

Art. LXXXIV. LA CLASSIFICAZIONE DELLE “DEVIANZE” IN PSICHIATRIA FORENSE (*)

FERNANDO LIGGIO

La classificazione delle cosiddette “*devianze*” costituisce l’aspetto fondamentale della “*Psichiatria forense*” e si identifica, inevitabilmente, con la classificazione tipologica delle condotte criminali. Fino agli albori del secolo scorso si distinguevano due categorie di condotte criminali, una dipendente da anomalie della struttura cerebrale — sia congenite (sia o no a trasmissione ereditaria) che casualmente acquisite, soprattutto in età evolutiva, quali esiti di eventi patogeni — e l’altra dipendente da fattori disadattivi ambientali. Finché, nell’ultima metà del secolo scorso numerose ricerche scientifiche sul determinismo del comportamento deviante hanno ormai ben documentato che questo deriva dalla risultante della concomitanza delle seguenti quattro categorie di fattori, distinti in “*predisponenti*” (di ordine genetico-costituzionali), “*conformanti*” (particolari *imprinting* e condizionamenti negativi continuamente rinforzati da un ambiente socio-parentale diseducativo durante tutto l’arco dell’età evolutiva, conformante l’apprendimento di precoci esperienze antisociali, conseguenti a frustranti metodi educativi di tipo punitivo) (1), “*facilitanti*” (postumi di distocie perinatali e di pregresse cerebropatie acquisite, esiti di pregressi traumi cerebrali, abusi di sostanze tossiche come assunzione di alcolici, droghe disinibenti, ecc.) e “*scatenanti*” (aggressioni, offese, sgarbi, privazioni di necessità vitali, ecc.) che nelle più varie combinazioni (2) inducono quella alterazione psicologica, convenzionalmente indicata col termine “*psicopatìa*”, che si estrinseca con una varietà di azioni aberranti socialmente riprovevoli, pur non avendo le note caratteristiche sintomatologiche proprie di una tipica “*malattia mentale*”, nonostante rientri nella medesima definizione (3) in quanto è pur sempre una “*disarmonia mentale*” (4) che, comunque, comporta disordini della condotta. Ma il termine “*psicopatìa*” (“*psuchv*” = “*anima*” e “*paVqoV_S*” = “*sofferenza*”, che potrebbe essere tollerato se usato per indicare uno stato di “*sofferenza psichica*” in senso lato, è criticabile perché la sua etimologia non rispecchia il concetto che gli si fa rappresentare. Infatti, tale termine è comunemente usato per indicare i disturbi della “*personalità*”, sia dovuti a fattori costituzionali che ad esiti di pregresse “*malattie cerebrali*” [in ambedue i casi non si può applicare il concetto di “*malattia*”: nel primo caso la “*personalità*” è forgiata in maniera diversa della “*norma*” e non ammalata, nel secondo caso è diversa dalla “*norma*” per particolare adattamento consecutivo all’esito di pregressa “*malattia*” (5) che in atto non esiste più. D’altra parte, nel caso che la “*personalità*” si fosse malstrutturata a causa di cattive esperienze ambientali, come sostengono alcuni psicogenisti, la “*malattia non esiste affatto*”], per cui l’individuo non riesce ad integrarsi nel proprio contesto socio-culturale e col suo comportamento arreca disordine sociale trasgredendo spesso le “*norme morali*” di buona convivenza. Per questo ultimo motivo Pritchard (1835) definì proprio con la dizione “*insania morale*” il quadro clinico che attualmente è etichettato col termine “*psicopatìa*”. La dizione di “*insania morale*” divenne popolarissima in seguito alla pubblicazione dell’articolo “*Moral Insanity*” di Gouster (1878). Ma, appena dieci anni dopo la dizione “*insania morale*” fu sostituita con la dizione “*inferiorità psicopatìca*” coniata da Koch (1888), da cui ha avuto origine la diffusione del termine “*psicopatìa*” e dell’espressione “*personalità psicopatìca*” con cui sono stati etichettati un’enorme varietà di soggetti con disturbi del contegno, tanto che Hunt (1944) giustamente ha affermato quanto segue: «...La dizione “*personalità psicopatìca*”, così com’è comunemente intesa, è priva di utilità nella ricerca psichiatrica [...]. Essa non si riferisce ad un’entità comportamentale specifica. Serve da cestino dei rifiuti, nel quale si delega un gruppo di disturbi e disordini della personalità non altrimenti classificabili...». Tuttavia, Slater (1946) è del parere che «...se si dovesse eliminare completamente questa dizione si sarebbe costretti ad inventarne una equivalente oppure a trascurare tutta una serie di fenomeni di estrema importanza psicopatologica...». Nel 1952 l’A.P.A. (American Psychiatric Association), come precisano

(*) Lezione svolta il 6 maggio 2008 al Corso Post-Universitario Di Formazione Professionale in **PSICOLOGIA GIURIDICA, PSICOPATOLOGIA E PSICHIATRIA FORENSE** della Scuola Medica Ospedaliera di Roma.

