

HERVEY CLECKLEY

La maschera della salute

*Un tentativo di chiarire alcune questioni
sulla personalità psicopatica*

Edizione italiana curata da
Cristiano Barbieri, Luigi Janiri e Alberto Passerini

Prefazione di *Isabella Merzagora*
Introduzione di *Cesare Maffei*

Collana **La sofferenza della mente**
diretta da M. DI GIANNANTONIO E L. JANIRI



Alpes Italia srl, via G. Romagnosi 3 - 00196 Roma
tel. 0639738315 – e-mail: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

© Copyright

Alpes Italia srl Via G. Romagnosi, 3 – 00196 Roma, tel./fax 0639738315

Quinta Edizione – Copyright 1988 Emily S. Cleckley

Edizione precedente protetta da copyright 1941, 1950, 1955, 1964, 1976 dalla CV Mosby Co.

I edizione, 2023

HERVEY MILTON CLECKLEY (1903-1984) laureato nel 1924 presso l'Università della Georgia (UGA) di Athens e all'Università di Oxford, in Inghilterra nel 1926 (Bachelor of Arts). Dottorato presso la University of Georgia Medical School ad Augusta nel 1929. Professore di Psichiatria e Neurologia presso il Medical College of Georgia e Primario di Psichiatria e Neurologia presso l'Ospedale Universitario di Augusta. Nel 1955 Professore Clinico di Psichiatria e Neurologia presso la Facoltà di Medicina e Presidente Fondatore del Dipartimento di Psichiatria e Comportamento della Salute. Consulente Psichiatrico al Veterans Administration Hospital di Augusta e all'ospedale militare di Camp Gordon.

CRISTIANO BARBIERI, Professore di Medicina Legale e delle Assicurazioni nel Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Pavia. Membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Criminologia. Member Associate American Academy of Forensic Science.

LUIGI JANIRI, Professore di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; Professore di Psicologia Clinica delle Psicosi, LUMSA, Roma; Membro Società Psicoanalitica Italiana; Direttore Istituto di Psicoterapia Psicodinamica Integrata.

PASSERINI ALBERTO, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta G.I.R.E.P. (Groupe International du Réve-Eveillè en Psychanalyse di Parigi), Fondatore della S.I.S.P.I.* , Milano.

Prefazione di **ISABELLA MERZAGORA**, Ordinario di Criminologia, Università degli Studi di Milano, Past President della Società Italiana di Criminologia.

Introduzione di **CESARE MAFFEI**, Psichiatra, Psicoterapeuta, Professore Emerito di Psicologia Clinica Università Vita-Salute San Raffaele, Past-President della International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD), Past-President della Società Italiana per la Dialectical Behavior Therapy (SIDBT).

In copertina: *Self-portrait with mask* (Martiros Sarian, 1933).

Ringraziamenti per aver contribuito alla traduzione:

LAURA ARNABOLDI, Psicologa, S.I.S.P.I.* , Roma

ELENA MERCURI, Medico Legale, S.I.S.P.I.* , Milano

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633 e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

* S.I.S.P.I. (Scuola Internazionale di Specializzazione con la Procedura Immaginativa), Milano - www.sispi.eu

Indice generale

PREFAZIONE ALLA V EDIZIONE	VII
PREFAZIONE ALLA I EDIZIONE	XI
PREFAZIONE di <i>Isabella Merzagora</i>	XIII
PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA	
di <i>Cristiano Barbieri, Luigi Janiri e Alberto Passerini</i>	XXIII
INTRODUZIONE di <i>Cesare Maffei</i>	XXXIII
NOTA DEI TRADUTTORI	XXXVIII

PRIMA SEZIONE – CENNI SUL PROBLEMA

1. La salute mentale: un concetto multiforme	3
2. Conformismo culturale che occulta la patologia	9
3. Casi tutt'altro che isolati	14
4. Metodo di presentazione	16

SECONDA SEZIONE – CASI CLINICI

PARTE I – Il disturbo nel pieno della sua manifestazione clinica

5. Max	23
6. Roberta	36
7. Arnold	44
8. Tom	50
9. George	55
10. Pierre	60
11. Frank	71
12. Anna	77
13. Jack	91
14. Chester	96
15. Walter	102
16. Joe	111
17. Milt	120
18. Gregory	127
19. Stanley	132

PARTE II – Manifestazioni o sintomi del disturbo incompleti

20. La maschera nel nucleo psicopatologico	143
21. Lo psicopatico, uomo d'affari	146
22. Lo psicopatico, uomo di mondo	149
23. Lo psicopatico, gentiluomo	151
24. Lo psicopatico, scienziato	155
25. Lo psicopatico, medico	157
26. Lo psicopatico, psichiatra	160

TERZA SEZIONE – CATALOGAZIONE DEI CASI CLINICI

PARTE I – Orientamento

27. Problemi linguistici che confondono il concetto	173
28. Chiarimenti sull'approccio	183

PARTE II – Confronto con altri disturbi

29. Scopo	190
30. Lo psicotico	191
31. I disturbi simili alla psicosi ma incompleti o meno gravi	194
32. Lo psiconevrotico	201
33. Il disturbato mentale	204
34. Il criminale comune	205
35. Altri disturbi del carattere o del comportamento, inclusa la delinquenza	210
36. Un caso circoscritto di disturbo del comportamento	214
37. Omosessualità e altre deviazioni sessuali	224
38. Genio e follia	229
39. L'edonista imprudente e altri tipi di bevitori	242
40. L'alcolismo cronico	247
41. Il finto malato	250
42. Personaggi letterari di interesse psichiatrico	250
43. La psicopatia nella storia	258

PARTE III – Profilo clinico

44. Sintesi e orientamento	267
45. Fascino e intelligenza	268
46. Assenza di deliri o pensieri irrazionali	268
47. Assenza di nervosismo o manifestazioni psiconevrotiche	269
48. Inaffidabilità	269
49. Falsità e menzogne	270
50. Mancanza di rimorso o vergogna	271
51. Comportamento antisociale inadeguatamente motivato	271
52. Mancanza di giudizio e incapacità di imparare dall'esperienza	273
53. Egocentrismo patologico e incapacità di amare	273
54. Relazioni affettive povere	275
55. Assenza di consapevolezza	276
56. Insensibilità nelle relazioni interpersonali	279
57. Comportamenti assurdi con o senza assunzione di alcol	280
58. Il suicidio come episodio raro	282
59. Rapporti sessuali promiscui e impersonali	283
60. Mancanza di rispetto per qualsiasi progetto di vita	286

QUARTA SEZIONE – ALCUNE DOMANDE PRIVE DI RISPOSTA

PARTE I – Che cosa hanno di sbagliato questi pazienti?

61. Ipotesi di base	289
62. Il concetto di disturbo di personalità	296
63. Ulteriori ipotesi	305
64. Aspetti regressivi	313
65. Supposizioni e prove	318

PARTE II – Che cosa si può fare?

66. Malattia e colpa	329
67. Competenza giuridica e responsabilità penale	333
68. Trattamento o controllo	344

APPENDICE	355
-----------------	-----

<i>Bibliografia</i>	361
---------------------------	-----

PREFAZIONE ALLA V EDIZIONE

La I edizione di questo libro è stata il frutto dall'esperienza clinica, che ho maturato con i pazienti psicopatici adulti e di sesso maschile, ricoverati in istituto. Sebbene molti altri fossero giunti alla mia attenzione, la maggior parte dei concetti presentati nel 1941 provenivano da questo gruppo di studio. Nel decennio successivo, il campione è diventato molto più diversificato. Un gran numero di donne, adolescenti e persone che non erano mai state ricoverate in un ospedale psichiatrico si è reso disponibile per lo studio, offrendomi l'opportunità di osservare altri aspetti di questo disturbo.

L'ampliamento dell'esperienza clinica, i commenti alla prima edizione, le illuminanti discussioni con i colleghi e l'approfondimento della letteratura scientifica mi hanno indotto a modificare alcuni dei concetti formulati circa dieci anni prima. Accingendomi a rimaneggiare il libro in vista della seconda edizione (1950), mi sono reso conto che non avrei reso adeguatamente giustizia all'argomento limitandomi a fare qualche aggiunta, cancellazione o piccola modifica. Avrei dovuto scriverne uno nuovo.

In vista della terza edizione, pubblicata nel 1955, ho apportato le variazioni e le integrazioni strettamente necessarie. Alcune recensioni mi hanno fatto capire che nelle precedenti edizioni non ero riuscito a trasmettere, in modo sufficientemente preciso ed adeguato, il concetto che volevo esprimere. Sono rimasto talmente colpito dall'uso che Henry Head fece del termine "semantico" per descrivere un tipo di afasia complesso e ancora poco chiaro, che ho scelto proprio quell'aggettivo per indicare il disturbo di personalità. Alcuni lettori sono stati fuorviati da questo termine, finendo per credere che alla base di questo disturbo vi fosse un deficit linguistico. Altri, travisando le mie parole, hanno dedotto che il paziente psicopatico non avrebbe mai potuto cogliere il senso profondo della vita. Pertanto mi sono impegnato a esporre la mia tesi in modo più chiaro e preciso possibile.

Rispetto alla prima edizione di questo libro, l'American Psychiatric Association ha apportato molte revisioni della nomenclatura. Nel 1958, la definizione di "personalità psicopatica" è stata cambiata con quella di "personalità sociopatica" che a sua volta è stata sostituita, nel 1968, da "personalità antisociale". Come la maggior parte degli psichiatri, preferisco utilizzare il termine "psicopatici" per riferirmi ai protagonisti di questo libro. A volte, ho adoperato le espressioni "personalità sociopatica" o "antisociale", come sinonimi, per designare i pazienti affetti da questo specifico disturbo.

Sebbene nelle passate edizioni io non sia riuscito a trovare un'efficace terapia da proporre a questi soggetti, sono stato contattato da pazienti psi-

copatici di ogni tipo e provenienti da ogni località degli Stati Uniti e del Canada. A manifestare l'interesse maggiore erano le famiglie, i genitori, le mogli, i mariti e i fratelli, che stavano cercando invano una cura e una struttura che gestisse i loro cari.

Sono state proprio le tante telefonate che ho ricevuto da Chicago, Denver, Boston e dalle Indie occidentali e le numerose lettere speditemi da Miami e Vancouver a farmi capire che la psicopatia è una malattia tutt'altro che rara. Continuo a ricevere lettere da medici, sociologi, psicologi e studenti provenienti dall'Europa, da Paesi collocati dietro la cortina di ferro, dall'India, dall'Australia e da altri remoti angoli del mondo. Una volta ho addirittura ricevuto un commento da un medico che viveva in Antartide. Tutto questo mi ha indotto a pensare che lo psicopatico rappresenti un enigma che nessuno è ancora riuscito a risolvere. Sono ancora convinto che si tratti di un problema che non ha ricevuto la dovuta attenzione.

