

CLASSIFICAZIONE DELLE PATOLOGIE PSICHICHE DI TIPO PARANOIDE: ANALISI STRUTTURALE E GIURISPRUDENZA ROTALE DI MERITO

I. Introduzione

Sarebbe difficile sottovalutare l'importanza della paranoia nel mondo moderno, ossia il ruolo che essa gioca nelle relazioni interpersonali. Il termine stesso è fra i più antichi nel lexicon medico, risale ad almeno 2 mille anni, ai greci antichi. Per questi «paranoia», letteralmente «pensare accanto a sé», aveva il significato del nostro termine «amentia»¹. Paranoia è una realtà psichica che pervade tutti gli aspetti della vita odierna; in diverse parti del mondo è addirittura la psichicopatologia più riscontrata dagli psichiatri. Anzi, ormai la nostra epoca si chiama «l'età del sospetto», «la civiltà della paranoia», con sintomi presenti nei terroristi, nei gruppi nazionalisti e razzisti, nelle bande violente di giovani. La violenza è spesso frutto del sospetto, della paranoia².

¹ N. CAMERON, «Psychotic Disorders II: Paranoid Reactions», in H. KAPLAN – A. FREEDMAN – B. SADOCK (ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore 1980, 665.

² «Indeed, the “age of anxiety” seems to have been succeeded by an “age of paranoia” with clinical symptoms exhibited by hijackers, terrorists, political figures, youth gangs, nationalist groups, and intellectuals, all channeling their anger into violent action» (P. POLATIN, «Psychotic Disorders: Paranoid States», in *ibid.*, 992).

Nelle grandi città l'individuo si trova sempre più spesso circondato da sconosciuti, da stranieri. Abbiamo perso il senso di comunità, di uno spazio che appartiene a noi. Il contatto con gli altri diventa sempre più breve e impersonale, e i sentimenti di sospetto, sfiducia e rabbia nascono in quest'atmosfera³.

La presenza massiccia della cosiddetta «industria informatica» aumenta considerevolmente il senso paranoide nell'individuo vis-a-vis la società. Se hai una carta di credito, il computer sa come spendi il tuo denaro, quali ristoranti frequenti, quali riviste leggi, dove viaggi. In un recente articolo del *Wall Street Journal*⁴ sulla «Autostrada informatica», l'autore dice che se si manda una lettera per la posta elettronica, rimangono almeno 5-6 copie di essa: una nel tuo computer e nel computer del destinatario, ma altre ancora, in ogni «server» o punto di passaggio lungo la strada percorsa dalla lettera. Conclude che se non si vuole che il contenuto della lettera venga conosciuto da altri, è meglio scrivere a mano e spedire la lettera per la posta normale!

Il fenomeno della paranoia è presente in tutti i strati sociali e, in forma ridotta, anche nelle persone normali⁵. Quando uno è eccessivamente ansioso, impaurito o

³ Cf. J. HOWARD, «Paranoia and the American Society», *Psychosomatics* 15 (1974), 132.

⁴ *Wall Street Journal Europe*, 22 maggio 1996, 1. Cf. *La Repubblica*, 21 ottobre 1988, 22. Un'altro esempio dalla stampa popolare: «Pàra o paranoia — essere in para(noia), in uno stato di confusione, depressione, angoscia, stanchezza, indifferenza verso tutto: sono in pàra dura, in pàra assurda; che pàra 'sto disco!, che brutto, che schifo» (G. PAMPALONI, «La lingua che parliamo / L'italiano diventa gergo?», *Panorama* XXVI [23 ottobre 1988], 139).

⁵ N. CAMERON — J. RYCHLAK, «Paranoid Disorders», in *Personality Development and Psychopathology*, Boston 1985, 326.

scioccato, quella persona non ragiona bene circa la propria paura o sospetto. In questa situazione, la persona dovrebbe essere capace di verificare la validità delle proprie osservazioni, essere capace di guardare la situazione da più punti di vista, essere capace, infine, di interrogarsi sulle proprie conclusioni. Per tutto questo, tre cose sono necessarie, tre cose che alla persona veramente paranoide mancano: (1) la fiducia, la capacità cioè di affidarsi ad un altro quando si trova impaurito o sospettoso; (2) il saper sostenere l'ambiguità, la *suspense*, per evitare di venir trascinato ad un'azione prematura, e (3) la capacità, direi l'arte, di oggettivare la situazione, di guardare la realtà e giudicarla in modo oggettivo, distaccato.