Cleckly (1959) e Tenkins (1960), ha proposto la sostituzione del termine “*psicopatico*” con il termine “*sociopatico*” limitando il concetto di “*psicopatìa*” al “*disturbo della personalità sociopatica con reazione antisociale*”. Questa definizione della “*psicopatìa*” come indicativa di specifica sindrome riguardante i disturbi personologici (McCord e McCord, 1964), sembra ormai un’acquisizione definitiva stabilizzatasi da ben oltre quarant’anni nonostante le continue critiche. Spesso gli “*psicopatici*” sono anche definiti “*disadattati*” e, specialmente se in età evolutiva, “*caratteriali*” o “*comportamentali*” (strani termini anche questi poiché ogni individuo possiede un “*carattere*” ed esterna un “*comportamento*”!). In definitiva, la caratteristica fondamentale degli “*psicopatici*” consiste essenzialmente nella “*anempatia*” e nella ostinata incorreggibilità del comportamento antisociale. Il termine recente “*sociopatìa*”, usato invece del termine “*psicopatìa*”, appare più conforme al significato poiché è proprio la società a soffrire maggiormente per l’anomalo comportamento di questi individui anche se tale termine sarebbe più esatto per indicare un disordine nel contesto sociale che induce sofferenza all’intera società. Comunque, gli “*psicopatici*” sono sempre dei “*devianti*” anche se non si possono considerare dei veri e propri “*malati mentali*” (6). Essi hanno una “*mentalità*” aberrante sui generis ma non una “*mente malata*”, sebbene per la loro particolare condotta corrono il rischio di divenire anche “*malati di mente*” con molta facilità (ad esempio è dimostrativa la notevole frequenza di “*psicopatici*” fra gli alcolisti ed i tossicodipendenti in genere). Da vari autori sono stati descritti “*stati psicopatici*” post-encefalitici. A riguardo Henderson (1939) riferisce che fra gli individui con postumi di pregressa encefalite “*Quelli che precedentemente erano modelli di virtù e di buona condotta si trasformano in libertini e fannulloni*”; la Bender (1942) in un numero notevole di bambini post-encefalitici ha riscontrato un comportamento caratterizzato da incapacità inibitoria con aggressività abnorme; Silverman (1943) ha rilevato che nelle anamnesi del 36% degli “*psicopatici*” si riscontrano annotazioni di pregresse lesioni cerebrali consecutive a traumi perinatali da parto distocico, a traumatismi cranici incorsi durante l’infanzia, ecc.; Cottlieb e Coll. (1946) hanno riscontrato nel 38% degli “*psicopatici*” i medesimi rilievi anamnestici osservati da Silverman (1943); Stafford-Clark e Coll. (1951) hanno riscontrato nelle anamnesi del 45% di “*psicopatici*” carcerati il rilievo di epilessia o di pregresso trauma cranico.

In definitiva, da quanto esposto si deduce che nella classificazione delle cosiddette “*devianze*” si devono fare rientrare tutti i comportamenti antisociali (7) derivati da alterazioni delle strutture noetiche cerebrali devolute al controllo inibitorio delle azioni compulsive dannose per gli altri e sconvenienti per le derivabili conseguenze a proprio danno. Infatti, il “*criminale*” è un individuo privo di capacità inibitoria che agisce sotto l’impulso delle tendenze istintive o per reazione impetuosa a determinati stimoli esterni, pur non essendo affetto da una tipica “*malattia mentale*” né da “*deficienza mentale*”. Pertanto, egli, al pari dei “*malati mentali*” e dei “*deficienti mentali*”, non dovrebbe essere considerato responsabile dei propri atti antisociali. Tuttavia, la collettività sociale deve avere l’obbligo di premunirsi e salvaguardarsi da coloro che sono socialmente nocivi, ma senza ricorrere a metodi punitivi che, essendo inevitabilmente frustranti, oltre ad essersi dimostrati del tutto inefficaci, si sono rivelati esasperanti la tendenza aggressiva (Rosenzweig, 1934; Mc Donald, 1938; Barker e coll., 1941; Hewwitt e Jenkins, 1946; Dollard e Coll., 1957; Liggio, 1968a-b; ecc.). D’altra parte, il “*volere*” consiste in quella capacità mentale raggiunta evolutivamente dalla specie umana — la quale è l’unica a possedere la capacità di “*mente-ire*” — che permette di scegliere l’alternativa di decidere se consentire la spontanea realizzazione o se inibire l’attuazione di ciò che si desidera, persino se il “*desiderio*” riguarda l’espletamento di un “*appetito*”, consistente nella spinta automatica a soddisfare le funzioni vegetative (impulso alimentare, riproduttivo, ecc.) essenziale in tutto il regno animale. Ma, come ha ben sottolineato Arieti (1972), «...La capacità di desiderare trae origine dalla capacità di immaginare, che gli animali subumani non posseggono. [...]. L’appetito invece è una condizione fisica [comune a tutti gli animali] perché si basa su uno stato fisio-biologico dell’organismo [...],

