

L'INCIDENZA DELLA DEPRESSIONE NEL CONSENSO MATRIMONIALE AI SENSI DEL CAN. 1095

Michela Profita
Abogada de la Rota Romana

Fechas de recepción y aceptación: 16 de marzo de 2012, 17 de abril de 2012

Abstract: The interest for the psychopathology of depressions has grown in the last decade as it insidiously affects the basis of the canonical marriage: the capacity of each partner to become a projecting duality in order to achieve an authentic relationship between the spouses. Through a specific method that privileges the anthropo-phenomenological approach, this article summarizes the main topic of the book “*L’incidenza della depressione nel consenso matrimoniale ai sensi del can. 1095: profili medico-legali e probatori*” (*Incidence of depression in marital consent under the terms of can. 1095: medical-legal and evidential aspects*), written by Michela Profita, a deep study of the ontology of the depression, seen as a category of the humankind, and of its psychopathology, that allows us to see it as a condition distributed on a *continuum*, from sadness to psychosis, generating a continuous spectrum more than a depressive disorders list.

This perspective turns out very useful when applies to rotal jurisprudence. It clearly shows that the depressive pathology, in all its different aspects, becomes a relevant psychic cause under Can. 1095, no. 1, 2 and 3. Depression can be referred to in both a vertical and a horizontal way and undermines simultaneously all functions of one’s mind, in their mutual connections and interactions, more than just tampering the cognitive, the volitive or the affective faculty.

Furthermore much attention is given to the evidential detection of the depression disorder. Forensic tests gain a vital importance as they are most suitable way to probe the capacity to fully encounter the other, to explore the human difficulty of reaching perfect reciprocity, to reveal melancholy as pathology of intersubjectivity and of interpersonal experience.



Keywords: Marital Consent, Can 1095, Nullity of marriage, Lack of sufficient use of reason, Lack of discretion of judgment, Inability to assume marriage duties, Depressive symptomatology, Depression, Manic depressive psychosis, Vital depression, Existential Categories of Depression, Inability to love, Rotal Jurisprudence.

Resumen: En la última década ha crecido en el interés por la psicopatología de la depresión, y cómo afecta negativamente a la base del matrimonio canónico: la capacidad de cada una de las partes para formar un proyecto de vida común ordenado a convertirse en una auténtica relación sponsal. Utilizando un método específico que privilegia la aproximación antro-po-fenomenológica, este artículo resume el contenido fundamental del libro “*L’incidenza della depressione nel consenso matrimoniale ai sensi del can. 1095: profili medico-legali e probatori*” (*Incidencia de la depresión en el consentimiento matrimonial según el can.1095: aspectos médico-legales y probatorios.*) Escrito por la abogada rotal Michela Profita, propone un profundo estudio de la ontología de la depresión -como categoría humana- y su psicopatología, que abarca, vista como un *continuum*, desde la tristeza hasta la psicosis, de lo que resulta un espectro continuo más que una lista de desórdenes.

Esta perspectiva se aplica con resultados muy favorables a la jurisprudencia rotal. Parece claro que la depresión es una patología que, en sus diferentes aspectos, llega a ser relevante en cuanto a lo que se refiere el canon 1095 n° 1, 2, y3. Pero la depresión puede afectar de un modo horizontal y vertical, y socavar simultáneamente todas las funciones de la mente, en sus diversas conexiones e interacciones, más allá de de trastocar simplemente la facultad cognitiva, volitiva o afectiva.

Además, se le da mucha atención a la prueba para la detección de los desórdenes depresivos. La prueba pericial tiene gran importancia como uno de los modos más adecuados para probar la capacidad para un pleno encuentro con el otro, para descubrir las dificultades humanas para una perfecta entrega recíproca y para mostrar la melancolía como patología de la intersubjetividad y de la experiencia interpersonal.

Palabras clave: Consentimiento Matrimonial, Can. 1095, Nulidad matrimonial, Falta del suficiente uso de razón, Falta de discreción de juicio, Incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, Sintomatología depresiva, Depresión, Psicosis Maníaco-Depresiva, Depresión Vital, Categorías existenciales de la depresión, Incapacidad de amar, Jurisprudencia Rotal.



1. OGGETTO DELLA RICERCA E "STATUS QAESTIONIS"

La presente ricerca ha per oggetto la depressione quale causa psichica rilevante ai sensi del can. 1095, ovvero quale causa psichica che può incidere negativamente sulla capacità consensuale richiesta dal can. 1095 per celebrare un matrimonio valido.