La crisi della famiglia nella nostra società è un'altro sintomo dell'era della paranoia. I rapporti familiari stabili sono sempre più rari, i matrimoni falliti crescono (sono arrivati al 50 per cento in alcune nazioni). La mobilità e la decentrazione del nucleo familiare lascia i figli privati della cura paterna e materna, di un'atmosfera di fiducia, proprio nel momento in cui queste sono particolarmente necessarie. Un marito paranoide diventa un tiranno nella famiglia, e con l'intimidazione e le insinuazioni impone sugli altri la sua percezione distorta del mondo, mentre gli altri cercano la pace a tutti i costi. La moglie paranoide può distruggere un rapporto coniugale con la sua gelosia estrema e con le sue accuse di infedeltà da parte del marito⁶.

Quest'ambiente sociale in cui la paranoia fiorisce ci convince che il diritto canonico, e in particolare il diritto matrimoniale e la giurisprudenza dei tribunali ecclesiastici deve affrontare questa realtà sconcertante.

⁶ K. ARTISS – D. BULLARD, «Paranoid thinking in everyday life», *Archives of General Psychiatry* 14 (1966) 91.

Vediamo dunque che cosa ci offrono le scienze della psicologia e della psichiatria prima di presentare la giurisprudenza rotale. Proprio perché il canonista non è uno psichiatra, deve entrare in un dialogo rispettoso e critico con queste scienze⁷.

II. La classificazione della paranoia

Il sistema di classificazione dei disturbi mentali in diverse categorie, basata su dei criteri prestabiliti, è uno strumento che serve per diversi scopi importanti⁸. Il primo di questi è la comunicazione: la classificazione permette agli psichiatri di comunicare fra loro sui disturbi che trattano. Consiste in una nomenclatura concisa e sommaria che delinea gli elementi delle categorie. Con un sistema di classificazione la comunicazione è facilitata⁹. Il secondo scopo è il controllo, cioè la capacità di prevenire o modificare il percorso della malattia mentale. Chiaramente questa è la finalità primaria per lo psichiatra. Il terzo scopo è la compresio-

⁷ Ricordiamo qui le parole di Giovanni Paolo II alla Rota Romana: «Ben conosciamo i grandi progressi fatti dalla psichiatria e psicologia contemporanea. Va apprezzato quanto queste scienze moderne hanno fatto e fanno per chiarire i processi psichici della persona, sia consci che inconsci, nonché l'aiuto che danno, mediante farmacoterapia e psicoterapia, a molte persone in difficoltà [...]. Non si può però non riconoscere che le scoperte e le acquisizioni in campo puramente psichico e psichiatrico non sono in grado di offrire una visione veramente integrale della persona, risolvendo da sole le questioni fondamentali concernenti il significato della vita e la vocazione umana» (AAS 79, 1987, 1454).

⁸ P. PICHOT, *DSM-IV Criteri Diagnostici*, terza edizione italiana, Milano 1996, 1-8.

⁹ R. SPITZER – J. WILLIAMS, «14.1 Classification of Mental Disorders and DSM-III», in H. KAPLAN – A. FREEDMAN – B. SADOCK (ed.), *Comprehensive Textbook...* (cf. nt. 1), 1035.

ne, il capire meglio le cause del disturbo ed i possibili mezzi per curarlo. Si vede che la comprensione non è un fine in sé ma è diretta al controllo. Possiamo dire che la classificazione aiuta lo psichiatra in tre modi: nel suo rapporto con sé stesso (la comprensione), nel suo rapporto con i colleghi (la comunicazione), e nel suo rapporto con il paziente o cliente (il controllo); i primi due sono al servizio del terzo¹⁰.

Fra i diversi sistemi di classificazione esistenti, il *DSM-IV*¹¹ dell'Associazione Psichiatrica Americana (APA) è considerato ormai il meglio conosciuto ed il più autorevole, e benché esistano delle discrepanze terminologiche con altri sistemi¹², il *DSM-IV* è divenuto lo standard per il mondo psichiatrico. Nella presentazione della edizione italiana, si legge:

Pur tenendo conto di tutte le ovvie, spesso giustificate, e comunque sempre costruttive critiche, oggi forse neppure in Italia si può fare a meno del DSM: sia come strumento di ricerca, per adeguarsi ai criteri delle grandi riviste internazionali, sia per ancorare la psichiatria ad una ponderata convenzione e ad una base fondata su ampi studi, in modo da allontanarla, per quanto possibile, da malintesi comunicativi e da impostazioni vaghe, elusive, e di conseguenza sterili¹³.

Per quanto riguarda la paranoia, il *DSM-IV* presenta due categorie diverse: la «Schizofrenia» ed il «Disturbo di Personalità».

¹⁰ Per una presentazione completa della classificazione, cf. R. BURKE, *Lack of Discretion of Judgment Because of Schizophrenia: Doctrine and Recent Rotal Jurisprudence*, Roma 1986, 29-44.

¹¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual Fourth Edition*, Washington 1994.

¹² Per esempio, quella di D. DE CARO, *Trattato di Psichiatria*, Torino 1979, 48-62.