Pur non avendo offerto una cura per la psicopatia, credo che questo libro sia servito a chiarire ai familiari di questi pazienti i gravi problemi con cui devono avere a che fare. So che molti psichiatri e molti altri medici hanno consigliato ai parenti di psicopatici di leggere *La Maschera della Salute*. La risposta di queste persone mi ha fatto capire che gli sforzi per portare avanti questo studio non erano stati vani.

Anche se siamo ancora lontani dall'obiettivo di offrire una soluzione terapeutica, l'aver acceso i riflettori sul problema è già qualcosa.

Ancora oggi, trentaquattro anni dopo la pubblicazione della prima edizione di questo libro, ogni settimana ricevo diverse lettere scritte da mogli, genitori, fratelli o altri parenti di psicopatici. La maggior parte di loro mi ha fatto realizzare che questo libro ha permesso a molte persone di capire comportamenti che prima erano incomprensibili. Sono molto grato per queste generose e gentili espressioni di approvazione. Le centinaia di lettere che mi ringraziano anche per un così modesto risultato mi incoraggiano a credere nell'utilità di questa quinta edizione.

È un privilegio ringraziare amici, colleghi e altri che mi hanno aiutato e incoraggiato nell'espore i miei pensieri e nel preparare il materiale per questo libro.

Non sarebbe stato possibile scriverlo senza la costante assistenza di mia moglie Louise Cleckley, che negli anni ha dedicato molto del suo tempo non solo alla dattilografia e alla correzione di bozze, ma anche allo sforzo di articolare i concetti.

Il Dr. Corbett H. Thigpen, mio socio da molti anni, ha contribuito in modo determinante allo sviluppo e alla revisione di questo lavoro. Le osservazioni e le idee che ha espresso durante le innumerevoli ma sempre piacevoli e stimolanti ore di confronto, hanno influenzato profondamente

le mie conclusioni. Senza la sua infinita generosità nel sollevarmi per lunghi periodi dall'insegnamento e dall'attività clinica, non avrei mai potuto scrivere questo volume.

Ringrazio per motivi simili B.F. Moss, J. Chambers e S.S. Mc Garity Jr., J. Creson e da W. Thigpen che mi hanno aiutato a chiarire diversi punti salienti. Per la preparazione della quarta edizione gli sforzi di C.C. Fulghum sono stati indispensabili. È un piacere ringraziare M. York, L. Tingle, P. Lilly e P. Satcher, le segretarie che con gentilezza mi hanno aiutato più di una volta, e mia figlia, M. Cleckley Creson, il cui costante sostegno è stato di inestimabile valore.

La pubblicazione, a lungo ritardata, di questa quinta edizione de *La Maschera della Salute* è stata possibile grazie al generoso contributo di L. Thigpen. Ricorderò sempre con profonda gratitudine i suoi sforzi nell'aiutarmi a organizzare il materiale e a riformulare nel modo più efficace i concetti più difficili.

La sua solerzia nella gestione delle scadenze e la sua sagacia nel tenermi alla larga da equivoci e da errori nei momenti di maggior pressione, sono stati straordinari.

Hervey Cleckley

PREFAZIONE ALLA I EDIZIONE

Questo libro è nato da un'idea che ho coltivato mentre partecipavo alle riunioni di un grande ospedale neuropsichiatrico, durante le quali si discutevano centinaia di casi clinici come quelli qui riportati. Tra noi psichiatri c'è sempre stata un'accesa divergenza di opinioni riguardo allo stato di questi pazienti. Non si è mai capito quale fosse effettivamente il loro problema. Sebbene rappresentino un serio problema sia sanitario che sociale, le società scientifiche competenti non hanno mai proposto una soluzione terapeutica adeguata.

Solo quando ho assunto l'incarico di docente a tempo pieno presso la Facoltà di Medicina dell'Università della Georgia, mi sono reso conto di quanti pazienti psicopatici affollassero i reparti degli ospedali, gli ambulatori neuropsichiatrici e le comunità. Oltre alla terapia, anche la scelta delle strutture in grado di accoglierli rappresenta un punto critico, per non parlare della comunicazione con i parenti, della gestione giudiziaria da parte dei tribunali e del rapporto con i medici curanti.

Vorrei qui esprimere la mia gratitudine a R.T. O' Neil, a W.M. Dobson, a M.K. Amdur, a O.R. Yost e a M.M. Barship per il loro incoraggiamento e i loro consigli su questo e su altri problemi neuropsichiatrici. Ho imparato molto da loro durante i miei anni alla United States Veterans Administration.

Ringrazio J.M. Caldwell del Corpo medico dell'esercito degli Stati Uniti, C. Mettler, P. Mulherin, F.A. Mettler, L. Allen e R. Greenblatt, tutti afferenti alla Facoltà di Medicina dell'Università della Georgia, per avermi aiutato nella stesura di questo lavoro. Non posso non menzionare i colleghi degli altri dipartimenti della Facoltà di Medicina che, sebbene non direttamente coinvolti nello studio, con gentilezza e spirito di collaborazione hanno fornito un valido e costante supporto al Dipartimento di Neuropsichiatria. Ringrazio in particolare D.G.L. Kelly, J.H. Sherman, C.G. Henry, E.E. Murphey, P. Volpito, R.F. Slaughter, R.H. Chaney, W.J. Cranston, H.T. Harper, L. Lee e J.D. Gray.

Un ringraziamento va a L. Geeslin, a C.M. Templeton, a J. Weaver, a A. Kelly e a Du Bose Eggleston dell'ospedale universitario, per il loro lodevole impegno nel promuovere la neuropsichiatria.

Un grazie alla mia segretaria, Miss Julia Littlejohn, che ha contribuito alla realizzazione di questo libro.

Ringrazio B. Fleming, illustre romanziere e D. Parson, noto poeta, per aver gentilmente condiviso con me il loro prezioso punto di vista.

Devo molto a W.R. Houston, ex Professore di Clinica Medica della Facoltà di Medicina dell'Università della Georgia, ora Professore a Austin, in Texas. Oltre ad essere stato il mio primo insegnante di psichiatria, è per me un importante punto di riferimento.

Voglio ringraziare V.P. Sydenstricker, Professore di Medicina della Facoltà di Medicina dell'Università della Georgia che, con la sua straordinaria preparazione e la sua inesauribile energia, mi ha sempre spronato a dare il massimo.

Infine devo esprimere la mia gratitudine verso il Dr. Sydenstricker del Dipartimento di Neuropsichiatria per il costante incoraggiamento, il generoso aiuto e la grande ispirazione.

Hervey Cleckley
Augusta, Georgia, 1941

PREFAZIONE

Imbecillità morale e imbecillità sociale

“Ma io non voglio andare in mezzo ai matti”, fece osservare Alice. ‘Oh, qui non ci puoi far niente,’ disse il Gatto, ‘siamo tutti matti qui. Io sono matto. Tu sei matta’”
(Lewis Carroll, *Alice nel paese delle meraviglie*)

Il libro di Hervey Cleckley è particolarmente importante per gli psichiatri e gli psicologi, com'è ovvio, ma anche per i criminologi, gli psicopatologi forensi, i giuristi, noi tutti perché si pone niente meno che il problema della distinzione fra malattia mentale e devianza, fra *mad* e *bad* per usare un efficace gioco di parole anglofono.

Il voler porre tale distinzione è una necessità presente da tempo nelle nostre scienze. È proprio Cleckley a ricordarci la categoria dell'“imbecillità morale”, termine usato dagli psichiatri e dai criminologi ottocenteschi per indicare gli individui a cui sembra mancare un lato del prisma psichico, quello empatico. Già nell'Ottocento Georget, l'allievo di Esquirol, aggiungeva con candida probità: “non è d'altronde consolante per l'umanità poter attribuire all'infermità mentale alcuni di quei misfatti che la disonorano?”¹.

Per la criminologia la distinzione fra follia e devianza comportamentale è forse più facile a fissarsi perché si sa che i reati – che sono il riferimento su cui conviene si fondi per non dilatare il novero dei comportamenti da censurare e punire – sono culturalmente dati. Basti pensare che una delle teorie esplicative della criminalità è la “teoria dei conflitti culturali” di Sellin². Ma la psichiatria non è da meno, visto che almeno dal 1904 esiste un'etnopsichiatria.

Anche dal punto di vista storico per la psicopatologia le cose mutano: “Stando in preghiera, nella festa del glorioso San Pietro, vidi presso di me – o piuttosto sentii, perché non vidi nulla con gli occhi del corpo né con quelli dell'anima –, mi parve, dico, di vedere presso di me Gesù Cristo. [...] sentivo perfettamente che egli era sempre al mio fianco destro, era testimone di tutte le mie azioni, e per poco che fossi in raccoglimento o che non fossi distratta, non potevo ignorare la sua presenza accanto a me”: queste parole, se pronunciate da una qualsiasi persona oggidì comporte-

1 Georget, 1825 e 1826, in: Fornari U., *Monomania omicida – Origini ed evoluzione storica del reato d'impero*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1997, p. 41.

2 Sellin T., Culture conflict and crime, New York: *Social Science Research Council, Bulletin*, 41, 1938

rebbero *eo ipso* una diagnosi, e fra le più “pesanti” del repertorio psichiatrico; scritta, viceversa, da Teresa d’Avila intorno alla metà del Cinquecento³ le guadagnano l’onore degli altari.

Le streghe erano ben reali per gli uomini del Cinque-Seicento, e c’erano manuali di semeiotica in materia.

E poi ancora, l’ira funesta del Pelide Achille lo qualifica come eroe o come affetto da Disturbo Esplosivo a seconda della cultura in cui è inserito; la gelosia di Otello, anche se non era condivisibile nell’esito letale, era perlomeno comprensibile per i lettori di Shakespeare.

Nessuno stupore: semplicemente allora e secondo quella cultura, quelle convinzioni erano culturalmente compatibili.

Shakespeare è citato anche da Cleckley, e anzi fra le pagine più godibili del suo libro ci sono proprio quelle in cui fa riferimento a taluni personaggi storici, a scrittori, ad artisti e a personaggi letterari dimostrando che risponderebbero a una diagnosi di psicopatia, e fra i personaggi degli scrittori citati non potevano mancare quelli descritti da Dostoevskij, caro anche ai criminologi che hanno scritto che: “Ha insegnato (e conseguentemente capito) più cose Dostoevskij riguardo al delitto che tutta quanta la criminologia in cento anni di ricerca”⁴ (d’altra parte, se un libro si intitola “Delitto e castigo”...).