mentre il desiderio presuppone delle rappresentazioni mentali (immagini, parole, ecc.) ed il suo potere risiede nei significati che a queste si attribuiscono. Mentre un animale [non umano] è spinto solo da appetiti [...], l'essere umano è motivato da tutti i desideri che riesce a concepire con i suoi infiniti processi concettuali...». Quindi, il “*libero arbitrio*” nel “*volere*” l'attuazione del “*desiderio*” consiste nell'illusione di “*aver voluto*”, illusione che compare nell'introspezione cosciente se le istanze noetiche socioculturali (“*Superio*”), engrafizzate nel sistema neuronale dei poli frontali (aree soppressorie funzionanti tramite il neuromediatore inibitorio GABA) non ne hanno inibito (8) l'esecuzione. Infatti, come ormai è stato sperimentalmente dimostrato (9), nessun cervello umano, sia sano che alterato, è libero di attuare intenzionalmente le proprie azioni, con la conseguenza che non sussiste né merito per le buone azione né demerito per quelle cattive. Pertanto, si deve dedurre che ogni individuo si comporta inesorabilmente come la struttura ed il funzionamento del proprio cervello permette, da ciò ne deriva che il concetto di “*colpa*” e di “*pena*” è un residuo dell'irrazionalità atavica. La conoscenza dell'“*imputabilità*” e di incorrere a subire la relativa “*pena*” non può avere alcun effetto deterrente, come erroneamente si continua a credere (10), poiché non può in alcun modo retroagire sulla dinamica di una determinata struttura cerebrale, tuttavia serve a tranquillizzare la gran massa degli ingenui che si ritengono di “*buona volontà*” pur non avendone merito! Ormai è ben documentato che le pene detentive incentivano la disposizione a delinquere, tanto che l'eminente psichiatra penitenziario James Gilligan (2001) non ha esitato ad affermare che «...la maniera migliore di trasformare una persona tranquilla in un individuo violento è mandarla in prigione» e che è stata inequivocabilmente dimostrata una notevole correlazione diretta tra eccessiva disparità economica fra gli individui di una data popolazione e frequenza di condotta omicidaria (Hsieh e Pugh, 1993). Mentre, in realtà, come ha chiaramente dimostrato Irwin (2005), le sbandierate finalità della punizione detentiva (quali la riabilitazione e la deterrenza) non hanno alcun effetto in tal senso in nessun caso, ma ciò nonostante la deleteria disumana punizione detentiva, notevolmente dispendiosa, è ostinatamente mantenuta per l'illusione di poter trarre “*benefici politici*” ingannando i cosiddetti “*onesti cittadini*” di classe media dall'essere protetti dal “*pericoloso sottoproletariato criminale*”! Pertanto, le “*Organizzazioni Governative*” dovrebbero decidersi ad abolire completamente le superaffollate antigeniche “*Carceri*”, anziché costruirne altre nonostante l'irrimediabile notevole carenza di personale di assistenza, e provvedere a prevenire le cause agendo su i fattori “*conformanti*”, “*facilitanti*” e “*scatenanti*” ed a smettere di coltivare la “*connivenza*” con le “*Organizzazioni Criminali*” invece di incarcerarne sporadicamente alcuni esponenti al semplice scopo di illudere i cittadini sprovvisti della continua lotta contro la “*criminalità*”!

Note

(1) Da numerose ricerche specifiche si è rilevato una correlazione diretta tra punizioni corporali subite durante l'infanzia e comportamento violento di ogni genere esercitato da adulti. Inoltre si è constatato che sistematicamente tutti i peggiori criminali da bambini sono stati costantemente minacciati e percossi dai loro genitori ed anche da altri “*educatori*” (Hunt, 1991).

