione di una categoria diagnostica.

Ritornando al problema dell’idoneità a testimoniare, sostenere che il testimone è *idoneo a rendere testimonianza*, non significa *che egli dica o abbia detto la verità*. Affermare che egli è idoneo significa solo dire che, se vuole e se conserva sufficienti aree di autonomia funzionale (libere da patologia), è in grado di dire la verità, non che necessariamente quello che ha dichiarato è vero; nello stesso modo, infatti, egli può dichiarare il falso⁷.

Così come se il testimone *non è idoneo a rendere testimonianza*, perché presenta alterazioni patologiche della memoria, del pensiero, della percezione, dell’affettività e di altre funzioni psichiche, non vuol dire che egli non sia veritiero.

La Mazzoni⁸ parla infatti di “abilità funzionali” del testimone/imputato, cioè delle caratteristiche che, indipendentemente dal livello di patologia mentale, possono far ritenere valida una sua affermazione o una sua confessione. Tali abilità comprendono: la capacità di comprensione, la capacità di orientarsi nello spazio e nel tempo, la relazione fra risposte date e utilizzo di esse nel processo⁹.

Bibliografia

- ¹ Aleman A, Hijman R, de Haan EH, Kahn RS. *Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis*. Am J Psychiatry 1999;156:1358-66.
- ² Pukrop R, Matuschek E, Ruhrmaa S, Klosterkotter J. *Dimensions of working memory dysfunction in schizophrenia*. Schizophr Res 2003;62:259-68.
- ³ Roncato S, Zucco G. *I labirinti della memoria*. Bologna: Il Mulino 1993.
- ⁴ Dorahy MJ. *Dissociative identity disorder and memory dysfunction: the current state of experimental research and its future directions*. Clin Psychol Rev 2001;21:771-95.
- ⁵ Baddeley AD. *La memoria di lavoro*. Milano: R. Cortina 1990.
- ⁶ Longoni AM. *La memoria*. Bologna: Il Mulino 2000.
- ⁷ Fornari U. *Trattato di psichiatria forense*. Torino: UTET 2004.
- ⁸ Mazzoni G. *Si può credere a un testimone?* Bologna: Il Mulino 2003.
- ⁹ Gudjonsson G. *Interviewing and disputed confessions*. In: Memon A, Bull R, eds. *Handbook of the psychology of interviewing*. London: Wiley 1999:327-41.