In via preliminare, mi preme evidenziare i punti principali che verranno esaminati nel corso di questo studio:

In primis inizieremo con l'individuare il motivo sotteso all'indagine "de qua", ovvero a chiederci l'origine dell'interesse per un tema tanto controverso quanto spinoso: quello della depressione.

In secondo luogo, nel tentativo di comprendere e di circoscrivere l'oggetto della ricerca, cercheremo di capire che cosa si intende per depressione in termini medico-psichiatrici.

Superato così il problema definitorio, andremo a delineare i rapporti esistenti tra fenomeno depressivo e consenso matrimoniale, collocando la patologia depressiva nel canone sull'incapacità consensuale¹.

Infine, faremo qualche accenno all'accertamento probatorio del fenomeno depressivo sottolineando, da un lato, i limiti dell'indirizzo psichiatrico tradizionale, i.e. quello clinico nosografico (fondato sullo studio dei casi clinici) e, dall'altro, i vantaggi dell'indirizzo psichiatrico esistenzialista, secondo il quale oggetto dell'indagine psicopatologia è l'uomo nella sua dimensione esistenziale - e non il paziente - mentre il sintomo disvela non una malattia ma il particolare modo di essere e di esistere di un'umana presenza.

2. ORIGINE DELL'INTERESSE PER IL TEMA DEPRESSIVO

L'attenzione a questo tema di indagine è riconducibile essenzialmente ad un duplice interesse: uno strettamente empirico e l'altro più squisitamente scientifico, riguardante il campo medico-legale e giuridico.

Sotto il primo profilo, e cioè quello **empirico**, la diffusione sempre crescente della depressione quale realtà fenomenica di malessere esistenziale, non solo dell'individuo che ne è affetto, ma anche della coppia di cui l'individuo è parte e, più in generale, del mondo relazionale che lo circonda, pone insistentemente all'attenzione del canonista

¹ Da questo punto di vista, possiamo anticipare che la patologia depressiva non si adagia comodamente in questo ambito normativo ma offre lo spunto per affrontare una serie di problemi di inquadramento giuridico connessi al can. 1095 e in relazione ai quali, in una prospettiva de iure condendo, cercheremo di prospettare possibili soluzioni.



- che si occupa di tali dinamiche relazionali - un quesito fondamentale, e cioè se la depressione rientri tra le cause psichiche che possono determinare l'incapacità consensuale di cui al can. 1095 CIC.

La considerazione, nella letteratura psichiatrica, della depressione quale patologia della *solitudine* e del *vuoto interiore*², quale patologia dell'*intersoggettività* e quale *eclissi dell'amore*³, infatti, sembra intaccare direttamente i presupposti dell'incontro duale sul quale si fonda il matrimonio canonico, e cioè la capacità del singolo a declinarsi in *dualità progettante* e, in definitiva, a realizzare, secondo la terminologia canonistica, una vera *communio vitae et amoris* ed una autentica *relazione interpersonale* tra i coniugi. Se si pensa alla dimensione di chiusura, di immobilismo e di paralisi che il soggetto depresso vive, insieme al dominio di proiezioni pessimistiche di sé, del mondo e del futuro, che gli impediscono di aprirsi con slancio ed entusiasmo ad una prospettiva dialogica e relazionale, è facile comprendere come le prime ad essere pregiudicate sono la capacità di donazione e di oblazione reciproca, la predisposizione dialogica e la sintonia empatica; strumenti, questi ultimi, attraverso i quali realizzare l'incontro dei coniugi, la loro integrazione e, infine, quel percorso comune di perfezionamento reciproco che costituisce, al di là di ogni astratta e sfumata definizione teorica, il contenuto concreto ed esistenziale del *bonum coniugum*.

Sotto il secondo profilo, quello **dell'interesse scientifico**, la scelta di questo tema di indagine, trova spiegazione nella necessità di superare le difficoltà che la dottrina e la giurisprudenza canonica incontrano quando si tratta di inquadrare patologie, come la depressione appunto che, coinvolgendo simultaneamente i vari livelli della psiche (cognitivo, volitivo, affettivo), sfuggono ad un inserimento univoco nell'ambito del can. 1095, ancorato tuttora, prevalentemente, ad una logica interna di distribuzione delle singole patologie in senso orizzontale; una logica, cioè, che tiene conto della compromissione di singole facoltà psichiche e non della alterazione della loro reciproca connessione, interazione e interdipendenza.