(2) Ad esempio, Burns e Swedlon (2003) hanno pubblicato un caso emblematico di un individuo di 40 anni divenuto improvvisamente pedofilo in seguito all'insorgenza di un tumore della corteccia cerebrale orbito-frontale, ritornato normale dopo l'asportazione di detto tumore. Infatti, la corteccia orbito-frontale ha la funzione inibitoria dei comportamenti antisociali, la cui perdita funzionale induce ad anomalie della capacità di giudizio ed a conseguente comportamento sociopatico. Pertanto, con ogni evidenza il predetto individuo pur avendo il fattore predisponente alla pedofilia già prima del tumore riusciva ad inibirla tanto da non esserne neppure cosciente di averla, finché la lesione tumorale non l'avesse resa attiva ed, al ripristino delle funzione inibitoria l'individuo è ritornato a poter controllare l'attività ritenuta antisociale. D'altra parte, come recentemente, hanno dimostrato Shiffer e Coll. (2007), la R.M. cerebrale di ben 18 pedofili compulsivi, confrontati con un campione di 24 soggetti normali, ha evidenziato che nei pedofili la densità dei neuroni è significativamente minore in specifiche aree cerebrali del “*sistema frontostriatale*” (in particolare: “*ipotalamo*”, “*setto pellucido*”, “*nucleo basale della stria terminale*”, “*amigadala*”, “*substantia innominata*” e “*cervelletto*”) (Fig. 1). A riguardo, gli autori sottolineano che chiunque manifesta «...comportamenti

compulsivi presenta tali tipo di anomalie nella corteccia orbitofrontale e un alterato sviluppo di questa area cerebrale riduce la capacità di controllare gli impulsi ed i comportamenti dipendenti...».

(3) «...per MALATTIA MENTALE si deve intendere qualsiasi alterazione strutturale o funzionale, che indipendentemente dalla sede e dalle concause patogenetiche, interferisce nella normale estrinsecazione dell'“attività nervosa superiore” dell'essere umano con conseguenti anomalie obiettive del comportamento, disturbanti le relazioni interpersonali...» (Liggio, 1980). Nella suddetta definizione di MALATTIA MENTALE non è stata inclusa la possibile eventualità che la sofferenza sia limitata nell'introspezione del soggetto come semplice disagio interiore, come si verifica nelle cosiddette “Neurosi”, senza dilagare in manifestazioni esteriori, poiché tale inclusione avrebbe infirmato il concetto di obiettività della definizione stessa che deve indicare con certezza la constatabilità di ciò che vuole definire. Inoltre, si deve precisare che la differenza sostanziale tra la “malattia” in genere e la “psicopatìa” è data dal fatto che solo la prima è un evento processuale, cioè ha un inizio, un decorso ed un esito, il quale può risultare o in guarigione (“*restitutio ad integrum*”) o in difetto o in morte. Mentre, la “psicopatìa” ha già implicite le caratteristiche difettuali.

(4) Il fatto che gli “psicopatici” possono considerarsi dei “disarmonici mentali” è confermato dal riscontro in questi soggetti della stessa distribuzione di Q.I. che si riscontra nei soggetti non “psicopatici” ma con un profilo decisamente disarmonico se si esaminano i valori dei singoli sub-tests che misurano specificatamente i vari fattori intellettivi (Gurvitz, 1947). Infatti, è stato documentato che gli “psicopatici” possono avere, ad esempio, una capacità di ritenzione mnemonica superiore a quella dei soggetti non “psicopatici” con pari Q.I. totale (Sherman, 1957).

(5) Infatti, il termine “malattia” deriva dal participio congiunto latino “*mala apta*” (“*mala*” nominativo ed accusativo plurale del sostantivo neutro “*malum = sofferenza*” ed “*apta*” nominativo ed accusativo plurale neutro del participio passato del verbo “*apio = attacco, applico, infliggo*”), quindi “*mala aptia*” e, per crasi, “*mala attia*” che, pertanto, significa “sofferenze inflitte”. Inflitte, come si credeva, dal fantomatico “Dio” tramite i suoi “Demoni” allo scopo di punire in vita gli esseri umani per i “peccati” commessi!