La fratellanza dei temi di questo libro con i criminologi ritorna nel paragone fra genio e follia: “Genio e follia” intitola Cleckley il suo paragrafo 38, *Genio e follia* intitola Lombroso le prime edizioni di quello che nel 1888 diventerà *L’uomo di genio*, dove gli esempi di geni folli sono molteplici; fra i molti Napoleone, Molière, Giulio Cesare, Petrarca, Pietro il Grande, Swift, l’immane Dovstoevskij coi suoi personaggi⁵.

Cleckley si chiede se certe eccentricità, certe devianze dalla norma siano da reputarsi epifenomeno della malattia di mente, e fa l’esempio dei profeti che predicano la fine del mondo con affermazioni che si dimostrano non meno fantasiose dei deliri dei pazienti “rinchiusi in ospedali psichiatrici”, rincara sulla necessità di un riferimento culturale scrivendo che “Per avere l’esatta percezione della persona il cui comportamento indica un disordine, è necessario conoscere il contesto in cui vive”, per l’oggi, cita coloro che nutrono la convinzione che la terra sia piatta. Resisto alla tentazione di fare l’esempio degli attuali complottisti No-vax.

Comunque, una domanda da porci di fronte a un comportamento deviante è se esso sia o non sia culturalmente e socialmente compatibile.

³ Santa Teresa d’Avila, *Autobiografia*.

⁴ Francia A., Verde A., *Criminologia e scienze umane: appunti per la ripresa di un dialogo*, in: Ceretti A., Merzagora I. (a cura), *Criminologia e responsabilità morale*, Cedam, Padova, 1990.

⁵ Lombroso C., *L’uomo di genio in rapporto alla psichiatria, alla storia e all’estetica*, sesta edizione, Fratelli Bocca, Torino, 1894.

Esiste una “normalità” statistica, esiste una “normalità” – normatività – etica e giuridica, esiste una “normalità” psicopatologica. Ma per gli esperti sono cose diverse. E l’Autore lo sa bene: “Alla luce del fallimento dei tentativi di quest’uomo di comportarsi ‘normalmente’ negli anni, non c’è da stupirsi che molti concordassero nel dire che egli era infermo di mente”, scrive.

“Ricordo un uomo d’affari di tutto rispetto”, scrive Cleckley e poi dedica un intero paragrafo, il 21esimo, allo psicopatico uomo d’affari.

Qui Cleckley è profetico.

Anche se già Lombroso e i lombrosiani avevano scritto del “brigantaggio bancario” e della sua pericolosità, dei “venerati se non venerabili”⁶, e anche se possiamo ricordare una frase di Sutherland a proposito dei criminali dal colletto bianco da lui studiati: “Solitamente non sono infastiditi dalla coscienza”⁷ (una delle caratteristiche più salienti degli psicopatici è infatti l’incapacità di provare rimorso), per parlare esplicitamente di psicopatia occorrerà aspettare Hare che riporta numerosi casi di psicopatici impegnati in frodi, raggiri finanziari, bancarotte fraudolente⁸.

A settant’anni dall’opera di Cleckley, Boddy attribuisce (parte) dell’attuale crisi finanziaria globale alla presenza ai vertici di molte grandi aziende, e in particolare di quelle finanziarie, di persone con numerose caratteristiche tipiche degli psicopatici, quando non di veri e propri psicopatici⁹.

Dal canto loro, e ancor più di recente, degli studiosi italiani hanno somministrato lo *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R) a 40 manager nostri compatrioti: uno di costoro ha raggiunto i criteri per la prototipica personalità psicopatica, altri hanno totalizzato punteggi significativi ad alcune singole scale¹⁰.

Lascio a chi è più competente la discussione in merito all’identità fra il concetto di psicopatia e la diagnosi di Disturbo Antisociale. Sicuramente però alcune analogie ci sono, a cominciare dalla “incapacità di conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di atti passibili di arresto”, poi il mentire ripetutamente, l’assenza di rimorso, l’impossibilità di avere relazioni autentiche e

6 Lombroso C., Ferrero G., Sui recenti processi bancari di Roma e Parigi, *Archivio di psichiatria*, XIV, pp. 193 e sgg., 1893.

7 Sutherland E.H., La criminalità dei colletti bianchi e altri scritti, ed. a cura di Ceretti A., Merzagora I., UNICOPLI, Milano, 1986.

8 Hare R.D., *La Psicopatia – Valutazione diagnostica e ricerca empirica*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, ed. 2003.

9 Boddy C.R., *Corporate Psychopaths – Organisational Destroyers*, Palgrave Macmillan, London, 2011; Boddy C.R., The Corporate Psychopaths Theory of the Global Financial Crisis, *Journal of Business Ethics*, 102:255-259, 2011.

10 Merzagora I., Travaini G., Pennati A., *Colpevoli della crisi? Psicologia e psicopatologia del criminale dal colletto bianco*, FrancoAngeli, Milano, 2016.

profonde, le capacità manipolatorie e di persuasione, l'arroganza, il fascino superficiale, l'incapacità di assumersi responsabilità, quella di mantenere la parola data. Forse il Disturbo Antisociale, così come definito nelle varie edizioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, è in qualche modo l'erede del concetto di psicopatia, magari per il tramite dell'altro concetto, quello di "sociopatia". Segno, comunque, dell'esigenza di descrivere questi tipi di soggetti e di ospitarli fra coloro che richiamano l'attenzione degli psichiatri.

Hervey Cleckley più volte fa riferimento all'ambito delle perizie sulla capacità di intendere e di volere, e qui per l'Italia occorre ricordare la sentenza 9163/2005 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione che ha stabilito: "Anche i 'disturbi della personalità', come quelli da nevrosi e *psicopatie*¹¹, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli articoli 88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa".

"È evidente" – ci mette però sull'avviso l'Autore – "che il termine medico di 'folle' è diverso dalla definizione giuridica"; e se "È necessario cambiare alcuni dei nostri criteri giuridici [...] Questo non significa che tutte le persone che mostrano le stesse caratteristiche di questo genere debbano essere considerate come totalmente incapaci". Peraltro: "credo di essermi sbagliato nel dare l'impressione che tali pazienti debbano essere sempre considerati responsabili per le azioni compiute".

Rimane una certa ambiguità, non tanto e non solo di Cleckley, ma della psicopatologia in generale e della psicopatologia forense in particolare, forse dovuta al fatto che se si ripercorrono i criteri per fare la diagnosi di psicopatia (e di Disturbo Antisociale) si trovano comportamenti più che sintomi.

È malato colui il cui unico o almeno più eclatante "sintomo" è il comportamento?

Anzi, di più, il comportamento è un sintomo?

L'Autore è accorto e ci avverte che "Un numero considerevole di azioni deplorabili non sono di per sé motivo, però, per considerare una persona 'psicopatica'; poi però pure: "Tutti i tentativi di interpretare il disordine dello psicopatico non forniscono la prova che esista un disturbo e che questo sia grave. Per avere una prova attendibile dobbiamo esaminare il suo comportamento".

Dei suoi pazienti ci dice anche: "troviamo che nessuno di loro spontaneamente chiede aiuto".

Quindi? Quindi appunto forse non sono "pazienti" e forse non sono "malati".

¹¹ Il corsivo è mio.

Per Cleckley i soggetti che definisce psicopatici malati lo sono – appunto intitolata il suo lavoro “La maschera della salute” – e afferma: “sembra necessario postulare che la psicopatia è una vera e propria malattia”; “Ha comunque un grave deficit psichiatrico che non può essere trascurato”.

Benchè siano ben diversi dagli psicotici, dai nevrotici, da coloro che sono affetti da ritardo mentale, che siano malati lo afferma più volte, e con decisione, forse perché ciò è coerente alla sua formazione e alla sua professione. Lui propone numerosi esempi di questi psicopatici, ma noi criminologi vediamo talora ben di peggio.

Magari sarebbero da considerare anche ulteriori distinzioni.

Già a metà del Novecento, Karpman descriveva tutti gli psicopatici come bugiardi, imbroglioni, privi di riguardo per gli altri, incapaci di rimorso, ma poi potevano distinguersi due tipi diversi di psicopatia: la “psicopatia alla Cleckley” (*cleckleyan psychopathy*), o “primaria” contrassegnata da audacia, irresponsabilità, bisogno di gratificazione immediata, mancanza di ansia, la cui eventuale aggressività è per lo più strumentale; e la “psicopatia criminale” (*criminal psychopathy*) o secondaria, più centrata sull’aggressività impulsiva e reattiva, che sortisce facilmente in una carriera delinquenziale grave e persistente¹².

Simon usa i termini “psicopatici aggressivi” e “psicopatici passivi”; questi ultimi sono caratterizzati dall’essere parassitari, dallo sfruttare gli altri, e, quand’anche incorrano in problemi giudiziari, intanto commettono reati dei colletti bianchi, e poi (o perciò) riescono a sottrarsi alle punizioni e alle più gravi conseguenze. In ogni caso, aggiunge: “lo psicopatico medio, quello di tutti i giorni, che sta in mezzo a noi (e dentro di noi) appare al mondo esterno come un modello di normalità”¹³. Osservazione, questa, che ci deve però far riflettere sul rischio di porre etichette diagnostiche ad un modo di essere solo perché è indesiderabile, di nuovo a confondere ciò che è *mad* da ciò che è *bad*.

Pure il tipo di aggressività sarebbe diverso: strumentale nei primari, espressiva negli psicopatici secondari. Gli psicopatici secondari, comunque, hanno uno stile comportamentale maggiormente improntato alla risposta impulsiva e sono inclini a commettere reati convenzionali; gli psicopatici secondari perpetrano più facilmente reati economici.

Cleckley dedica un paragrafo all’uomo d’affari psicopatico, poi un altro allo psicopatico gentiluomo, uno allo psicopatico scienziato, quindi allo psicopatico medico (anche allo psicopatico psichiatra), insomma a quei tanti che pur ben inseriti professionalmente hanno le caratteristiche di “imbecillità sociale” da lui descritte.

12 Karpman B., On the need of separating psychopathy into two distinct clinical types: the symptomatic and the idiopathic, *Journal of Criminal Psychopathology*, 3, 112–137, 1941.

13 Simon R.I., *I buoni lo sognano, i cattivi lo fanno*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013.

Egli dedica poi un paragrafo, il 34esimo, al “criminale ordinario”, indicandone le distinzioni rispetto allo psicopatico, scrivendo fra l’altro che “Il tipo psicopatico, per come l’ho visto, di solito non commette omicidi o altri reati, che prontamente incontrano gravi pene detentive”, e: “il grande gruppo di disturbi della personalità che personalmente ho studiato e per cui la diagnosi è stata applicata costantemente, differisce nettamente da un gruppo di criminali comuni”. “Per come l’ho visto”, “che personalmente ho studiato”, ma appunto lui ha come ambito la clinica, noi criminologi il carcere e le persone descritte dall’Autore, anche i casi da lui riportati, sono soggetti che si comportano male, talora delinquono, certamente procurano dispiaceri alla società, ai loro cari, ai loro amici, ma non solo noi criminologi vediamo anche peggio, e pure la Storia ha visto ben di peggio a dimostrare che senza distinguere in modo netto fra folli e malvagi il rischio è alto.