Tale impostazione trova il suo limite quando si tratta di comprendere la patologia depressiva, quale condizione psichica che investe contemporaneamente i vari livelli della psiche ovvero le funzioni cognitive, volitive ed affettive nella loro complessità; realtà questa, cui corrisponderebbe un più corretto inquadramento non in orizzontale ma in senso trasversale nel can. 1095.

² Cf. B. Callieri, *Solitudine ed isolamento: Vuote stanze dell'esistenza melanconica*, in *Attualità in Psicologia* 4, 12, 1997, pp. 425-433.

³ Cf. B. Callieri, *La depressione: solitudine dell'essere o crisi dell'amore?*, in *Rivista sperimentale di Freniatria e medicina Legale delle alienazioni mentali* 114, 6, 1990, pp. 1207-1217.



3. QUESTIONE DEFINITORIA

Non ci si può inoltrare nei sentieri di questa indagine sulla depressione senza circoscrivere il **concetto** stesso di depressione e, cioè, senza affrontare il **problema della sua definizione**.

In realtà, si tratta di un concetto fortemente ambiguo, con connotazioni semantiche diverse, dovute al fatto che il termine è stato variamente applicato per indicare: un particolare tipo di sentimento o sintomo; un insieme di sintomi (o sindrome); un'entità nosologica ben definita.

Nel primo caso, quando descrive cioè il *sintomo emotivo*, il termine si riferisce al morale basso o ad un umore "depresso". Si tratta di uno stato soggettivo occasionale caratterizzato da tristezza, solitudine, abbattimento (*melanconia sensu strictu*).

Nella seconda accezione, il termine "depressione" viene usato per indicare una struttura complessa di deviazioni dei sentimenti, delle conoscenze e del comportamento (che riguardano cioè la sfera affettiva, cognitiva e volitiva) che non viene configurata come disturbo psichiatrico distinto, ma come generica modalità o stile di esistenza. In tali casi, si parla di *sindrome* o di un complesso di sintomi, l'insieme dei quali viene, a volte, concettualizzato come dimensione psicopatologica, con intensità variabile da lieve a grave. Sotto questo profilo, parleremo di psicopatologia della depressione a struttura vitale, che ci consente di cogliere il fenomeno depressivo quale condizione esistenziale distribuita lungo un *continuum* che va dalla tristezza alla psicosi, attraverso piccole differenze quantitative e non qualitative.

Infine, il termine depressione è stato usato per indicare *un'entità nosologica distinta*. In questi casi, quando la depressione viene concettualizzata come entità clinica specifica, si qualifica per la presenza di determinati tratti clinici che si aggiungono ai segni e sintomi caratteristici, tra i quali un determinato tipo di insorgenza (eziopatogenesi), di decorso, di durata e di esito. Ma la mancanza di criteri di classificazione uniformi ed omogenei rende estremamente difficile muoversi nella giungla nosografica, nel tentativo di comporre i dualismi, comprendere le sinonimie terminologiche e sistematizzare la materia. La storia della nosografia degli stati depressivi è scandita da una contrapposizione dialettica tra **gradualisti**, che considerano la depressione come un'entità clinica essenzialmente unitaria, che si può manifestare in svariate forme, e separatisti che sezionano la sindrome lungo diversi piani, creando molteplici dicotomie; questi ultimi sostengono l'esistenza di numerosi tipi clinici che tengono conto della eziologia (endogena-esogena), del grado di reattività agli eventi esterni (autonoma-reattiva), della natura (psicotica-nevrotica); la conseguenza di questa impostazione, che ha determinato negli ultimi decenni la tendenza ad una eccessiva parcellizzazione e frantumazione clini-



ca della depressione - di cui il DSM IV⁴ ne è un chiaro esempio - è la difficoltà di cogliere la sintomatologia depressiva nella sua unitarietà, nei suoi tratti essenziali.