(6) Secondo la suddetta assurda credenza, allorché i “Demoni” invadono il corpo degli esseri umani possono prendere possesso anche della “mente”, fenomeno indicato in latino con l'espressione “*mente capta*” (“*mente catturata*”) da cui deriva il termine “*mentecatto*”, rendendo i soggetti passivi, cioè “pazzi”, (tale termine deriva dal verbo latino “*patior passus sum pati*” che significa “essere assoggettati”, “essere soggiogati”), in balia del loro nefando volere.

(7) Le caratteristiche di tali comportamenti antisociali nel “*ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*” (World Health Organization, 1992) sono stati elencate nel gruppo convenzionalmente indicato con la denominazione “*Disturbo di personalità antisociale*”, come segue: «indifferenza ed insensibilità per i sentimenti degli altri; grossolana persistente tendenza all'irresponsabilità ed alla negligenza delle norme, delle leggi e degli obblighi sociali; incapacità di mantenere relazioni durature nonostante non vi siano difficoltà ad instaurarle; tolleranza molto bassa per le frustrazioni e bassa soglia per la scarica dell'aggressività, compresa la violenza; incapacità a provare senso di colpa e a trarre profitto dall'esperienza, particolarmente dalle punizioni; marcata propensione ad incolpare gli altri o ad offrire razionalizzazioni plausibili per i comportamenti che hanno portato il soggetto ad entrare in conflitto con la società».

(8) A riguardo si ritiene opportuno precisare che dal verbo latino “*inhibere*” (“*bloccare*”, “*impedire*”, “*sospendere*”, “*proibire*”, ecc.) deriva il termine “*inibizione*” adottato dai neurofisiologi, nella seconda metà del XIX° secolo, per indicare quella particolare funzione cerebrale «...che ostacola od impedisce il manifestarsi di un'azione e che l'affievolisce o l'arresta se era già in atto» (Oddi, 1898) per cui, secondo le più recenti acquisizioni, l'azione non impedita da tale attività costituirebbe l'atto volitivo, impropriamente considerato come “*libero arbitrio*”. Ormai è ben documentato che tale attività è svolta dalle cosiddette “*aree soppressorie*” (costituenti il substrato anatomico del cosiddetto “*Superio*” psicoanalitico) – localizzate nei poli frontali della neocorteccia cerebrale, i cui neuroni hanno come neuromediatore sinaptico il GABA (*acido γ -butirrico*) – che entrano in azione a seconda dell'informativa delle istanze noetiche socio-culturali dell'epoca e del luogo per cui, ad esempio, gli Esquimesi non si inibiscono nell'offrire all'ospite le prestazioni erotiche della propria moglie. Tale usanza è anche presente in molte popolazioni della Siberia orientale, come tra i Koriak, ecc.

(9) Kornhuber e Decker (1965) hanno evidenziato che ogni atto considerato volontario è preceduto da un lento innalzamento della negatività bioelettrica cortico-frontale iniziante 800-1000 msec. prima che un soggetto compia un'azione “*apparentemente volontaria*” che da loro è stato chiamato “*readiness potenzial or Bereitschaftspotential*” (“*potenziale di prontezza o potenziale di preparazione*”) (P.P.). Ciò ha suggerito a Libet (1965) che vi potesse essere una discrepanza tra l'“*inizio dell'attività cerebrale*” e il tempo in cui appare l'“*intenzione cosciente*” di compiere un atto ritenuto volontario, facendogli intuire che se la “*volontà cosciente si verifica dopo l'inizio del P.P. si sarebbe dovuto respingere il concetto di Libero arbitrio*”. Quindi, dopo ben dodici anni di riflessione e di studio su tale intuizione, Libet e Coll. (1983) sono riusciti ad approntare una sofisticata procedura sperimentale che ha permesso di dimostrare l'evidenza che l'attività cerebrale determinante un'azione in apparenza volontaria inizia inconsciamente molto prima che appaia nell'introspezione cosciente la percezione di averla voluta. Ma, tale presa di coscienza può far decidere se permettere la realizzazione dell'atto motorio oppure di metterne il “*veto*” bloccandone la procedura di attuazione (Libet, 1985). Ciò avviene specialmente qualora l'azione progettata è considerata socialmente inaccettabile oppure egodistonica. Le predette evidenze inducono a considerare in una maniera diversa del consueto il ruolo della “*volontà cosciente*” e del “*libero arbitrio*” nel determinismo delle azioni umane. Le azioni umane non possono essere