¹³ *DSM-IV Criteri diagnostici...* (cf. nt. 8), XVIII.

Nella categoria della schizofrenia troviamo cinque sottotipi: tipo paranoide, tipo disorganizzato, tipo catatonico, tipo indifferenziato, e tipo residuo¹⁴. In quanto la schizofrenia di qualsiasi tipo è già ampiamente studiata nella giurisprudenza matrimoniale¹⁵ e ha pertanto una linea giurisprudenziale abbastanza chiara, mi limito a ricordarne i sintomi caratteristici. Si tratta di un disturbo psicotico che si dimostra con due o più dei seguenti sintomi, ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato (p.es., frequenti deragliamenti o incoerenza), comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico, o sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia, abulia. Per il sottotipo di schizofrenia paranoide (295.30 nella classificazione), si vede inoltre una preoccupazione relativa a uno o più deliri o frequenti allucinazioni uditive. I deliri e le allucinazioni sono tipicamente persecutori o di grandiosità, o ambedue, e possono avere altre tematiche, p.es. la gelosia, la religiosità, ecc. Le allucinazioni possono consistere in una voce che continua a commentare il comportamento o i pensieri del soggetto, o di due o più voci che conversano tra loro¹⁶.

La categoria di «Disturbo di Personalità» è più complicata. Non si tratta più di un episodio psicotico, ma di una modalità fondamentale di organizzazione dell'esperienza che permane nella psiche umana per tutta la durata del ciclo vitale. Il *DSM-IV* elenca tre gruppi — A, B, e C — di disturbi della personalità. Nel Gruppo A trovia-

¹⁴ *DSM-IV* (ed. inglese), 286.

¹⁵ Cf. R. BURKE, «Defectus discretionis iudicii propter schizopreniam: doctrina et recens iurisprudencia rotalis», *Periodica* 73 (1984) 555-570.

¹⁶ *DSM-IV* (ed. inglese), 287.

mo il disturbo paranoide, insieme al disturbo schizoide e al disturbo schizotipico. Come afferma Gabbard, «il pensiero paranoide non è di per se stesso patologico [...] Il disturbo paranoide di personalità è, però, una distinta entità patologica che è indipendente da fattori culturali [...]. Ciò che lo caratterizza è uno stile pervasivo di pensare, sentire e relazionarsi agli altri, particolarmente rigido e invariante»¹⁷. Sette caratteristiche comuni lo definiscono; almeno quattro devono essere presenti per poter farne la diagnosi. Cito il *DSM-IV*:

A. Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri (tanto che le loro intenzioni vengono interpretate come malevole), che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

- 1) il soggetto sospetta, senza una base sufficiente, di essere sfruttato, danneggiato o ingannato;
- 2) dubita senza giustificazione della lealtà o affidabilità di amici o colleghi;
- 3) è riluttante a confidarsi con gli altri a causa di un timore ingiustificato che le informazioni possano essere usate contro di lui;
- 4) scorge significati nascosti umilianti o minacciosi in rimproveri o altri eventi benevoli;
- 5) porta costantemente rancore, cioè, non perdona gli insulti, le ingiurie o le offese;
- 6) percepisce attacchi al proprio ruolo o reputazione non evidenti agli altri, ed è pronto a reagire con rabbia o a contrattaccare;
- 7) sospetta in modo ricorrente, senza giustificazione, della fedeltà del coniuge o del partner sessuale¹⁸.

Queste caratteristiche chiave del disturbo della personalità paranoide sono egosintoniche, cioè i pazienti

¹⁷ G. GABBARD, *Psichiatria psicodinamica; nuova edizione basata sul DSM-IV*, Milano 1995, 393.

¹⁸ *DSM-IV Criteri diagnostici...* (cf. nt. 8), 312-313.

sono convinti di essere sani — sono gli altri che li maltrattano e li tradiscono. Anche se costretti, da parte dei familiari o dei colleghi di lavoro, alla terapia, rimangono scettici sul fatto di essere disturbati dal punto di vista psichiatrico.

I criteri diagnostici, afferma Gabbard, rispecchiano una modalità di pensiero che può essere concettualizzata come uno stile di pensiero paranoide ben distinto.

Questo stile è caratterizzato da una costante ricerca dei significati oscuri, delle tracce rivelatrici della 'verità' che vada oltre il significato apparente della situazione. L'ovvio, il superficiale e l'apparente semplicemente mascherano la realtà. Questa ricerca senza fine comporta una iperattivazione dell'attenzione che si evince dalla circospezione legata a questo continuo e attento controllo. Un individuo paranoide analizza continuamente ciò che lo circonda alla ricerca del particolare insolito — uno stile di pensiero molto oneroso per la tensione fisica ed emozionale. Il paziente paranoide è in pratica incapace di rilassarsi¹⁹.