4. PSICOPATOLOGIA DELLA DEPRESSIONE A STRUTTURA VITALE

Pertanto, concentreremo la nostra attenzione sulla delineazione della **psicopatologia della depressione a struttura vitale**; ciò ci consente di cogliere, al di là di ogni frammentazione clinica, la fenomenica depressiva nella sua globalità, quale condizione esistenziale, quale *condicio humana melancholica*, distribuita lungo un *continuum* che va dalla tristezza alle forme psicotiche più gravi, con piccole e graduali differenze quantitative di elementi sintomatici che si ripetono sempre uguali a sé stessi. E' sorprendente vedere come la sintomatologia depressiva venga descritta nelle varie epoche storiche in maniera piuttosto uniforme già a partire dai trattati medici di Ippocrate. In particolare, nel *Corpus Hippocraticum*, questi delinea concretamente un "tipus melancholicus", inclinato o predisposto a manifestare tale disturbo in modo stagionale e periodico "*de special incidentia en primavera y otoño*"⁵. Tuttavia spetta ad Areteo di Cappadocia, medico vissuto nel I sec. d.C., la prima sistematica descrizione della melanconia in termini clinici, prognostici e nosografici che hanno conservato, in virtù della loro puntualità, un'autentica modernità. Secondo la descrizione di Areteo, il paziente melanconico appare "*triste, sgomento, insonne... Dimagriscono per la loro agitazione e per la mancanza di sonno ristoratore... A uno stadio più avanzato si lamentano per mille inezie e desiderano la morte*"⁶. Ulteriore descrizione minuziosa del soggetto melanconico si trova in Plutarco, nel II sec. d.C. "*Lasciate – dice il miserabile – che io, l'empio, il maledetto, l'odiato dagli dei, scontis la mia pena*". *Sta seduto all'aria aperta avvolto in un sacco o in stracci sudici. Di tanto in tanto si rotola nudo nel sudiciume, confessando questo o quel peccato. Ha mangiato o bevuto qualcosa che non doveva. Ha preso questa o quella strada che l'Essere divino non approvava*"⁷. Se si confrontano tali descrizioni con quelle contenute nei testi moderni si può notare come la depressione costituisca una delle sindromi psichiatriche la cui descrizione clinica è pressochè costante nel susseguirsi delle varie epoche storiche. I segni e i sintomi fondamentali usati attualmente per diagnosticare la depressione si ritrovano nelle descrizioni antiche: turbamento dell'umore (triste, sgomento, inutile); autopunizioni

⁴ Cf. A.P.A., DSM IV, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, 1996⁴.

⁵ Cf. F. Fuentenebro de Diego, C. Vazquez Valverde, *Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatria*, Madrid, 1990, p. 901.

⁶ Citato da A. T. Beck in A. T. Beck, *La depressione*, Torino, 1979, p. 17.

⁷ Citato da G. Zilboog in G. Zilboog, *A History of medical Psychology*, New York, 1941.



(il maledetto, l'odiato dagli dei); comportamento svilente e autodegradante (avvolto in un sacco di stracci sudici [...] si rotola nudo nel sudiciume); desideri di morte; sintomi fisici e vegetativi (agitazione, inappetenza, dimagrimento, insonnia); e deliri connessi alla percezione di aver commesso peccati imperdonabili. Da tali descrizioni emerge che le sue manifestazioni sono rilevabili in tutti gli aspetti del comportamento, comprese le tradizionali ripartizioni psicologiche dell'affettività, della conoscenza e della volizione.

5. SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA : TEORIA COGNITIVA DI BECK

Nei secoli successivi, vari sono i tentativi di sistemazione della materia ma uno dei più efficaci e ordinati a livello espositivo è quello effettuato da Beck nella sua "Teoria cognitiva"⁸ (alla fine degli anni '70) che riconduce i sintomi della depressione a quattro insiemi fondamentali:

- a) il **gruppo affettivo** che comprende le manifestazioni emotive e cioè l'umore abbattuto, il sentimento negativo verso sé stessi, la disistima, la perdita di attaccamenti emotivi, le crisi di pianto, la perdita della risposta d'ilarità, la perdita della capacità d'amare (depressione corrisponde all'eclissi dell'amore);
- b) il **gruppo motivazionale** che riguarda le motivazioni sottese ad un atto della volontà, ovvero le motivazioni che spingono ad una scelta; queste, nel depresso, appaiono improntate ad un senso di paralisi, di immobilismo, di stasi totale, congiuntamente a desideri di elusione, di fuga e di ritiro a causa della sostanziale mancanza di una progettualità di vita nella quale proiettarsi ed orientare le proprie scelte;
- c) il **gruppo cognitivo** che comprende le manifestazioni cognitive e la capacità di formulare giudizi e, in particolare, le aspettative negative, l'autoaccusa, l'autocritica, l'indecisione, il pessimismo, l'interpretazione negativa di tutte le esperienze che inibisce la progettazione e favorisce il ripiegamento nostalgico nel passato;
- d) ed infine, il **gruppo dei sintomi fisici e vegetativi** di cui fanno parte le manifestazioni fisiche e vegetative che traducono a livello corporeo la fatica dell'esistenza melanconica; tra queste ricordiamo la stanchezza, l'apatia, l'affaticamento corporeo a cui fanno da sfondo l'inappetenza, la perdita della libido e le turbe del sonno.