La prima pubblicazione de *The mask of sanity* è del 1941, ancora le peggiori atrocità non tutti le sapevano, anche se Cleckley sapeva chi era e com’era Hitler, perché scrive degli atteggiamenti tenuti da costui e “da alcuni altri leader della Germania nazista” chiarendo che Hitler “non potrebbe mai a mio parere essere identificato con l’immagine che sto tentando di presentare”.

L’Autore ha ragione, ma – ripeto – il rischio c’è ed è alto.

Per esempio, da un punto di vista non solo psicopatologico e non solo criminologico, ma etico in generale, dal punto di vista di tutti noi, dovremmo dare per malati mentali i gerarchi nazisti?

Costoro erano socialmente inseritissimi, erano addirittura loro a dettare le norme, ma umano versus disumano è distinzione diversa da quella fra sano e malato, e, per dirla con Lifton: “persone normali possono commettere atti demoniaci”¹⁴.

Nel tranello di confondere i malati con coloro che commettono atti demoniaci non sono caduti proprio gli psichiatri che hanno visitato gli imputati di Norimberga o l’imputato di Gerusalemme.

Eichmann fu visitato da più psichiatri, tutti costoro lo dichiararono “normale” – nel senso di immune da patologia psichiatrica – e uno di loro, dopo avergli parlato, avrebbe addirittura esclamato: “Più normale di quello che sono io dopo che l’ho visitato”¹⁵.

Nell’aprile del 1945, alcuni mesi prima che si aprisse il primo e più famoso Processo di Norimberga ai principali gerarchi nazisti che erano stati catturati, un nutrito gruppo di società scientifiche statunitensi sottoscrisse e inviò una lettera a Robert Jackson, capo del collegio d’accusa, raccoman-

14 Lifton R.J., *I medici nazisti. La psicologia del genocidio*, Rizzoli, BUR, Milano, 1988, p.17.

15 In: Arendt H., *La banalità del male*, Feltrinelli, Milano, 1963, p.34.

dando di sottoporre gli imputati a visite psichiatriche e a test, in particolare al test di Rorschach. Il suggerimento venne accolto, così Douglas McGlashan Kelley e Gustave Gilbert somministrarono il test a 19 degli imputati. Sia Kelley che Gilbert esclusero che i gerarchi presentassero patologie di rilevanza psichiatrica, semmai si trattava di una “patologia morale” e fanno appunto riferimento al concetto di personalità psicopatica¹⁶.

Quanto descritto da Cleckley è esattamente il ritratto che di Göring viene fornito dai diversi studiosi, compresi coloro che lo hanno visitato direttamente e che lo dipingono come affascinante, istrionico, del tutto privo di pentimento, imbroglione e bugiardo matricolato¹⁷.

Kelley sostenne che Göring avesse una personalità aggressiva ed egocentrica e differisse dalle altre persone principalmente per la mancanza di senso morale¹⁸. Lo psichiatra del carcere di Norimberga, dove i gerarchi attendevano il processo e la sentenza, lo descrive come totalmente privo del senso del valore della vita umana, e lo psicologo Gilbert lo definirà appunto un “amabile psicopatico”¹⁹. Speer fu definito un uomo “moralmente estinto”, e, suggestivamente, una persona “anormalmente normale”. Ritzler, dopo aver analizzato le risposte al test di Rorschach date dagli imputati di Norimberga, usa per loro il termine *successful psychopaths*²⁰.

Nielsen e Zizolfi hanno proceduto analizzando i protocolli dei test di Rorschach a suo tempo somministrati a 19 imputati del Processo di Norimberga: Hans Frank, Rudolf Hess, Alfred Rosenberg, Karl Donitz, Hermann Wilhelm Göring, Ernst Kaltenbrunner, Wilhelm Keitel, Costantin Freiherr von Neurath, Franz von Papen, Joachim von Ribbentrop, Hans Fritzsche, Walther Emanuel Funk, Robert Ley, Ernst Friedrich, Christoph Saukel, Hjalmar Horace Greely Schacht, Baldur von Schirach, Arthur Seyss-Inquart, Albert Speer, Julius Streicher. Nei Rorschach dei gerarchi non vi è qualcosa di davvero patologico, con tutto che si trattò di test somministrati a soggetti che avevano visto infrangersi i loro sogni di gloria, si trovavano in detenzione, rischiavano il capestro (rischio che per alcuni di loro divenne realtà). Sicuramente i gerarchi non erano stupidi, anche questo è un elemento che Cleckley rileva negli psicopatici: solo Streicher aveva un quoziente intellettuale inferiore a 110, comunque di un livello

16 In: Zizolfi S., Il processo di Norimberga e l'alba della psicodiagnostica criminologica: la storia dei Test di Rorschach dei gerarchi nazisti, *Rassegna Italiana di Criminologia*, X, n.4, pp. 290-302, 2016.

17 Zizolfi S., I test di Rorschach di Hermann Göring, *Rassegna Italiana di Criminologia*, X, n. 3, pp.187-200, 2016.

18 In: Zizolfi S., Il processo di Norimberga e l'alba della psicodiagnostica criminologica: la storia dei Test di Rorschach dei gerarchi nazisti, *Rassegna Italiana di Criminologia*, X, n.4, pp. 290-302, 2016, p. 294.

19 Overly, in: Nielsen N.P., Zizolfi S., *Rorschach a Norimberga. I gerarchi nazisti al processo fra memoria storica e riflessione psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano, 2005, p. 127.

20 In: Nielsen N.P., Zizolfi S., *Rorschach a Norimberga. I gerarchi nazisti al processo fra memoria storica e riflessione psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano, 2005.

medio, tutti gli altri superavano il punteggio di 120, fino ad arrivare a 143 per Schacht²¹.

Nel campo di sterminio di Auschwitz furono assassinate un milione e mezzo di persone, il comandante del campo fu per tre anni Rudolf Höss, ed è particolarmente interessante mettere a confronto le caratteristiche che Cleckley enumera per la diagnosi di psicopatia con ciò che scrive Rudolf Höss nell'autobiografia scritta mentre attendeva la sentenza che lo avrebbe condannato, e, per inciso, la cui introduzione alla prima edizione fu fatta da uno psichiatra e criminologo polacco, Stanislaw Batawia. Cleckley indica: "Assenza di delirio pensieri irrazionali", "Assenza di nervosismo o manifestazioni nevrotiche", "Falsità e menzogne", "Mancanza di rimorso o vergogna", "Egocentrismo patologico e incapacità di amare" (p.179). L'autobiografia di Höss non fa emergere alcun elemento di delirio o di manifestazioni nevrotiche, dimostra continuamente di essere autoriferito, pieno di sé, di attribuire di ogni cosa la colpa agli altri, ai sottoposti o ai suoi capi, e non solo degli orrori, il che si capirebbe in chiave defensionale, ma anche dell'inefficienza talora riscontrata nel campo, descrive le atrocità con parole che imitano la pietà, la recitano, ma è evidente l'inautenticità, arriva a lamentare i maltrattamenti che avrebbe subito durante la detenzione in una prigione inglese pure dopo avere riferito le mostruosità della vita – e della morte – dei prigionieri ad Auschwitz. Dopo aver assistito a un'esecuzione commenta che fra lui e gli altri ufficiali: "*Stranamente*²² non si riuscì a mettere insieme una conversazione"²³; in compenso di alcuni condannati alla fucilazione scrive: "Non volevano assolutamente mettersi contro il palo, e dovetti farli legare, mentre si divincolavano con tutte le forze. Fui veramente felice quando potei ordinare il fuoco"²⁴; al più: "vidi in gran quantità i cadaveri di individui gasati, e ciò provocò in me un *malesere*"²⁵. Vi risparmio la fredda descrizione delle madri che, entrando nelle camere a gas, cercavano di salvare i propri bambini e imploravano che venissero risparmiati, però: "Quanto a me [...] il sentimento dell'odio mi fu sempre estraneo"²⁶, e, a conclusione dell'autobiografia, scrive che l'opinione pubblica: "non comprenderà mai che anch'egli [lui stesso] aveva un cuore, non era cattivo"²⁷.

Mi sono dilungata non solo per l'importanza dell'argomento in generale, ma perché studiare personaggi di tal fatta al problema della distinzione

21 Nielsen N.P., Zizolfi S., *Rorschach a Norimberga. I gerarchi nazistiali processo fra memoria storica e riflessione psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano, 2005.

22 Il corsivo è mio.

23 Höss R., *Comandante ad Auschwitz*, Einaudi, Torino, 2014, p.66.

24 *Ibidem*, p.73.

25 *Ibidem*, p.129.

26 *Ibidem*, p.114.

27 *Ibidem*, p.167.

fra malattia mentale e devianza si aggiunge quello della distinzione fra umano e disumano pur nel rispetto della legge. In altri termini, se le leggi sono ingiuste, disumane, crudeli e se ingiusti, disumani, crudeli sono coloro che le hanno fissate e le fanno rispettare, allora si può essere incapaci di empatia, bugiardi, incapaci di rimorso, inetti ad instaurare relazioni autentiche e profonde, manipolatori, cioè psicopatici nell'accezione di Cleckley, pur senza quella "incapacità di conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento legale", come invece dettano i criteri per il Disturbo Antisociale.

In questo senso la descrizione di Cleckley va oltre quella del DSM.

Infine, leggete questo libro fino in fondo perché proprio verso la fine troverete un capitolo intitolato "Che cosa si può fare", che purtroppo non dà molte speranze. Lo psicopatico, ci aveva già avvertiti Cleckley: "È molto meno disposto, rispetto alla persona comune, ad accettare le sanzioni"; "L'idea per cui impareranno dai propri errori e rientreranno a far parte correttamente della comunità è un'ipotesi lontana dalla realtà". Addirittura: "I nostri medici, i legali e i concetti sociali così come sono formulati, le istituzioni così come sono concepite non possono portare al trattamento del paziente psicopatico". Se lo psicopatico, proprio per come è "assemblato", non trova nulla di sbagliato in sé, non chiede spontaneamente aiuto, non percepisce rimorso, non sente l'afflizione della pena, ci rimane dunque solamente la funzione special preventiva di essa. Che tristezza e che smacco per le nostre scienze.