Il paziente paranoide è normalmente una persona «fredda» con un'affettività molto ristretta o controllata, non dimostra le emozioni, si vanta di essere sempre oggettiva, razionale, le manca un senso di umore, non ride mai, non è mai tenera nei sentimenti, non piange mai.

III. L'analisi strutturale

Il *DSM-IV* non parla delle categorie psicosi e nevrosi, ma piuttosto dei disturbi psicotici e disturbi della personalità. Per cominciare a tradurre questa terminologia in un linguaggio canonico, dobbiamo ammettere che la classificazione del *DSM-IV* offre solo un'insieme di sintomi per poter arrivare ad una diagnosi, sia di

¹⁹ G. GABBARD, *Psichiatria...* (cf. nt. 17), 394.

un disturbo psicotico sia di un disturbo della personalità. Questo sistema di classificazione, possiamo dire, è quantitativo, non qualitativo. Per giudicare la libertà personale e la responsabilità che sono al centro di una causa matrimoniale, dobbiamo fare delle distinzioni qualitative; in altre parole, il giudice ecclesiastico deve essere attento alla **struttura della personalità**. Un'analisi strutturale significa un'analisi fatta secondo la formazione e lo sviluppo delle strutture psichiche essenziali, e non solo secondo i sintomi. Come afferma O. Kernberg, grande protagonista della Analisi Strutturale, «un'approccio strutturale serve come complemento alla classificazione psichiatrica»²⁰. Dove la classificazione del *DSM-IV* potrebbe diventare un aggruppamento meccanicistico di sintomi, un'analisi delle strutture sottostanti della personalità aiuta ad arrivare ad una diagnosi molto più profonda e sofisticata. Si è attenti non solo ai sintomi, cioè al comportamento esteriore, bensì alla struttura psichica della persona²¹.

Senza entrare troppo nelle sfumature dell'analisi strutturale, possiamo qui sottolineare tre elementi fondamentali, di interesse particolari per noi: l'integrazione dell'identità, i meccanismi di difesa, e il confronto con la realtà. Se guardiamo questi tre elementi, il livel-

²⁰ «A structural approach to diagnosis is useful as a complement to psychiatric classification» (O. KERNBERG, «Neurosis, Psychosis, and the Borderline States», in H. KAPLAN – A. FREEDMAN – B. SADOCK (ed.), *Comprehensive Textbook* ..(cf. nt. 1), 1080.

²¹ In un'altro libro, Kernberg spiega che l'analisi strutturale si impiega, «to describe the development and vicissitudes of the structural derivatives of internalized object relations and the various levels of organization of mental functioning in terms of hierarchy of motivational systems that are closely linked to internalized object relations» (*Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, New York 1976, 19).

lo di ciascuno e l'interazione fra loro, possiamo arrivare ad una diagnosi non meramente descrittiva ma che identifica quelle strutture psichiche che determinano la capacità o l'incapacità nella persona di percepire, capire, valutare e decidere²². I tre elementi sono i seguenti:

1. La mancanza di integrazione dell'identità, chiamata diffusione dell'identità, è una disorganizzazione della persona, caratterizzata da sentimenti contraddittori, inconsistenti. La persona non integrata, diffusa, si sente vuota, non riesce ad arrivare ad una visione consistente e significativa di sé. Questa diffusione può essere più o meno severa. Quando sta ad un livello basso, l'individuo è capace di formare un'identità stabile e relativamente coerente. Le immagini contraddittorie che esistono vengono integrate in una più globale concezione della persona²³. Invece, quando la diffusione è più grave, la persona è incapace di relazionarsi adeguatamente con oggetti fuori di sé. L. Rulla presenta questa situazione così: «La persona non può formare un concetto stabile e integrato di sé e dell'oggetto che non fluttui marcatamente in ogni situazione diversa e che non sia contraddittorio. La persona non riesce a formare un'ego trascendente nel senso di una identità che sia allo stesso tempo stabile e non contraddittorio»²⁴. Al livello più

²² G. VERSALDI, «The dialogue between psychological science and Canon Law», in R. SABLE (ed.), *Incapacity for Marriage*, Roma 1987, 64, nt. 29.

²³ G. VERSALDI, «The dialogue...» (cf. nt. 22), 66.

²⁴ «The person cannot form a stable and integrated concept of the self and of the object that does not fluctuate sharply from situation to situation, and which is non-contradictory [...]. It is clear that an individual thus afflicted will have difficulty in forming a 'transcending self' in the sense of an ideal self which is both stable and non-contradictory» (L. RULLA, *Anthropology of the Christian Vocation*, Roma 1986, 183).

severo, la persona è incapace di distinguere fra sé e gli altri, oppure esiste un'identità delirante.