⁸ Cf. A. T. Beck, *La depressione*, Torino, 1979.



Importante sottolineare che i vari gruppi sintomatici non sono alternativamente ma simultaneamente presenti nella fenomenica depressiva, seppur con combinazioni quantitative variabili, qualificandola come disturbo psichico che investe nello stesso tempo la sfera cognitiva o intellettuale, quella affettiva o emotiva, quella motivazionale o volitiva, inestricabilmente unite in un processo psichico unitario.

6. DIFFICOLTÀ DI INQUADRAMENTO DELLA DEPRESSIONE NEL CAN. 1095

Ciò spiegherebbe la difficoltà di inquadramento delle singole fattispecie depressive nell'ambito del can. 1095 che, secondo l'impostazione dottrinale e giurisprudenziale tradizionale, distribuisce i vari livelli della psiche in senso orizzontale: infatti, configura le diverse ipotesi di tale canone come forme di incapacità in cui risultano rispettivamente compromesse le facoltà cognitive nel difetto di uso di ragione, le facoltà deliberative nel difetto di discrezione di giudizio e le facoltà volitive nel difetto di libertà interna.

Lo studio della depressione ci consente di fare due considerazioni fondamentali:

1. La **psiche costituisce una realtà unitaria** e la distinzione tra facoltà intellettive, affettive e volitive, sicuramente utile e funzionale ad una migliore comprensione astratta dei fenomeni, impedisce di percepire la realtà empirica del funzionamento della psiche che, nel processo decisionale che porta alla manifestazione del consenso matrimoniale, coinvolge, invece, simultaneamente le suddette facoltà, caratterizzandosi per la loro interazione e stretta connessione.
2. **Alcune patologie, come la depressione appunto, in quanto investono simultaneamente i vari livelli della psiche, pongono problemi di inquadramento nell'ambito del can. 1095, attualmente ispirato ad una logica interna di distribuzione delle patologie in senso orizzontale, che tiene conto, cioè, della compromissione delle singole facoltà.** Ciò suggerisce la necessità di una nuova interpretazione del can. 1095, in una prospettiva *de iure condendo*, che tenga conto della possibilità di un inquadramento trasversale di patologie, come la depressione appunto, che compromettono simultaneamente i vari livelli della psiche.

7. PSICOSI MANIACO-DEPRESSIVA

Per meglio comprendere cosa si intende quando sosteniamo che la patologia depressiva è una patologia trasversale che pregiudica e compromette simultaneamente le varie facoltà mentali si riporta, di seguito, un esempio concreto.



Consideriamo la PMD o Disturbo bipolare, patologia caratterizzata dalla oscillazione dell'affettività in due direzioni opposte: la mania da una parte (che implica euforia, estasi) e la depressione dall'altra (che implica tristezza e inibizione). La patologia, che si caratterizza per l'alternanza ciclica delle due fasi, intacca simultaneamente sia le funzioni intellettive che volitive ed affettive rendendo difficile, sotto il profilo pratico, stabilire distintamente l'incidenza sull'uno e sull'altro aspetto e il relativo inquadramento nel canone sull'incapacità consensuale.

Per meglio chiarire quanto detto, consideriamo nell'ambito della PMD la fase maniacale e verifichiamone le conseguenze a livello psichico: il soggetto non è in grado di emettere il consenso matrimoniale perché privo dell'equilibrio armonico di intelletto e volontà. Durante tale fase di esaltazione, il soggetto ha una percezione alterata di sé stesso e della realtà, egli non è in grado di percepire la sostanza del matrimonio neanche nelle sue linee distintive ed essenziali⁹; sotto il profilo normativo la fattispecie è inquadrabile nell'ambito del can. 1095, n. 1. Ma, in questo ambito, ad essere pregiudicata non è solo la facoltà cognitiva, ma anche la ideazione (ovvero la capacità deliberativa) e la affettività (e, di conseguenza, la volizione).