Isabella Merzagora

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Un commento non è mai un'attività scontata, potendo consistere in analisi, osservazioni, interpretazioni, giudizi su opere così ricche di senso e di significato che ogni tentativo di approfondimento potrebbe anche apparire riduttivo e reificante. Così è per la prima edizione italiana de *La maschera della salute* di Hervey Cleckley (1903-1984), professore di psichiatria al Medical College della Georgia (USA) ed autore, oltre a *The Mask of Sanity. An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality* (edizioni del 1941, 1950, 1955, 1964, 1976, 1988), anche di testi come *The Caricature of Love, A Discussion of Social, Psychiatric, and Literary Manifestations of Pathologic Sexuality* (1957) e *The Three Faces of Eve* (con C.H.Thigpen, 1957). Infatti, nonostante la rilevanza clinica ed epistemica dell'argomento, esemplificata dal sotto-titolo: "Un tentativo di chiarire alcuni problemi sulla cosiddetta personalità psicopatica", questo libro non è mai stato tradotto in italiano, per cui non avrebbe mai ricevuto la meritata attenzione in ambito nazionale.

Se, del resto, quando si parla di personalità psicopatiche il riferimento storico va a Kurt Schneider²⁸, tuttavia è corretto ravvisare nel testo di Cleckley una descrizione di esse non solo completa e sistematica, ma diagnosticata in base a precipui parametri scientifici, descrizione cronologicamente pressoché coeva alla classificazione asistemica per tipi (cfr. i "Casi Particolari") dell'Autore tedesco. Infatti, se per Schneider quelle "abnormi" sono "tutte le personalità particolarmente distinte da un tratto qualunque del loro carattere" e se quelle "psicopatiche" sono "le personalità abnormi che per la loro abnormità soffrono o fanno soffrire la società", per Cleckley esse rappresentano appunto la *Maschera della salute*, comprendendo figure tanto di notevole attualità, quanto di significativa rilevanza clinica (cfr. ad es. "lo psicopatico uomo d'affari", o "gentiluomo", o "scienziato", o "medico", etc.).

In altri termini, se per l'Autore tedesco la "personalità abnorme" rappresenta una variante quantitativa dell'essere-uomo e quella "psicopatica" costituisce quella variante definita con criteri di ordine sociale e relazionale, per quello americano gli psicopatici si riconoscono in base a tre fondamentali elementi: un funzionamento cognitivo integro, se non addirittura superiore alla media; un marcato e persistente deficit empatico; un mascheramento

28 Cfr. *Die Psychopathischen Persönlichkeiten*, Deuticke, Leipzig-Wien, 1934, 1950, Traduzione italiana: *Le personalità psicopatiche*, a cura di Riccardo Dalle Luche e Giampaolo di Piazza, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2008.

della propria natura, tanto costante, quanto di difficile riconoscimento, almeno inizialmente; parametri diagnostici questi che, a tanti anni dalla loro teorizzazione, conservano tutto il loro valore euristico, oltre che storico. Sul punto, le osservazioni di Cleckley risultano emblematiche; non a caso:

- circa il funzionamento cognitivo: “...quando si conosce uno psicopatico non solo si è portati a considerarlo normale e piacevole, ma gli si devono anche riconoscere alcune capacità di livello”; “Molto spesso i test psicometrici dimostrano che [...] è dotato di un’intelligenza superiore; appare più disinvolto degli altri nella gestione di situazioni difficili socialmente o emotivamente...”;
- in merito al deficit empatico: “... sfuggire ad ansia e tensioni [...] sono caratteristiche ricorrenti in questo intero gruppo diagnostico, ma anche dimostrare una certa impermeabilità all’ansia e alla preoccupazione di venir giudicato nella gestione di situazioni difficili...”;
- sulla maschera: “... Ogni preoccupazione o inquietudine possa manifestare, essa è provocata soltanto da circostanze esterne, mai da sensi di colpa, o di rimorso, o da insicurezze nelle relazioni. Sembra quasi incapace di provare ansia o profondo rimorso...”;
- sulla maschera: “... molto spesso lo psicopatico fa un’ottima impressione al primo incontro: risulta piacevole, sveglio, amichevole, con una brillante conversazione [...] In lui non emerge nulla di strano o di bizzarro, sembra la tipica persona equilibrata e serena [...] Non sono evidenti tratti di falsità o di eccessiva affabilità. Pare proprio una persona autentica...”.

Tutto ciò induce ad interrogarsi sul percorso conoscitivo di Cleckley, così da evidenziare in lui un iter quantomeno diverso da quello di Schneider, se non pressoché opposto. Infatti, se nella “Prima Parte” delle *Personalità psicopatiche*, sono affrontate questioni generali (come il “concetto di personalità psicopatica”, i “rapporti tra corporeo e personalità psicopatiche” e le diverse classificazioni di personalità siffatte), nella “Seconda parte” sono riportati i “Casi particolari” (gli psicopatici ipertimici, depressivi, insicuri, fanatici, bisognosi di considerazione, instabili, esplosivi, apatici, abulici, astenici).

Al contrario, nella *Maschera della salute*, dopo un preliminare richiamo ad alcune questioni di fondo (come, ad esempio, “La salute mentale: un concetto variabile” e “Il conformismo culturale che occulta la patologia”)²⁹, si passa ad un’esaustiva ed approfondita trattazione di numerosi casi (“Il disordine nella sua manifestazione clinica”)³⁰, dai quali trarre tutte quelle informazioni che, rapportate con le altre conoscenze della disciplina

29 Cfr. Prima Sezione – Cenni sul problema.

30 Cfr. Sezione seconda – Parte prima.

psichiatrica (“Il confronto con altri disturbi”)³¹, consentono poi di tracciare un profilo clinico fondato su precisi indicatori diagnostici³². Pertanto, atteso che l’opera prosegue trattando problemi ancora oggi insoluti (“Che cos’hanno di sbagliato questi pazienti”, “Che cosa si può fare”)³³, è fondamentale evidenziare il metodo conoscitivo di Cleckley; metodo narratologico (perché prende le mosse dal puntuale racconto di specifiche figure antropologiche) e, al contempo, trascendentale (poiché dal piano empirico passa a quello eidetico, dove appunto individua la forma essenziale della sofferenza psicopatica, cioè la “maschera”).

In tale prospettiva, potrebbe anche ipotizzarsi, con tutte le precauzioni del caso, un raffronto con Binswanger, il quale, in base alle storie di vita dei suoi pazienti, arriva a teorizzare le forme di vita mancate dell’esistenza schizofrenica³⁴, oltre a postulare la *Daseinsanalyse*³⁵, sia come dottrina, che come prassi terapeutica; oppure addirittura con Freud, che grazie ai suoi casi clinici fonda la Psicoanalisi³⁶.

In quest’ottica, la riflessione di Cleckley sulle personalità psicopatiche dimostra come la narrazione integri un dispositivo tanto epistemico, quanto ermeneutico, nella misura in cui essa non solo assegna un senso ed un significato imprescindibili a tutte le esperienze vissute, anche a quelle più disturbanti (essendo la Psicopatologia, per definizione, “clinica dell’esistenza”, come ci insegna Bruno Callieri³⁷), ma individua altresì coordinate, traiettorie e paradigmi sui quali organizzare forme di conoscenza che orientano e strutturano il nostro modo di essere e di agire nell’affrontare la sofferenza psichica e le conseguenze antropologiche della stessa.

Cristiano Barbieri

31 Cfr. Terza sezione – Parte seconda.

32 Cfr. Terza sezione – Parte Terza.

33 Cfr. Quarta sezione – Alcune domande prive di risposta.

34 Cfr. Baracchini F., Frascini L., *Il prisma Binswanger. Lo psichiatra che amava i filosofi*, Associazione Culturale Mimesis, Milano 2004; Besoli L. (a cura di), *Esperienza della soggettività e trascendenza dell’altro. I margini di un’esplorazione fenomenologico-psichiatrica*, Quodlibet, Macerata, 2006.

35 Cfr. Giacanelli F. (a cura di), Ludwig Binswanger L., *Per un’antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano 1970; Molaro A. (a cura di), *Daseinsanalyse Psichiatria Psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2018.

36 Cfr. Borch J.M., Sonu S., *The Freud Files: An Inquiry into the History of Psychoanalysis*, Cambridge University Press, Cambridge, 2012; Le Guen C., *Dizionario freudiano*, Borla, Roma, 2013.

37 Cfr. Callieri B., *Quando vince l’ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, Città Nuova Editrice, Roma, 1982; Callieri B., *Percorsi di uno psichiatra*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1993; Callieri B., Maldonato M., Di Petta G., *Lineamenti di Psicopatologia Fenomenologica*, Alfredo Guida Editore, Napoli, 1999; Callieri B., *Corpo Esistenze Mondì. Per una psicopatologia antropologica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2007.

Per comprendere a fondo lo studio e l'opera di Hervey Cleckley si deve percorrere la storia del concetto di psicopatia, dagli albori della psichiatria ottocentesca agli sviluppi psicopatologici e psicodiagnostici della seconda metà del secolo scorso, fino ad oggi. Negli autori del XIX secolo si fa strada l'idea di un'anomalia caratteriale espressa da atti compiuti senza controllo, sulla base congenita di un perverso istintuale: dalla "mania senza delirio" di Pinel alla "monomania impulsiva" di Esquirol alla "follia dei degenerati" di Morel, corrispondente alla "*moral insanity*" di Pritchard o allo sconvolgimento morale o "anomia" di Rush. Koch nel 1891 pubblica *Die Psychopathischen Minderwertigkeiten* (inferiorità psicopatica) in cui introduce il termine "psicopatia" come anomalia della personalità. L'eredità francese e in parte anglo-sassone, consistente soprattutto in una descrizione di aspetti commisti di impulsività e di mancanza di senso etico, è stata poi raccolta e ampliata dalla scuola nosografica e fenomenologica tedesca: Kraepelin, nel primo Novecento utilizza il termine di "personalità psicopatica" per designare un disordine di natura costituzionale, degenerativa e disevolutiva che non mostra un cambiamento rispetto a periodi precedenti e persiste nel tempo. Il concetto viene ripreso nella sfilata delle "personalità abnormi" classificate da Kurt Schneider e ormai non più limitate a una immoralità senza freni inibitori. In tale vasta tipologia caratteriale Schneider enuclea quelle personalità abnormi che, per il loro essere varianti quantitative di un determinato tratto dell'essere umano (normale) e per ciò portatori di un'abnormalità, soffrono o fanno soffrire gli altri e la società. Queste possono essere definite a buon diritto psicopatiche, sulla base dunque di un criterio sintomatologico e comportamentale, socio-relazionale e valoriale, perdendo il significato dello scostamento da una norma statistica e stagliandosi dallo sfondo di quelli che il DSM, in un'ottica pur larvatamente dimensionale, chiama i "Tratti di Personalità".