2. I meccanismi di difesa sono la seconda caratteristica strutturale che viene studiata da Kernberg. Qui la qualità importante è il livello di evoluzione o sofisticazione della difesa. Quando il meccanismo è molto sofisticato — come, p.es., la repressione, la intellettualizzazione, la razionalizzazione — la persona ha una struttura abbastanza integrata. Questi meccanismi, che sono presenti in tutti noi, ci difendono dalle tensioni intrapsichiche che sperimentiamo ogni giorno²⁵. Al contrario, i meccanismi più primitivi — come p.es., la proiezione e il diniego — sono presenti nelle persone più diffuse, meno stabili. Le tensioni sono estremamente più forti e l'ego rischia la disintegrazione completa; solo il diniego totale della realtà protegge l'identità così fragile dalla disintegrazione²⁶.

3. La capacità di giudicare la realtà, chiamata pure «test di realtà» oppure «confronto con la realtà», significa la capacità di differenziare l'ego da ciò che non è l'ego, come pure la capacità di differenziare le origini di percezioni e stimoli che sono intrapsichiche da quel-

²⁵ O. KERNBERG, «Neurosis...» (cf. nt. 20), 1083.

²⁶ L'autore spiega così il valore fondamentale della differenza: «That the same defense mechanisms operate in borderline patients and psychotic patients and yet serve different functions can be observed in clinical interviews. When a psychiatrist interprets primitive mechanisms to a patient with borderline personality organization, the patient's functioning immediately improves, if only transitorily, as a result of improved ego integration. Interpretation of those defenses to a psychotic patient, however, brings about further transitory regression in the patient's functioning. Thus, whether the patient immediately improves or deteriorates under the effect of such interpretation contributes in a crucial way to the diagnosis differentiation of borderline organization from psychotic organization» (O. KERNBERG, «Neurosis...», cf. nt. 20, 1084).

le che sono esterne, e infine la capacità di valutare realisticamente la propria affettività, il proprio comportamento ed i propri pensieri in conformità con le norme sociali ordinarie. Questa capacità di valutare le realtà interiori ed esteriori, il mondo interno e il mondo esterno, è presente nella persona strutturalmente integrata, ma manca totalmente alla persona diffusa strutturalmente. Fra questi due estremi, ci sono persone che riescono a valutare la realtà ma l'esperienza soggettiva della realtà è instabile e incoerente. Ci sono delle alternanze, dice Kernberg, nel rapporto con la realtà oggettiva e nel senso soggettivo della realtà²⁷.

Questi tre elementi, dunque — la integrazione dell'identità, i meccanismi di difesa, e la capacità di valutare realisticamente le realtà oggettive e soggettive — vengono considerati per avere un significato qualitativo dei sintomi quantitativi, ci permettono cioè di distinguere una struttura di personalità psicologicamente rilevante da uno stile di comportamento psicologicamente ambiguo. Da questo si potrà distinguere una vera incapacità da una mera difficoltà di prestare un valido consenso matrimoniale.

Per capire meglio la struttura peculiare che viene chiamata "paranoide" ci aiuterà studiare brevemente i due meccanismi di difesa caratteristici del disturbo paranoide di personalità: il diniego e la proiezione. Questi formano il sottofondo dinamico di questo disturbo. Sono complementari, si completano a vicenda²⁸.

Quando ci troviamo in una situazione emozionalmente insopportabile, un conflitto di ansietà, cerchiamo una risoluzione alla tensione. Se siamo integrati, sani, la

²⁷ «...alterations in relationship with reality and in [...] feelings of reality» (O. KERNBERG, «Neurosis...» [cf. nt. 20], 1083).

²⁸ H. LAUGHLIN, *The Ego and its Defenses*, New York 1979, 56.

risoluzione verrà con una più profonda integrazione o con una razionalizzazione. Accettiamo il conflitto, affrontiamo gli elementi che costituiscono la tensione, e lavoriamo per una risoluzione che è realistica. Invece, per la persona paranoide, il conflitto costituisce una minaccia alla propria integrazione di sé talmente grave che la risoluzione avviene con la negazione totale di un elemento, una specie di magia per cui non esiste più la tensione perché non esiste la contraddizione²⁹. Questo viene fatto inconsciamente ed automaticamente, per evitare ciò che si presenta come doloroso e/o intollerabile. La persona effettivamente dice: «Se non lo vedo, se non lo riconosco questo fatto o questo sentimento, non c'è, non esiste». E. Kübler-Ross, nella sua famosa ricerca sulla morte, *On Death and Dying*, afferma che la prima reazione di una persona alla notizia che soffre di una malattia fatale, è di negare il fatto. Nella persona sana, questo meccanismo di difesa è temporaneo, non serve nell'ultima istanza. Per la persona paranoide, invece, il diniego fa parte del suo stile abituale di vita attraverso il quale cerca di neutralizzare l'ansietà ed il conflitto³⁰.