“volute”, ma “controllate” cioè “permesse” o “impedite” (Libet e Coll., 1991-1992; Libet, 1993-1994-1996-1997-1999-2001-2003; ecc.). In particolare, Libet (2004) sottolinea quanto segue: «...Durante gli esperimenti, i soggetti riferivano che in loro compariva un desiderio o un impulso ad agire, ma che lo sopprimevano o lo vietavano. [...]. Il soggetto poteva vietare un’azione programmata per essere compiuta in un tempo prestabilito [...]. Tutti noi e non solo i soggetti degli esperimenti, abbiamo sperimentato il porre un veto ad un impulso spontaneo a compiere un’azione. Spesso questo accade quando l’impulso ad agire ha una qualche conseguenza socialmente inaccettabile. [...]. Il libero arbitrio non inizia un processo volontario, ma può tuttavia controllarne il risultato: può imporre un veto attivo al processo impedendo l’azione o, viceversa, può permettere all’azione di procedere [...]. Se il processo cerebrale che dà inizio ad un atto avvertito come liberamente volontario è un processo inconscio, la sensazione di aver iniziato coscientemente il processo diventa paradossale. Sappiamo che diveniamo consapevoli dell’impulso (o desiderio) di agire *prima* dell’effettivo atto motorio, cosa che può far nascere la sensazione di aver consciamente dato il via al processo. Ma la sensazione di aver dato inizio all’atto ritenuto volontario non può essere valida; non siamo consapevoli che il processo sia, in realtà, iniziato inconsciamente. [...]. Il cervello “produce” una consapevolezza di qualcosa solo dopo un periodo di 0,5 sec. di attivazioni neuronali appropriate. [...]. Un processo di libero arbitrio implica che una persona può essere considerata responsabile della propria scelta di agire o non agire. Le persone non sono ritenute responsabili delle azioni compiute inconsciamente, senza possibilità di controllarle in modo cosciente. Per esempio, le azioni di una persona compiute durante una crisi epilettica o durante una crisi della sindrome di “*De La Tourette*” (come, ad esempio, urlare epiteti socialmente sconvenienti), non sono considerate azioni volontarie. Allora perché si dovrebbe considerare come azione volontaria un evento sviluppato in modo non cosciente in un individuo normale e perché tale individuo dovrebbe essere ritenuto responsabile di questa azione se esiste un processo sul quale l’individuo non ha un controllo cosciente?...». D’altra parte, Wegner (2002) ha apportato attendibili conferme dell’illusione del “libero arbitrio”, dimostrando che «...le persone hanno esperienza della volontà cosciente quando interpretano i propri pensieri come la causa delle loro azioni...» e che «...l’esperienza della volontà cosciente è del tutto indipendente da ogni reale connessione causale tra i pensieri e le azioni...». Pertanto, è ormai ampiamente dimostrato che non si può essere “capaci di volere” o “incapaci di volere” nel determinismo di un’azione, ma “incapaci di inibire” o “capaci di inibire” l’effettuarsi di un’azione. Inoltre, è anche evidente che finché la giurisprudenza continua ostinatamente a non scindere la “capacità di intendere” dalla “capacità di volere” — che in realtà si tratta della “capacità di discernere le azioni da non inibire da quelle di dover inibire e di poterle inibire” — nonostante sia ormai scientificamente dimostrato che si può essere nel contempo capaci di intendere ed incapaci di volere (cioè di discernere le azioni da inibire e di poterle inibire) e viceversa, non potranno essere valutati adeguatamente tutti i casi da giudicare! Si pensi ai numerosi casi in cui pur avendo piena “capacità di intendere” non si è avuta la capacità di potersi inibire (evenienza in progressiva crescita per l’incremento della diffusione di droghe disinibenti)!