Lo snodo compiuto da Schneider è importante per differenziare, da un lato, i disturbi di personalità dai tratti e, dall'altro, le caratteropatie abnormi dalle condizioni sociopatiche, che negli USA avrebbero alimentato i concetti di antisocialità e di dissocialità. Ricordiamo che agli inizi del Novecento Birnbaum conia il termine "sociopatia" e nel 1930 Partridge ("*The essentials of psychology*") denomina come personalità sociopatica un sottogruppo di personalità psicopatiche, il cui sintomo patognomonico consiste nella difficoltà o nel rifiuto di adattarsi alle richieste della società. Nel contempo, nell'ambiente della psicopatologia tedesca si affermano vari modelli tipologici, alcuni interessanti per la focalizzazione sullo strato della personalità colpito dall'alterazione (istinto, temperamento, carattere), come nella teoria di Kahn, altri perché incentrati sull'origine (costituzionale o reattiva), come in Kretschmer. Tra l'altro è da notare come l'idea di

una reazione abnorme a particolari esperienze della vita si pone al limite tra una certa modalità di formazione dell'elemento personologico (ad esempio su base sensitiva) e lo sviluppo dei disturbi mentali veri e propri. Il campo, inoltre, tende ad ulteriormente allargarsi se si considera che il termine di psicopatia viene utilizzato, già alla fine dell'Ottocento, da Krafft-Ebing come sinonimo di perversione (*Psychopathia Sexualis*, dal titolo della sua opera più famosa).

Al proposito, non è un caso che Henri Ey raggruppi in un unico capitolo del suo celebre *Manuel de Psychiatrie* le personalità psicopatiche, le perversioni sessuali e le tossicomanie, tutte condizioni caratterizzate da un decorso stabile e continuativo, o meglio da un *habitus* psichico permanente, da una necessità di trattamenti protratti e, se non del tutto inemendabili, da una prognosi sfavorevole quanto a risoluzione radicale del problema. Seguendo la terminologia della scuola francese, Ey chiama gli psicopatici "squilibrati", poiché costoro non sono riusciti a "equilibrare dentro di sé la propria persona e il proprio destino". L'aspetto innovativo del padre della teoria organo-dinamica riguarda il superamento della dicotomia tra innato e acquisito, a favore di una interazione disevolutiva tra predisposizioni somatiche e fattori psico-sociali negativi. Il passaggio all'atto, l'affettività celata dietro la maschera di freddezza, lo scadente adattamento alla realtà e la tendenza alla ripetizione di un conflitto arcaico sono al centro della riflessione clinica sul comportamento psicopatico. Curiosamente, Ey colloca Cleckley tra gli autori ispirati dalla psicoanalisi e in verità nel discorso del nostro autore sulla mancanza del senso di colpa, una sorta di agenesia superegoica, si riconoscono importanti risonanze psicoanalitiche.

Cleckley si inserisce nella scia schneideriana di un restringimento della definizione di psicopatia, pur all'interno di uno spettro dei disturbi di personalità, senza più ormai doversi identificare nell'insieme di tutti i disturbi. Inoltre Cleckley interpreta lo *Zeitgeist* del culturalismo nordamericano, in parte ispirato dalla psicoanalisi neofreudiana, in parte derivato dall'attenzione e dalla curiosità, tutta tipica del Nuovo Mondo, per i fenomeni sociali e antropo-culturali. Il DSM traduce e tragheta la psicopatia nella sociopatia, connotandola con la triade antisocialità – narcisismo – impulsività. L'evoluzione di questo costrutto in quello del Disturbo Antisociale di Personalità, come dalle più recenti edizioni del DSM, pone l'enfasi sul primo elemento a scapito del secondo e così il comportamento potenzialmente criminale e delinquenziale finisce per prevalere sugli aspetti narcisistici essenziali di tale disturbo. La ricerca originale e pionieristica di Cleckley ha dimostrato già da tempo che il comportamento antisociale di criminali comuni e il comportamento antisociale degli psicopatici sono differenti, riconoscendosi nel primo degli standard, dei principi e perfino

una coscienza. Robert Simon parla degli psicopatici come “i predatori tra noi” e colloca gli antisociali del DSM tra gli psicopatici aggressivi.

Secondo Cleckley gli psicopatici possono restare tra noi anche a tempo indeterminato perché mediamente appaiono al mondo esterno come un modello di normalità, addirittura di supernormalità, arrivando persino a risultare affascinanti. Il fascino superficiale, la buona intelligenza, la mancanza di sintomi psicotici ma anche di sintomi apertamente nevrotici, come l'ansia o il nervosismo, ciò che rende il soggetto rassicurante e gradevole agli altri, costituisce la maschera di falsità che cela dietro di sé il profilo deviante nel comportamento e deficitario nella sfera emotivo-interpersonale. La successiva ricerca clinica ha contestato lo *charme* degli psicopatici. In particolare la psicoanalisi di Otto Kernberg associa alla psicopatia una forma di narcisismo estremamente patologico e maligno, che rende questi pazienti pericolosi e istintivamente repellenti. Tuttavia la fascinazione, pur formalmente assente, traspare nello strumento, la PCL (*Psychopathy Check List*), che Robert Hare ha sviluppato negli anni '70 e rivisto nel 2003 (PCL-R), sulla scorta dei famosi 16 criteri di Cleckley. Hare identifica due fattori nel costrutto psicopatico, che corrispondono sostanzialmente al profilo tracciato dal nostro autore: le caratteristiche emotive e interpersonali e gli aspetti devianti, legati a uno stile di vita impulsivo, antisociale e instabile. Ebbene tra le prime non si può non cogliere l'identikit del “grande affabulatore”: loquace, superficiale, grandioso, manipolativo.

Hare, con il suo volume “*Without Conscience: the disturbing world of the psychopaths among us*” riprende il tema degli psicopatici tra noi e di come essi possono mascherarsi nella società e apparire sani e normali. Tuttavia con Hare e i successivi sviluppi del pensiero attuale sulla psicopatia l'eredità di Cleckley viene prevalentemente consegnata alla psicologia forense e alla psicologia sociale. Al proposito, si pensi alla cosiddetta “triade oscura”: narcisismo, machiavellismo e psicopatia, e all'applicazione di questo concetto, relativo al rischio di comportamenti immorali e di avversione sociale, ai contesti lavorativi e alla politica, nelle figure dei dirigenti e dei leader.

Nella psicopatologia clinica resta il Disturbo Antisociale di Personalità del DSM-5, paradossalmente centrato sulla componente impulsiva e dissociale e meno sugli elementi emotivi e relazionali, che ricadono per lo più nel dominio narcisistico. Il DSM considera tale diagnosi come equivalente a quella della sociopatia o psicopatia, ma tra gli aspetti associati che supportano la diagnosi ammette che: “mancanza di empatia, eccessiva autovalutazione e fascino superficiale sono aspetti che sono stati comunemente inclusi nelle concezioni tradizionali di psicopatia e che possono essere peculiari del Disturbo e maggiormente predittivi di recidività nelle carceri o in setting forensi, laddove atti criminali, delinquenziali o aggressivi sono

verosimilmente non specifici”. È dunque interessante come nel DSM-5 si affermi esplicitamente che il costrutto “sociopatico” sarebbe meglio descritto da quei criteri della psicopatia che Cleckley per primo ha introdotto. Inoltre tali criteri del cluster emotivo-narcisistico (tra cui insensibilità, cinismo e disprezzo per i sentimenti e le sofferenze altrui) sarebbero più utili nell’ambito forense rispetto ai comportamenti devianti.

Pertanto credo che con il ritorno a Cleckley, che si è voluto realizzare con la traduzione in italiano della sua maggiore opera, si voglia e si debba riaffermare il ripristino di una unicità di competenze, psicopatologico-cliniche, giuridico-forensi e psico-sociali, nel costrutto della psicopatia come area diagnostica vasta, ma oggi ben delimitabile sia dalle condizioni sotto-soglia, sia da altri disturbi della personalità. L’attualità dei casi clinici, sempre molto fresca e vitale nell’ottica del pragmatismo americano che il nostro autore incarna, è un potente supporto alla riproposta di un concetto efficace ed euristicamente valido.

Bibliografia

- R. Dalle Luche, *Le personalità psicopatiche di Kurt Schneider. Attualità e valore formativo*. *Comprendre* 20: 176-183, 2010.
- H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *Manuale di Psichiatria*, Masson, Milano, 1979.
- R. Simon, *Bad men do what good men dream*, American Psychiatric Press, Washington, 1996.
- O. Kernberg, *Disturbo antisociale e narcisistico di personalità*. In: *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Cortina, Milano, 1996.
- R. Hare, *Without Conscience: the disturbing world of the psychopaths among us*, Guilford, New York, 1999.
- J.W. McHoskey, W. Worzel, C. Szyarto, *Machiavellianism and psychopathy*. *Journal of Personality and Social Psychology* 74(1), 192-210, 1998.

Luigi Janiri

Le caratteristiche salienti del libro di Cleckley, sono la ricchezza del materiale clinico raccolto, che lo rende attuale ancora oggi, il rigore metodologico, le questioni diagnostiche differenziali sollevate. Si può definire l'Autore un pragmatico, fenomenologo, contrario alle "teorie da poltrona".

L'attualità dei casi riportati la si riscontra anche nelle cronache moderne, per esempio quelle relative a violenze e stupri ma anche nella sfera del potere, nel mondo della scienza, della cultura ed altro. Ne è una dimostrazione il caso riportato nel § 37, accaduto a Neville (Ohio), ad opera di un certo G.C.Heath, "che nel giro di tre settimane commise due dei più atroci omicidi e mutilazioni sessuali di sempre". Dal punto di vista psicopatologico, la domanda che viene spontanea, oggi come allora, è: che tipo di personalità può avere chi compie questi gesti?

Cleckley afferma che psicopatia, criminalità, depravazione e malattia non sono entità separate, anche se lo potrebbero sembrare, e sottolinea il problema di riuscire a differenziarle in modo da evitare l'errore di semplificazione che si è fatto in passato quando, per esempio, si è confuso la mente con l'intelletto. Alla psicopatia può appartenere "un'insalata diagnostica" come la definisce l'Autore o, per usare un concetto di Cesare Maffei, può essere considerata una patologia in "cerca di dimora".