Il meccanismo del diniego è gemellato con quello della proiezione. La proiezione, nella definizione di Freud, è il processo per cui una percezione interna viene soppressa, e il suo contenuto, dopo aver subito una trasformazione, entra nel conscio come una percezione esterna³¹. La persona paranoide non solo nega un fatto o

²⁹ H. LAUGHLIN, *The Ego and its Defenses* (cf. nt. 28), 58.

³⁰ Cf. W. MEISSNER, *The Paranoid Process*, New York 1978, 112.

³¹ S. FREUD, *Psychoanalytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)*, Middlesex, England 1987, 204. Qui Freud sembra identificare la proiezione con la estrinsecazione. Autori più recenti sono attenti a non confonderli. Cf. H. LAUGHLIN, *The Ego and its Defenses...* (cf. nt. 28),

un sentimento, ma lo attribuisce ad altri, lo proietta. Se si sente dentro di sé l'odio, per esempio, nega completamente il fatto e invece attribuisce l'odio ad altri. L'odio viene gettato fuori ed imputato ad altri. Lo stesso vale per l'aggressività, l'amore proibito, ecc. Come nei bambini, ciò che non si riesce a mangiare viene sputato fuori. In questo processo di proiezione, la frontiera fra l'individuo e l'oggetto sparisce, e la confusione che segue è caratterizzata da un'ipersensibilità e ostilità nella persona paranoide e da rancore e risentimento verso il bersaglio innocente. La persona paranoide è confortata quando riesce ad identificare «il nemico», ed è qui la differenza fra proiezione e semplice estrinsecazione, ma le persone che stanno attorno soffrono per le accuse ingiustificate di infedeltà, di aggressività, di malignità.

IV. La Giurisprudenza rotale

Negli ultimi 15 anni, la Rota Romana ha emanato circa 20 sentenze in cause di nullità del matrimonio in cui il disturbo paranoide di personalità figura in modo rilevante³². Le sentenze rotali definiscono cause prove-

221: «Projection is used less exactly in referring to the outward direction of emotion from inward conflicts, a process more properly referred to as Externalization.»

³² Coram PARISELLA, d. 3.vii.80, *SRRD* LXXII, 461-471; coram EWERS, d.27.vi.81, *SRRD* LXXIII, 341-350; coram PINTO, d.12.ii.82, *SRRD* LXXIV, 63-73; coram POMPEDDA, d.19.ii.82, *SRRD* LXXIV, 85-96; coram PINTO, d.27.v.83, P.N. 13.730; coram COLAGIOVANNI, d.9.vii.83, *SRRD* LXXV, 404-410; coram FERRARO, d. 11.x.83, *SRRD* LXXV, 495-500; coram FIORE, d.5.iii.85, P.N. 14.071; coram DI FELICE, d.30.iii.85, P.N. 13.405; coram FIORE, d.30.v.87, P.N. 14.185; coram NEUHAUS, d. 6.vi.87, P.N. 14.521; coram CIVILI, d. 27.i.89, *SRRD* LXXXI, 77-82; coram BRUNO, d. 23.ii.90, P.N. 13.465; coram JARAWAN, d. 6.vi.90, P.N. 15.461; coram DORAN, d. 24.x.90, P.N. 15.574.

nienti da molte regioni del mondo, hanno come *ponentes* una grande varietà di uditori, e offrono delle perizie mediche interessanti ed utili. Non possiamo trattare in questa sede ogni sentenza, ma dopo aver presentato la classificazione psichiatrica del disturbo paranoide della personalità, offro ora alcune osservazioni sulla giurisprudenza rotale in merito³³. Più si studiano le sentenze rotali più ci si rende conto, almeno per quanto riguarda la paranoia, che non c'è, fino ad ora, una chiara giurisprudenza omogenea, coerente. Non deve sorprendere questa prima osservazione, dato che neppure gli psichiatri sono d'accordo su che cosa è, né da dove viene, né su come fare una diagnosi! Comunque sia, penso che le sentenze stesse ci permettono di fare alcune conclusioni provvisorie. Un primo gruppo di osservazioni è sul valore della giurisprudenza; il secondo gruppo mette in rilievo alcuni problemi.