(10) Infatti, a causa dell’irremovibile plagio esercitato dalla “religione” fin dalla prima infanzia sulla mente umana in formazione, si suole ancora ignorantemente credere che il comportamento degli esseri umani sia da loro premeditato per “libero arbitrio” — di cui sarebbero stati dotati, rispetto agli altri animali, per speciale concessione da parte del presunto “Dio” creatore, al fine di poter essere giudicati e penalizzati in caso d’iniquità comportamentale! — mentre in realtà il comportamento umano scaturisce dalla risultante della sequenza di determinati eventi neuronali (Wegner, 2002). D’altra parte, la dimostrazione più convincente di ciò è data dal seguente constatazione. Se, ad esempio, si dice ad un individuo, prima di essere sottoposto ad ipnosi, che quando sarà risvegliato qualora udirà la parola “amore” dovrà abbracciare e baciare il figlioletto, egli eseguirà l’azione avvertendo nell’introspezione cosciente un motivo pienamente razionale per abbracciare e baciare il suo bambino e motiverà l’azione, ad esempio, dicendo che il piccolo si è mostrato “meritevole” ed avrà l’illusione di aver deliberatamente voluto compiere l’azione. Il cervello umano non dispone di capacità di “libero arbitrio” al pari di qualsiasi altro organo somatico. Il cervello è un complesso organo, consistente in un insieme di componenti biologici conformanti un sistema di “elaborazione dati” al fine di progettare e realizzare azioni, ma che non possiede la minima capacità di “libero arbitrio” come non la possiede alcun computer anche se, a differenza del più sofisticato di questi il cervello umano è capace di introspezione cosciente per cui l’individuo ha l’illusione di decidere volontariamente la realizzazione delle proprie azioni, nonostante che queste in realtà scaturiscono dalla risultante della sequenza stocastica di processi predeterminati, per il semplice motivo di non averne potuto inibirne l’attuazione. L’individuo umano avverte nell’introspezione cosciente il desiderio di scegliere e decidere la realizzazione di un dato comportamento e, solo se non è riuscito ad inibirne l’attuazione, avverte inevitabilmente la convinzione illusoria di averlo deliberatamente voluto, poiché l’evoluzione naturale, per una imponderabile finalità adattiva, ha selezionato nell’ambito della coscienza umana, come precisa Searle (2004), la “convinzione incrollabile della libertà di volere”. A riguardo, è significativo il fatto che, nonostante la disposizione genetica ad uccidere fosse presente in tutte le specie animali, si attiva automaticamente come prassi obbligata soltanto nelle specie animali privi delle strutture neuronali inibitorie — strutture presenti solo nella specie umana in proporzione diretta dello sviluppo delle aree specifiche, cosiddette “soppressorie”, indovate nei poli frontali del mantello neocorticale — specialmente nelle situazioni di insufficiente disponibilità delle risorse alimentari. Infatti, come è stato evidenziato da Carpenter (1942), le scimmie madri, ad esempio, in situazione di carenza alimentare non solo allontanano i piccoli dal carente cibo disponibile, ma giungono persino ad ucciderli, tanto che in una colonia di 350 scimmie resus in un anno di carestia il numero di figli uccisi fu uguale a quello delle nascite.

BIBLIOGRAFIA

- Arieti S.: *«The Will to be Human»*, New York, 1972.
- Barker R.G., Dembo T., Lewin K.: *«Frustration and regression: an Experiment with Young Children»*, Iowa City, 1941.
- Bender L.: *«Post-encephalitic Behavior Disorder in Childhood»* in Neal J.: *«Encephalites»*, New York, 1942.
- Burns J.M., Swedlow R.H.: *«Right orbitofrontal tumour with pedophilia symptoms and constructional apraxia sign»*, Archives of Neurology, 60, 437, 2003.
- Carpenter C.R.: *«Societies of monkey and apes»*, Atti del Biological Symposium, New York, 1942.
- Cleckly H.: *«Psychopathic States»*, New York, 1959.
- Dollard J., Miller N.E., Doob L.W., Mowrer O.H., Sears R.R.: *«Frustration and Aggression»*, New Haven, 1957.
- Gilligan J.: *«Preventing Violence»*, New York, 2001.
- Gottlieb J.S., Ashley M.C., Knott J.R.: *«Primary Behavior Disorders and the Psychopathic Personality»*, Archives of Neurology and Psychiatry, 56, 359, 1946.
- Gouster M.: *«Moral Insanity»*, Revue Des Sciences Medical, 5, 181, 1878.
- Gurvitz M.: *«Intelligence Factor in Psychopathic Personality»*, Journal of Clinical Psychology, 3, 194, 1947.
- Henderson D.: *«Psychopathic States»*, New York, 1939.
- Hewitt L.E., Jenkins R.L.: *«Fundamental patterns of maladjustment»*, Springfield, 1946.
- Irwin J.: *«The Warehouse Prison: Disposal of the new dangerous class»*, Cary, 2005
- Hunt J.M.: *«Personality and the behaviour Disorders»*, New York, 1944.
- Hunt J.: *«Then Reasons Not Hit Your Kids»*, Appendix "D" in Miller A.: *«Breaking Down the Wall of silence»*, New York, 1991.
- Koch I.L.A.: *«Die Psychopathischen Minder Wertigkeiten»*, Ravensburg, 1891.
- Kornhuber H.H., Deecker L.: *«Hirnpotential änderungen bei Willkürbewegungen und passiven Bewegungen des Menschen: Bereitschaftspotential und reafferente potentiale»*, Pflügers Archiv, 284, 1, 1965.
- Libet B.: *«Cortical activation in conscious and unconscious experience»*, Perspectives in Biology and Medicine, 9, 77, 1965.
- Libet B., Gleason C.A., Wright E.W., Pearl D.K.: *«Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activities (readiness-potential): The unconscious initiation of a freely voluntary act»*, Brain, 623, 1983.
- Libet B.: *«Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action»*, Behavioral and Brain Sciences, 8, 529, 1985.
- Libet B., Pearl D.K., Morledge D.E., Gleason C.A., Hosobuchi Y., Barbara N.M.: *«Control of the transition from sensory detection to sensory awareness in man by the duration of a thalamic stimulus: the cerebral "time-on" factor»*, Brain, 114, 1731, 1991.
- Libet B., Wright E.W., Feinstein B., Pearl D.K.: *«Retroactive enhancement of a skin sensation by a delayed cortical stimulus in man: Evidence for delay of a conscious sensory experience»*, Consciousness and Cognition, 1, 367, 1992.
- Libet B.: *«The neural time factor in conscious and unconscious events»*, in Wiley J., Sons Ch.: *«Experimental and Theoretical Studies of Consciousness»*, Ciba Foundation Symposium, 174, 123, 1993.
- Libet B.: *«A testable field theory of mind-brain interaction»*, Journal of Consciousness Studies, 1, 119, 1994.
- Libet B.: *«Solutions to the hard problem of consciousness»*, Journal of Consciousness Studies, 3,