Lo psicopatico, come mostra benissimo Cleckley nei casi riportati ma anche come ci rimanda la clinica attuale, può essere facilmente ammirato, essere considerato un leader, un modello per gli altri, una persona di grande successo come, per esempio, viene descritto lo Psicopatico Psichiatra, al § 26. Basti pensare alla fase ipomaniacale di un Disturbo Bipolare. O al narcisismo, così diffuso nel presente da non essere quasi più percepito come una anomalia. Con caratteristiche magari sotto soglia, mascherate, che in realtà sono la punta forse non ancora del tutto emersa di una patologia. Si tratta, a volte, di caratteristiche patologiche che, nei tempi moderni, possono presentarsi anche mascherate dalla tecnologia e dalla de-umanizzazione che ne consegue, condizione in cui si moltiplicano i contatti ma si affievoliscono le relazioni. Prezzo che dobbiamo pagare nell'ipotizzato passaggio dall'*homo sapiens* all'*homo cyber*?

La maschera, nei secoli e nelle culture, è servita a nascondere, a proteggere, ad attribuire doti, significati o contenuti che non si possiedono. Qui si scorge il tema, introdotto dalla psicoanalisi, della autenticità nascosta dal falso Sé. Cleckley rifiuta esplicitamente a più riprese nel testo la chiave di lettura psicoanalitica, privilegiando la descrizione fenomenologica, poiché il suo scopo era principalmente quello di arrivare a definire un quadro clinico, così come lo si vedeva esternamente, ed arrivare a dargli un nome, che ai suoi tempi ancora non aveva. Tuttavia nel § 62 egli fa indirettamente riferimento al rapporto tra l'epifenomeno e una struttura profonda che lo

sottende, nel parallelismo con i problemi neuro-organici quali l'afasia. E possiamo vedere un riferimento al falso Sé anche quando egli riporta che lo psicopatico inganna sé stesso oltre agli altri, attraverso le sue pseudo-intenzioni, le storie amorose ed altro. Così pure, là dove Cleckley afferma che lo psicopatico è sinceramente stupito quando gli altri non accettano le sue spiegazioni o hanno reazioni per lui inspiegabili.

Leggendo queste affermazioni dell'Autore mi sorge spontanea la distinzione tra la "maschera" e la "punta dell'iceberg" di freudiana memoria: la prima, espressione di una salute apparente, la seconda, manifestazione di un sintomo emergente.

Lo scetticismo rispetto alla psicoanalisi va rapportato all'epoca in cui Cleckley scriveva e alle teorie coeve, a quel determinismo riduzionista che vede la prevalenza dell'inconscio sulla coscienza e del passato sul presente, nota criticità della psicoanalisi freudiana. Il paradosso di questo rifiuto da parte dell'Autore, sta già nel fatto che il criterio dirimente sia la presenza o meno del senso di colpa: chiaro influenzamento da parte della teoria delle nevrosi. Inoltre, il riferimento metodologico è l'ipno-analisi ovvero siamo agli albori di teoria e terapia. Molte cose sono cambiate da allora. Cleckley è scettico sul fatto che il metodo dell'interpretazione possa essere valido come strumento terapeutico: ma si tratta dell'interpretazione intesa come proiezione, da parte del terapeuta verso il paziente, e di una chiave di lettura, di segni e simboli, univoca, non polisemica. Lo scetticismo di Cleckley sconta il fatto che non era ancora ben chiaro che in segni e simboli ci fosse una differenza tra realtà e fantasia e tra i diversi tipi di memoria, come oggi le neuroscienze hanno chiarito. Lo scetticismo deriva anche dal fatto che il simbolo viene visto come univocamente significante e non si pensa al meta-significato. Per non parlare poi della non considerazione dell'autopoiesi semiotica che scaturisce dall'interazione terapeuta-paziente.

Oggi, ad esempio nella Psicoterapia con l'Esperienza Immaginativa, c'è la possibilità di dimostrare come si sia arrivati alla risoluzione di una patologia, attraverso la modifica del prodotto immaginativo che rispecchia il mondo interno del paziente, correlandolo ovviamente ai sintomi e al benessere soggettivo. Questo permette di superare lo scetticismo di Cleckley rispetto alla psicoanalisi pur lasciando i Disturbi di Personalità tra le patologie più difficili, a volte impossibili, da curare.

Un criterio psicopatologico clinico, menzionato da Cleckley, valido ancora oggi è quello mutuato dal pensiero di Fenichel, nella differenziazione tra psicopatia, psicosi e nevrosi in base al grado di egosintonicità o egodistonicità. Lo psicopatico, afferma Cleckley, a differenza delle altre due patologie, è perfettamente egosintonico, non ha una sofferenza soggettiva per i suoi comportamenti ma fa soffrire gli altri. Lo psicotico è anch'esso

egosintonico, non ha una sofferenza poiché è chiuso in un suo mondo ma vive scomodamente per via dell'alienità che gli altri percepiscono in lui: a questo proposito si può affermare che il problema dello psicotico è che gli altri non lo sono ovvero è un problema legato al concetto di "normalità" statistica. Il nevrotico invece è egodistonico con i suoi sintomi e ne soffre.

Il rilievo della mancanza di senso di colpa e di vergogna nello psicopatico evoca un collegamento con la suddetta osservazione dell'attuale deumanizzazione delle relazioni, favorita dalla tecnologia: schiacciando un tasto si può far partire una bomba atomica, uccidendo milioni di persone in poco tempo, senza un coinvolgimento emotivo, molto diversamente che uccidere una sola persona combattendo all'arma bianca. Ne è un esempio il caso, riportato al § 34, del figlio che mette una bomba nella valigia della madre, facendo esplodere l'aereo su cui viaggiava senza un vero e proprio scopo, senza senso di colpa, senza il benchè minimo sussulto emotivo. Stiamo forse andando sempre più verso una società "psicopatica"?

L'attualità del mascheramento della patologia o del mascheramento della parte più umana e autentica, è dimostrata ancora oggi in numerosi casi. Per esempio, la senescenza che maschera la depressione nell'anziano. Le disfunzioni sessuali che mascherano un'omosessualità latente. Oppure, le psicosi mascherate da una nevrosi: sempre più s'incontrano disturbi che appaiono con sintomi ossessivi ma che ossessivi non sono, caratterizzati dalla rigidità del pensiero, dalla coartazione affettiva, dalla mancanza di emozioni, da scelte di vita limitative se non autodistruttive. In questi casi l'ambivalenza sessuale, il poli-amore o la bisessualità, mascherano una mancata differenziazione.

Altro tema trattato nel libro, d'interesse e di attualità, è infine il mascheramento della psicopatia attraverso il potere, come si può leggere nel § 43, dove viene analizzata la figura di Alcibiade, che può far pensare a molti uomini di potere del presente o della storia più recente: personaggio istrionico, camaleontico, trasformista, in cui l'opportunismo prevale sui valori in quanto di questi ultimi non ne ha, potere che diventa una "droga" che porta a identificarlo come uno status invece che come una funzione.

Alberto Passerini

INTRODUZIONE

Il paradosso della psicopatia

Il termine 'psicopatia' è probabilmente il più rappresentativo di una problematica analoga a quella che affligge chi non riesce mai a trovare un luogo dove stabilire definitivamente, o almeno per un lungo periodo, la propria residenza. Naturalmente questo paragone ha un limite, dato dal fatto che ogni concetto scientifico, o clinico, ha una sua evoluzione e quindi non può, e non deve avere una dimora definitiva, diventando in tal caso una ideologia. Tuttavia, una discreta stabilità nel tempo indica che si sono verificate le circostanze che consentono di affermare che si è trovato il miglior assetto possibile. La psicopatia ha cambiato molte dimore, ovvero definizioni e criteri, e continua a vagare. Probabilmente il fenomeno si è rallentato negli ultimi decenni, perché la ricerca, sia clinica che empirica, si è molto intensificata ed ha prodotto risultati significativi. Non si può dire, però, che si sia risolto.

Chiunque si occupi di psicopatia, non può esimersi da un confronto con l'opera di Hervey Cleckley che, tra il 1941 ed il 1976, pubblicò cinque edizioni del suo volume. Il metodo utilizzato è clinico descrittivo, con riferimenti teorici, e si concentra soprattutto sulla dettagliata descrizione di tredici pazienti.

Rispetto alla validità diagnostica del metodo clinico, Cleckley enfatizza la necessità di osservare il soggetto nella pienezza delle sue interazioni con l'ambiente, soprattutto sociale: *'Lo psicopatico deve essere osservato nella quotidianità, nella comunità dove vive e si relaziona. Si tratta di materiale utile per una ricostruzione provvisoria di situazioni che possono essere colte in modo adeguato solo in prima persona. Senza una piena conoscenza del suo ambiente all'interno della comunità, non c'è modo di raggiungere una conoscenza adeguata. Il disturbo può essere messo in evidenza solo quando il paziente è a contatto con i problemi della vita ordinaria. Esso non può essere neanche lontanamente colto se non prestiamo una attenzione particolare alle sue reazioni nei rapporti interpersonali che per un uomo comune rientrano nella normalità'* (Cap. 4). Questa affermazione è una coerente conseguenza della premessa generale che Cleckley pone all'inizio del suo lavoro: la variabilità del concetto di salute mentale. Muovendosi nell'ambito della tradizionale distinzione diagnostica tra Psicosi e Psiconevrosi, che a partire da Freud, ha definito e nettamente separato due principali condizioni di interesse psicopatologico, rappresentando lo schema condiviso di riferimento nel periodo

in cui Cleckley ha lavorato, il problema che viene portato all'attenzione riguarda da un lato la natura dei fenomeni clinici di soggetti che soffrono di un disturbo mentale, ma che non sono né psicotici, né psiconevrotici, e dall'altro il riconoscimento della psicopatologia in soggetti che, apparentemente, non presentano problematiche di tal genere.

Queste considerazioni aprono la strada verso il vero problema che, da sempre, ha messo in difficoltà la classificazione diagnostica, quello della personalità e della psicopatologia ad essa connessa. A questo proposito Cleckley afferma: *'La categoria diagnostica Disturbi della Personalità include ufficialmente una grande varietà di persone disadattate che, in base ai criteri psichiatrici, non possono essere classificate come Psicotici o Psiconevrotici. Fino ad anni piuttosto recenti, non era affatto raro che la relazione di un esame psichiatrico approfondito, effettuato su pazienti in istituti statali o federali finisse con questa diagnosi: nessuna Nevrosi o malattia mentale, personalità psicopatica. Tradizionalmente lo psicopatico (personalità antisociale) è stato posto in categorie diagnostiche generali che contengono molte altre malattie, deviazioni, anomalie o carenze, la maggior parte delle quali hanno ben poco o nulla della connotazione attuale'* (Cap. 2).