Sotto il profilo della ideazione, la mania è caratterizzata dalla "*fuga de ideas incontentida y acelerada con incoherencia, rapidez y superficialidad de pensamiento que necesariamente llevará consigo dificultad de concentración*"¹⁰. A causa di ciò la mente del soggetto "vuola" su qualunque stimolo riceva e ciò impedisce al soggetto di fare una valutazione ponderata e prudente dei motivi e contromotivi che la scelta matrimoniale richiede¹¹. In queste ipotesi il soggetto perviene alla decisione di sposarsi sulla base di un impulso transitorio e di una decisione affrettata che costituisce l'espressione più evidente di una irriflessione su sfondo maniacale. Ma il fatto che il soggetto non riesca a fare una valutazione ponderata ed equilibrata del matrimonio, determina lo "scivolamento" della fattispecie fattuale dall'ambito del difetto di uso di ragione a quello del difetto di discrezione di giudizio e del difetto di libertà interna. Anzi l'argomentazione delle pronunce rota-

⁹ A. Liñan García, *La psicosis maniaco-depresiva y su incidencia en el consentimiento matrimonial*, in *Curso de derecho matrimonial y procesal canónico para profesionales del foro* 12, Salamanca, 1996, p. 181: "*Cuando el contraente se encuentra en pleno acceso maniaco grave, tal acto no existe ya que adolece –mientras este acceso persista– de una incapacidad radical para emitir el consentimiento matrimonial, puesto que el consentimiento precisa ser efectuado por alguien que sabe lo que hace y que quiere lo que realiza*".

¹⁰ Cf. J. J. García Failde, *Trastornos psíquicos y nulidad del matrimonio*, Salamanca, 1999, p. 335.

¹¹ Cf. F. Gil de las Heras, *Neurosis, psicopatías e inmadurez afectiva. Su tratamiento jurisprudencial en los Tribunales Eclesiásticos Españoles*, in *Ius Canonicum* XXVIII/55, 1988, p. 256; I. López Saiz, J. M. Códón, *Psiquiátrica jurídica, penal y civil* 1, Burgos, 1968³, p. 331.



li talvolta dimostra il trapasso dalla prima forma di incapacità all'altra¹². In tal senso, quindi, in una determinata fattispecie, dall'esigenza del sufficiente uso di ragione per il valido consenso, e dalla sua menomazione avvenuta nelle "graviore mentis infirmitates rationis usum auferentes" come nella psicosi maniaco-depressiva, si passa al difetto di discrezione di giudizio, poiché questa condizione in stato qualificato - secondo la consolidata giurisprudenza rotale - "impedit illam discretionem iudicii quae necessaria est ad contrahendum"¹³.

Sotto quest'ultimo profilo, il soggetto in fase maniacale è dominato da impulsi emotivi contingenti di esaltazione e di euforia che spingono la sua volontà in una certa direzione, impedendogli di opporvisi e di contrastarli. Infatti, se il soggetto si trova in fase di euforia o di esaltazione, le motivazioni che sostengono la scelta matrimoniale si presentano con un colorito eccessivamente positivo che gli impedisce di scegliere liberamente e lo spinge ineluttabilmente verso la decisione di contrarre matrimonio; la volontà è viziata, nel suo processo formativo, da una prospettiva irrealistica, e cioè da una visione fantastica e chimerica della vita che dipende dallo stato di esaltazione in cui si trova la sua psiche in quel momento determinato¹⁴; ma ciò non significa forse che c'è un difetto di libertà interna poiché la volontà non è più capace di autodeterminarsi, libera da condizionamenti interni e impulsi determinanti¹⁵?

Ciò dimostra significativamente che nel tentativo di inquadrare la patologia depressiva è facile slittare dal difetto di uso di ragione al difetto di discrezione di giudizio e, ancora, al difetto di libertà interna!

A ciò si aggiunga anche la rilevanza della patologia sotto il profilo dell'incapacità ad assumere gli oneri essenziali del matrimonio, che si traduce nella impossibilità di adempiere tali obblighi nel matrimonio *in facto esse*. Se poi cerchiamo di circoscrivere e individuare, in concreto, gli obblighi che il soggetto depresso non è in grado di assumere e, in definitiva di adempiere, il primo a venire in rilievo è il *bonum coniugum*, che nell'ottica del personalismo del Concilio Vaticano II, e in quella di tanta giurisprudenza illuminata, come quella C. Serrano, si riconduce allo *ius ad relationem interpersonalem*

¹² Cf. A. Stankiewicz, *Il contributo della giurisprudenza rotale al defectus usus rationis e al defectus discretionis iudicii: gli ultimi sviluppi e le prospettive nuove*, in *L'incapacità di intendere e di volere nel diritto matrimoniale canonico (can. 1095, nn. 1-2)*, Studi Giuridici 52, Città del Vaticano, 1998, p. 280.