33, 1996.

- Libet B.: «*Conscious mind as a force field: A reply to Lindhal & Arhem*», *Journal of the Theoretical Biology*, 185, 137, 1997.
- Libet B.: «*Do we have will?*», *Journal of consciousness Studies*, 6, 47, 1999.
- Libet B.: «*Consciousness, free action and the brain*», *Journal of consciousness Studies*, 8, 59, 2001.
- Libet B.: «*Timing of conscious experience*», *Consciousness and Cognition*, 12, 321, 2003.
- Libet B.: «*Mind Time. The Temporal Factor in Consciousness*», Cambridge, 2004.
- Liggio F.: «*Aggressività ed effetti correttivi con metodi a controreazione negativa e con metodi a controreazione positiva*», *Acta Neurol.*, 23, 860, 1968.
- Liggio F.: «*Meccanismi neurobiologici indotti da stati frustranti cronici e relativa interferenza nell'estrinsecazione delle attività mentali*», *L'Ospedale Psichiatrico*, 36, 335, 1968.
- Liggio F.: «*L'equivoco della "Malattia mentale"*», *Lav Neuropsichiat.*, 67, 77, 1980.
- MacCord W., MacCord J.: «*The Psychopath an essay on the criminal Mind*», New York, 1965.
- MacDonald M.W.: «*Criminally aggressive behaviour in passive-effeminate boy*», *Amer. Jour. Orthopsych.*, 8, 70, 1938.
- Oddi R.: «*L'inibizione*», Torino, 1898.
- Pritchard J.C.: «*A Treatise on Insanity*», Philadelphia, 1835.
- Rosenzweig S.: «*Need persistive and ego-defensive reactionea*», *Rev. Psychol.*, 1, 48, 1941.
- Schiffer B., Peschel Th., Paul Th., Gizewsk E.F.M., Leygraf N., Schedlowski M., Krueger T.H.C.: «*Structural brain abnormalities in the frontostriatal systems and cerebellum in pedophilia*», *Journal of Psychiatric Researc*, 41, 753, 2007.
- Searle J.R.: «*Mind. A Brief introduction*», Berkeley, 2004.
- Sherman L.J.: «*Retention in Psychopathic, Neurotic and Normal Subjects*», *Journal of Personality*, 25, 721, 1957.
- Silverman D.: «*Clinical Studies of Criminal Psychopaths*», *Archives Neurology and Psychiatry*, 50, 18, 1943.
- Slater E.T.O.: «*Psychopathic Personality as a Genetical Concept*», *Journal of mental Science*, 94, 227, 1948.
- Stafford-Ckllark D., Pond D., Doust J.W.L.: «*The Psychopath in prison: A Preliminary Report of a Cooperative Research*», *British Journal of Delinquency*, 2, 117, 1951.
- Tenkins R.L.: «*The Psychopatic or antisocial Personality*», *The Journal Nervous and mental Disease*, 131, 218, 1960.
- Wegner D.M.: «*The Illusion of Conscious Will*», Cambridge, 2002.
- World Health Organization: «*ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*», 1992.