Di particolare rilievo è la frase che precede il brano ora riportato, e che riguarda le modifiche inserite nel passaggio dal *DSM-I*, pubblicato nel 1952, al *DSM-II* pubblicato nel 1968, a proposito del disturbo di personalità: *'In una revisione del 1952 della nomenclatura psichiatrica, la personalità psicopatica è stata ufficialmente sostituita dal termine personalità sociopatica. Successivamente il termine sociopatico è stato spesso utilizzato informalmente insieme a quello di psicopatico per designare molte persone gravemente disabili, alle quali se ne aggiungono altre simili sotto la voce "disordine della personalità". Un ulteriore cambiamento nella terminologia ufficiale è stato fatto nel 1968, quando la designazione di personalità sociopatica è stata sostituita dal disturbo di personalità di tipo antisociale. In riferimento a questi soggetti classificati come personalità antisociali, continuerò a usare il termine più familiare e apparentemente più stabile di psicopatico'* (Cap. 2).

Siamo arrivati al centro di un complesso problema: Cleckley dimostra un sincero, potremmo dire entusiastico interesse per lo psicopatico, di cui vuole ottenere il riconoscimento: *'È mia convinzione sincera che, tradizionalmente confuso con un gruppo abbastanza eterogeneo esista un tipo di paziente, che potrebbe, senza esagerare, essere ancora chiamato l'uomo dimenticato della Psichiatria. Se questo paziente può essere presentato, come è apparso chiaramente durante anni di osservazione, e, soprattutto se l'interesse può essere promosso in un ulteriore studio del suo status particolare, tra gli altri esseri umani, sarò enormemente soddisfatto'* (Cap. 3). D'altra parte, è costretto a fare i conti con il problema generale della psicopatologia della personalità, e soprat-

tutto con l'associazione tra psicopatia ed antisocialità. Lo psicopatico è un antisociale? Ed inoltre, impresa ardua, è necessario definire chiaramente che cosa si intende con antisocialità e con personalità antisociale.

Soprattutto in merito alla parte teorica, che forse sarebbe meglio definire come metodologica, vi sono due aspetti che caratterizzano fortemente l'approccio di Cleckley e che giustificano la natura e gli obiettivi del suo lavoro: il primo è rappresentato da una revisione critica delle concezioni di vari autori, il secondo riguarda la fondamentale necessità di definire con precisione le caratteristiche specifiche della psicopatia, consentendo anche di effettuare diagnosi differenziali rispetto ad altre condizioni psicopatologiche che, in precedenza, sono state incluse, apparentate, o confuse, con essa. È ovvio come i due obiettivi, quello critico rispetto alle concettualizzazioni, e quello clinico, mirante a definire con chiarezza il costrutto diagnostico ed a permettere altrettanto chiare diagnosi differenziali, sono strettamente connessi, situandosi su due livelli differenti, l'uno concettuale, e l'altro operativo.

Si è affermato in precedenza che Cleckley ha assunto un atteggiamento critico nei confronti della psichiatria americana, affermando come il processo diagnostico non possa essere disgiunto da una analisi della relazione tra soggetto ed ambiente, d'altra parte ha dovuto affrontare gli stessi problemi che i sistemi diagnostici stavano affrontando, ed è interessante osservare se, pur ponendosi in posizione di *outsider*, con l'*establishment* abbia dialogato e vi sia stata una reciproca influenza (Crego and Widiger, 2015).

Cleckley ha proposto un elenco di 21 criteri, ridotto poi a 16 nell'edizione del 1976. La pubblicazione dell'elenco originale ha preceduto di dieci anni la comparsa del *DSM-I* che avvenne nel 1952. Non è totalmente chiaro quanto la formulazione di Cleckley abbia influenzato la redazione del *DSM-I*, tuttavia appare evidente un notevole livello di sovrapposizione. Il *DSM-I* descriveva un 'disturbo sociopatico di personalità' al cui interno era prevista la 'reazione antisociale'. Questo concetto si riferiva a soggetti 'cronicamente antisociali', incapaci di apprendere dall'esperienza, ivi compresa la punizione. Altre caratteristiche erano la completa mancanza di lealtà, l'insensibilità relazionale, l'edonismo e l'irresponsabilità. Secondo il *DSM-I*, queste caratteristiche si riferivano a soggetti precedentemente classificati come 'psicopatici costituzionali' o come 'personalità psicopatica'. Il *DSM-II*, pubblicato nel 1968, ampliò le caratteristiche della 'personalità antisociale' includendo grossolano egoismo, mancanza di senso di colpa, impulsività, bassa tolleranza alla frustrazione e tendenza ad incolpare gli altri, e la società, per i propri problemi.

La situazione è notevolmente cambiata con la pubblicazione del *DSM-III* nel 1980, in cui è stata criticata la metodologia diagnostica fino ad

allora in uso, a causa della bassa percentuale di concordanza delle diagnosi. Partendo dal proposito di favorire la ricerca scientifica empirica, quantitativa, il *DSM-III* ha indotto ad abbandonare lo stile diagnostico qualitativamente ricco e dettagliato, in funzione della identificazione di precisi, semplici, criteri diagnostici. Se si leggono le storie cliniche narrate da Cleckley, spesso ricche di aneddoti e con uno stile a volte letterario, si coglie immediatamente come lo spirito del *DSM-III* e quello di Cleckley siano agli antipodi, nonostante l'intento comune di identificazione di pochi, precisi, criteri che siano capaci di rendere conto esaustivamente di una condizione psicopatologica.

In contemporanea con lo sviluppo del *DSM-III*, Hare ha sviluppato la *Psychopathy Check List* (PCL), affermando di voler 'conservare l'essenza della psicopatologia insita nel lavoro di Cleckley' (Hare, 1986, p. 15). Hare somministrò la lista di 16 item di Cleckley a 143 carcerati e arrivò alla conclusione che alcuni dei criteri erano problematici, essendo vaghi, interpretabili soggettivamente e quindi sottoponibili a inferenze soggettive. Sulla base dei sedici criteri di Cleckley, venne quindi costruita da Hare una lista di ventidue criteri, difforme rispetto ai criteri messi a punto dal *DSM-III* riguardanti la personalità antisociale. Hare conservò il fascino superficiale, la mancanza di senso di colpa, l'egocentrismo, e la superficialità affettiva, che invece non vennero inclusi nel *DSM-III*. Escluse però altri criteri, e ne introdusse di propri, come la tendenza alla noia, lo stile di vita parassitario, il rischio di libertà vigilata.

Nel corso del tempo, e nella evoluzione del *DSM*, vi sono state critiche relative al fatto di non avere preso in considerazione il contributo di Cleckley e di Hare. Ciò ha indotto a rivedere il concetto nella redazione del *DSM-5*. Non è certo questa la sede idonea ad approfondire un lungo, complesso, e fondamentalmente irrisolto dibattito. Vale la pena però di sottolineare come gli autori del *DSM-5* abbiano ripreso, a proposito della audacia, della mancanza di paura, e della tendenza a dominare, aspetti già descritti da Cleckley a proposito del fascino superficiale e del buon livello intellettuale, della assenza di deliri e di pensieri irrazionali, della assenza di nervosismo e di manifestazioni nevrotiche e della bassa incidenza del suicidio. Queste caratteristiche, peraltro, aprono la strada verso la considerazione del rapporto tra aspetti socialmente disadattivi e adattivi della psicopatologia. La descrizione delle manifestazioni incomplete della psicopatologia di Cleckley lascia infatti intravedere come vi siano soggetti che, pur essendo psicopatici, possono trovare un buon adattamento nella società, ovvero ottenere anche grande successo. Da tempo si parla dello 'psicopatico di successo' che è in grado di muoversi nella società in maniera tale da ottenere riconoscimento e potere, soprattutto in alcune attività e professioni,

come lo spettacolo, la finanza, la politica. In sintesi, il lavoro di Cleckley, pur essendo per alcuni aspetti datato e superato, continua a conservare alcune caratteristiche che lo rendono interessante ed ancora attuale: il proposito di fare ordine all'interno di una confusione terminologica e diagnostica molto complessa, il legame tra profondità nella descrizione clinica e sintesi in pochi criteri diagnostici, l'aver influenzato la ricerca successiva, sia all'interno della elaborazione del *DSM* che al di fuori di esso, l'aver compreso come la psicopatia sia un'entità paradossale che, rimanendo pur sempre nello specifico delle relazioni umane, si situa tra due opposti: il fallimento ed il successo, il carcere e l'affermazione sociale. È questo il suo fascino, ed è questo ciò che fa sì che, come si diceva all'inizio, faticosi a trovare una dimora. A meno che non si ritenga che, a differenza delle altre condizioni psicopatologiche, abbia una sua intrinseca natura nomade.

Bibliografia

- Crego, C. and Widiger, T.A. (2015). Psychopathy and the DSM. *Journal of Personality*, 83:6, pp. 665-677.
Hare, R. D. (1986). Twenty years of experience with the Cleckley psychopath. In W. H. Reid, D. Dorr, J. I. Walker, & J. W. Bonner III (Eds.), *Unmasking the psychopath* (pp. 3-27). New York: Norton.

Cesare Maffèi

NOTA DEI TRADUTTORI

Tradurre un testo come *The mask of Sanity* che, supportato dalle innumerevoli descrizioni fenomenologiche dei casi clinici, storici e letterari riportati, è capace di andare “dritto al punto” nel suo intento di descrizione concettuale di ciò che chiamiamo “psicopatìa”, ha richiesto determinate scelte stilistiche nonché concettuali psicopatologiche.

Si è andati nella direzione di perseguire un’aderenza letteraria il più possibile vicina all’originale, nelle scelte di vocabolario e di significato, a partire dal titolo dell’opera stessa. Il termine “*sanity*” in Inglese porta con sé il molteplice significato di “sanità mentale”, “senno”, “buonsenso”, “senso comune”, “equilibrio”, concetti legati a ciò che dall’Autore viene chiamato “*normality*” (tradotto con “normalità”) e che nel titolo dell’opera in italiano è diventato “salute”, al fine di richiamare la particolare chiarezza comunicativa che caratterizza lo stile di Hervey Cleckley e volendo evitare la polisemia della parola “sanità”.

Potrebbe sembrare erronea l’iniziale minuscola per indicare malattie come la Schizofrenia o la stessa Psicopatìa ma ci si è voluti rapportare al grado di avanzamento delle concezioni coeve oltre che rispettare lo stile espressivo originario. Lo stesso vale per la denominazione di enti pubblici e privati così come per le indicazioni bibliografiche. Maggiore libertà ci si è presi invece nell’editing, al fine di modernizzarlo.

L’Autore si avvale, nella sua esposizione, di una facilità espressiva a tratti ironica e capace di intrattenere il lettore, il quale, più che ricevere risposte, viene indotto a porsi domande, a riflettere sul problema avvalendosi anche dei “non detti” suggeriti da questo stile comunicativo: nella traduzione si è cercato di mantenere il più possibile la genuinità delle espressioni utilizzate, che concorrono ad inserire questa produzione saggistica in un quadro letterario estremamente attuale.

Laura Arnaboldi
Elena Mercuri
Alberto Passerini