¹³ Cf. Coram Fiore, *decisio diei 20 octobris 1984*, in *Sacra Romanae Rotae Decisiones seu Sententiae (= SRRD)* 76, p. 543; coram Jullien, *decisio diei 23 februarii 1935*, in *SRRD* 27, pp. 78-79; coram Sabattani, *decisio diei 24 martii 1961*, in *SRRD* 53, pp. 157-159.

¹⁴ A tal proposito cf. le sentenze: coram Folrczak, *decisio diei 27 maii 1926*, in *SRRD* 18, pp. 183; coram Jullien, *decisio diei 23 decembris 1932*, in *SRRD* 24, pp. 557; coram Lefebvre, *decisio diei 9 maii 1959*, in *SRRD* 51, pp. 255.

¹⁵ Cf. J. J. García Faílde, *Nulidad de matrimonio (falta de libertad interna y exclusión de la indisolubilidad)* in *Collectanea de Jurisprudencia canónica*, 26, 1986, p. 273.



irrimediabilmente compresso e mortificato dalle patologie depressive. Ciò è vero a proposito della PMD, sia nella polarità depressiva che in quella maniacale; nella polarità maniacale, l'ego può prevalere spesso sull'alter-ego con la conseguenza che ogni forma di comunicazione tra le parti viene soppressa per lasciare il posto a condotte spesso violente e minacciose; nella polarità depressiva, viceversa, l'apatia vitale, la chiusura del soggetto depresso ripiegato sulle proprie angosce e sui propri vuoti esistenziali, la totale assenza di slanci vitali e di progettualità finisce verosimilmente per distruggere la comunicazione e l'empatia nella coppia e, in definitiva, la stessa capacità di amare.

8. INTERPRETAZIONE DINAMICA DEL CAN. 1095

Al termine di questa considerazione esemplificativa, si impone una **riflessione**: se siamo riusciti ad inquadrare la PMD in tutte e tre le fattispecie del can. 1095 e se in tutte e tre le ipotesi abbiamo sottolineato come sono coinvolte contemporaneamente sia le facoltà intellettive che volitive, inestricabilmente unite in un processo psichico unitario, non vuol dire che la differenza tra i tre numeri del can. 1095 è una differenza quantitativa e non qualitativa?

Questo vuole essere un punto di riflessione destinato ad ulteriori sviluppi, man mano che i progressi della scienza ci daranno ulteriori informazioni sul funzionamento della psiche. Intanto, occorre pensare al can. 1095 come una realtà normativa dinamica e non una realtà statica e definitiva, proponendo una interpretazione di tale canone nuova in cui la distribuzione delle patologie non avviene per singole facoltà compromesse (cioè in senso orizzontale) ma per gradi o livelli di compromissione e cioè sulla base di un criterio di distinzione quantitativo e non qualitativo in cui la patologia si adagia al suo interno a seconda della intensità con cui compromette le funzioni mentali, sempre considerate nella loro interazione e connessione reciproca e mai individualmente (cioè per livelli di gravità decrescente che vanno dal 1095, n. 1 al 1095, n.3).

9. LA PATOLOGIA DEPRESSIVA NELLA GIURISPRUDENZA ROTALE

Ulteriore conferma che la sindrome depressiva costituisce una patologia che si inserisce nel can. 1095 in senso trasversale si ricava da uno studio sistematico della giurisprudenza rotale sul tema, a far data dal nuovo codice. Da tale indagine emerge che la patologia depressiva è ricondotta tendenzialmente alle tre principali aree di interesse psichiatrico (quella delle sindromi psicotiche, nevrotiche e psicopatiche ovvero dei disturbi di personalità) e che a ciascuna di tali forme corrispondono decisioni giudiziali che ri-



conducono le fattispecie depressive ai numeri 2 e 3 del can. 1095, mentre estremamente rari sono i casi di inquadramento del fenomeno depressivo nel difetto di uso di ragione, che investe solo le più gravi ipotesi di PMD e, perlopiù, con riferimento a pronunce risalenti al periodo anteriore alla promulgazione del nuovo codice¹⁶.