Primo, le decisioni dimostrano una conoscenza ed un apprezzamento delle scienze psichiatriche e psicologiche. Senza eccezione, i giudici ascoltano i periti per chiarire le questioni mediche, gli aspetti psichici della causa. Affermano la necessità per il giudice ecclesiastico di conoscere i diversi sistemi di classificazione delle malattie mentali e i disturbi della personalità. Alcune sentenze, come una c. Doran del 24 novembre 1990, e un'altra c. Bruno del 23 febbraio 1990, citano diretta-

³³ Cf. M. POMPEDDA, *Studi di Diritto Matrimoniale Canonico*, Milano, 1993, 132-133, dove il Decano della Rota Romana afferma: «...la paranoia è recensita fra le anomalie costituzionali dell'uomo: la mente e la coscienza dei soggetti paranoici sono disturbate da turbe di delirio, e ove queste sono gravi i medesimi sono privati della facoltà critica. Tuttavia si deve aggiungere che è ritenuto lieve il difetto di discrezione in coloro che non sono affetti da paranoia ben definita, ma hanno soltanto una costituzione paranoica o sono riconosciuti come falsi paranoici».

mente il *DSM-III* (allora in vigore)³⁴. Non che il giudice debba diventare psichiatra, ma risulta chiaro che una certa familiarità con, per esempio, il DSM, o altri manuali autorevoli aiuta il giudice a chiarire la situazione psichica delle parti.

Secondo, i giudici rotali insistono che il *peritus* adempia il suo mandato con cura e vigore, e che soprattutto la perizia si basi su una metodologia scientifica valida e sui principi stabiliti. Uno studio accurato degli *acta* insieme, se possibile, ad una intervista diagnostica personale è sempre richiesto³⁵. Soprattutto là dove la causa presenta un elemento psichico complesso e difficile, la perizia viene valutata per la sua metodologia, e se il tribunale non accetta i presupposti o il modo di agire del *peritus*, o se il tribunale vede che il *peritus* vuole fare un giudizio sul valore del matrimonio, non esita a fare giuste critiche. Per esempio, leggiamo nella sentenza coram Doran: «Le perizie psichiatriche d'ufficio, che implicano giudizi clinici e medico-legali non si eseguono nemmeno negli USA come sono state eseguite nel caso in esame, tanto più che evidentemente i due periti avevano la piena opportunità di visitare ed esaminare i due periziandi secondo le normali regole clinico-psichiatriche e psicologiche. Invece

³⁴ Coram DORAN: «Uterque peritus, in sua relatione, covento applicat diagnosim personalitatis pranoidae, uti illa diagnosis invenitur in *DSM* curante Americana Associatione Psychiatrica. In ultima editione [III], illa diagnosis ita describuntur» (n. 29); coram BRUNO: «...“Le manifestazioni associate includono ansia non focalizzata, rabbia, spirito polemico e violenza. Spesso viene notata una qualità di interazione personale artificiosa, formale, o estremamente intensa” (*DSM-III-R*, ed. 1988, 247)» (n. 5).

³⁵ Data la situazione particolare della Rota Romana, non è sempre possibile la presenza fisica della parte per una perizia medica; spesso un'attenta lettura degli atti basta per il *peritus*.

pare che si sia trattato solo della presenza dei due periti nell'udienza del Tribunale di primo grado....» (n. 38). In questo caso, un *peritior* è stato chiamato per la sua perizia. Purtroppo, troviamo delle cause in cui il giudice respinge la perizia ma poi non chiama un'altro perito, assumendo lui stesso il compito di giudicare sulla situazione psicologica delle parti³⁶.

Terzo, i giudici rotali sono attenti a distinguere fra una diagnosi, che è una mera descrizione di sintomi, da una parte, e una perizia, che identifica una patologia strutturale sottostante. In altre parole, vediamo emergente un approccio interdisciplinare per arrivare ad una decisione. Nel caso di paranoia, in particolare, la manifestazione di uno stile paranoide non basta per concludere per l'incapacità dell'individuo. La struttura stessa della personalità dev'essere sufficientemente disturbata da togliere la libertà minima necessaria per il consenso matrimoniale³⁷. Il fatto che due terzi delle sentenze sono negative dimostra forse che la paranoia come realtà psichica è in modo particolare difficilmente diagnosticabile. L'analisi strutturale di Kernberg non appare esplicitamente nelle sentenze, ma ciò nonostante vediamo una giurisprudenza con delle sfumature importanti, una giurisprudenza che non insiste in modo categorico sulle allucinazioni o i deliri.

Quarto, i giudici sono unanimi nel mettere a confronto la perizia con le altre circostanze del matrimonio. Questo vale senz'altro per la giurisprudenza rotale in generale. Si nota, soprattutto nelle sentenze più recenti, che i giudici studiano prima la storia del matri-

³⁶ Cf., e.g., coram NEUHAUS, d.16.vi.87: «[...] peritorum locutiones non semper sunt certae, clarae et definitae, sed potius saepe inveniuntur vagae, ambiguae et aliquando obscurae» (n. 10).

³⁷ Cf. M. POMPEDDA, *Studi...* (cf. nt. 33), 72 ss.

monio, il rapporto umano e coniugale, le difficoltà, l'ambiente familiare e culturale. Solo in un secondo momento, dopo cioè aver stabilito il contesto vitale, vanno a vedere il problema psichiatrico. Così la patologia trova il suo contesto realistico e consistente.

Quinto, la distinzione chiave fra incapacità e difficoltà viene sempre più a galla. Anzi, pare che la domanda che i giudici si pongono sia questa: si tratta di una vera incapacità oppure di una grave difficoltà di adempiere gli oneri del matrimonio? Nel campo della paranoia, la domanda è forse ancora più *ad rem*, in quanto i meccanismi di difesa caratteristici della paranoia — il diniego e la proiezione — possono confondere e oscurare il livello di patologia nel soggetto.

Per concludere, alcuni problemi specifici, che possiamo chiamare 1) *contraddizione*, 2) *divergenza di metodo*, 3) *disparità di conclusione*, e 4) *questione aperta*.

1) La contraddizione. In una sentenza coram Pariseffa, i giudici affermano che una "grave paranoia" renderebbe nullo il consenso matrimoniale, mentre una "costituzione paranoide" non avrebbe lo stesso effetto³⁸. Però non spiegano la distinzione né giustificano tale affermazione. Mi pare che sia precisamente una costituzione paranoide e non uno stile paranoide o una semplice paranoia a rendere nullo il consenso. Questo è solo un'esempio di come una confusione terminologica può creare delle contraddizioni. Un'altro esempio:

³⁸ Coram PARISEFFA, d. 3.vii.80, *SRRD* LXXII, 461-471. «Utrum scilicet res sit de iis qui vere eaque gravi paranoia afficiantur, an de iis, qui tantum constitutione paranoica onerentur; vel de iis qui uti falsi paranoici dignoscantur, qui mente infirmi, nec clinica nec forensi significatione, sunt existimandi» (n. 21).

in un'altra sentenza leggiamo: «quidquid est de exacta diagnosi, in casu, facere non possumus quin profiteamur conventum, matrimonii tempore, non solum anxietatis neurosi, verum etiam psychosi affectum fuisse»³⁹. Dopo aver ammesso che una diagnosi psichiatrica non era possibile, i giudici affermano una precisa diagnosi di psicosi, rivelando così una certa confusione nella classificazione psichiatrica e assumendo loro l'ufficio del *peritus*.

2) La divergenza di metodo. Si tratta della metodologia usata dai giudici nella valutazione della perizia medica, e nell'ammissione o il rigetto della medesima. Il problema sorge quando in alcune sentenze vediamo l'ammissione di perizie veramente deboli, mentre in altre il rigetto di perizie che sembrano valide. In concreto, alcuni giudici richiedono in modo categorico una diagnosi psichiatrica specifica; altri no. Alcuni insistono su una patologia mentale, altri no. Come interpretare le parole di Giovanni Paolo II in merito: «Una vera incapacità è ipotizzabile solo in presenza di una seria forma di anomalia che, comunque si voglia definire, deve intaccare sostanzialmente le capacità di intendere e/o di volere del contraente»⁴⁰. Sembra che nel concreto, ci siano due metodi diversi, quasi due scuole di giurisprudenza.

3) Disparità di conclusione. Segue da quanto detto sopra che, se un *corpus* di sentenze rotali hanno delle contraddizioni interne e delle divergenze di metodo, avranno pure una disparità nelle conclusioni. In una sentenza, la diagnosi medica era "depressione nevrotica" e i giudici hanno concluso che si trattava di una psicosi e così hanno dichiarato nullo il matrimonio. In un'altra,

³⁹ Coram FERRARO, d. 11.x.83, *SRRD* LXXV, 495-500, n. 14.

⁴⁰ AAS 79 (1987) 1457.

l'altro estremo: la diagnosi era "disturbo paranoide di personalità" ma i giudici, nell'assenza di allucinazioni nel contraente, si sono pronunciati negativamente.

4) *Questione aperta.* Ciò che rimane per la giurisprudenza rotale in materia di paranoia è la domanda: come inserire le categorie psichiatriche, ed in particolare il disturbo paranoide di personalità, nelle categorie canoniche? Fra le 20 sentenze studiate, una aveva come capo di nullità il c. 1095, 1°, mancanza di uso di ragione, 12 avevano il c. 1095, 2°, difetto di discrezione di giudizio, e 7 avevano il c. 1095, 3°, incapacità di assumere gli obblighi. Questo dimostra evidentemente che non abbiamo ancora la chiarezza necessaria nel campo della psichiatria riguardante la paranoia. La giurisprudenza rotale sta studiando la problematica, sta cercando un'approccio interdisciplinare per favorire il dialogo fra scienze mediche e scienze giuridiche. Ci auguriamo che arriverà a presentare una linea coerente nella materia riguardante la paranoia e i suoi effetti sul consenso matrimoniale.

MICHAEL P. HILBERT, S.J.