Il dato che emerge con evidenza è che alla estrema frammentazione nosografica della patologia, corrisponde una grande confusione e varietà terminologica nelle sentenze (dove non è raro trovare, a fronte dello stesso caso clinico, una pluralità di perizie con esiti diagnostici molti diversi tra loro!); ciò rende difficile all'operatore del diritto individuare dei criteri unitari di sistemazione della materia che consentano di associare alle diverse ipotesi mediche precise conseguenze sul piano giuridico, ovvero di stabilire, in maniera teorica e astratta, se una determinata sindrome depressiva renda un matrimonio nullo o valido.

La giurisprudenza ha elaborato dei criteri di massima secondo i quali laddove la patologia depressiva si presenta nelle forme psicotiche più gravi nella generalità dei casi comporta un'incapacità consensuale ai sensi del can. 1095 1, 2 e 3; mentre, laddove si presenti nelle forme nevrotiche o psicopatiche, incide negativamente sul consenso matrimoniale, ai sensi del can. 1095, nn. 2 e 3, alle seguenti condizioni: a. che sia anteriore alle nozze; b. che attenga alla natura del connubio o all'oggetto del consenso; c. che sia grave; d. che sia causa del naufragio del matrimonio¹⁷. Tuttavia, rimane una grande area di indeterminazione dovuta al fatto che lo stesso concetto di gravità è piuttosto vago e sfumato e non gode di criteri di determinazione univoca. Pertanto, al di là di questi criteri di massima elaborati dalla giurisprudenza, occorre valutare la specificità del caso singolo, con un'attenta valutazione dei "fatti o circostanze di ogni matrimonio, cioè delle condizioni individuali di ciascun contraente nella sua concretezza psico-fisica e ambientale"¹⁸, al fine di stabilire se, al di là dell'inquadramento diagnostico, il quadro psicopatologico del contraente è tale da incidere negativamente sulla sua capacità ad emettere un consenso valido.

Nonostante il fatto che la stessa fattispecie concreta sia suscettibile di plurimi inquadramenti diagnostici, ciò non deve costituire un ostacolo all'attività decisoria del giudice che, al di là delle etichette cliniche, è tenuto a stabilire l'incidenza della causa

¹⁶ Tra queste sentenze indichiamo a titolo esemplificativo la coram Lefebvre, *decisio diei 9 maii 1959*, in *SRRD* 51, p. 255; coram Calvo Tojo, *decisio diei 15 novembris 1984 del Tribunale di Santiago de Compostela confermata con Decreto del Tribunale della Rota del 7 martii 1985*, in *Revista Española de Derecho Canónico* 41, 1985, p. 267.

¹⁷ Cf. M. F. Pompedda, *Progetto e tendenze attuali della giurisprudenza sulla malattia mentale e il matrimonio*, in M. F. Pompedda, *Studi di diritto matrimoniale canonico*, Milano, 1993, p. 138. In via esemplificativa vedi sentenza coram Raad, *decisio diei 12 iunii 1980*, in *Il diritto ecclesiastico*, 1981, p. 19.

¹⁸ Cf. M. F. Pompedda, *Nevrosi e personalità psicopatiche in rapporto al consenso matrimoniale*, in AA.VV., *Perturbazioni psichiche e consenso nel matrimonio canonico*, Officium Libri Catholici, Roma, 1976, p. 41.



psichica sul consenso matrimoniale e, quindi, ad operare sulla base di criteri meramente giuridici e non medici. Esemplificativa, a tale proposito, è una sentenza c. Palestro del 19.5.1993¹⁹ in cui lo stesso disturbo psichico è stato variamente qualificato, dai diversi periti intervenuti nel giudizio, come Disturbo bipolare I “che costituisce la moderna dizione nosografica corrispondente a quella che tradizionalmente veniva indicata come psicosi maniaco depressiva”²⁰, oppure come depressione reattiva “a problematiche nel campo familiare”²¹ ed infine come disturbo depressivo di personalità “nell’ambito della “cicloidia”, e cioè di un’anormalità stabile del tono umorale”²². In questa sentenza, il giudice si pronuncia *pro vinculo* a riprova del fatto che i criteri di valutazione medica sono diversi da quelli di valutazione giuridica e che **non basta accertare l’esistenza di un’anomalia per dedurre la nullità del matrimonio**. Di fronte alla relatività e convenzionalità degli inquadramenti diagnostici, il giudice deve essere in grado di cogliere la realtà esistenziale dell’uomo considerato non come paziente e come caso clinico, ma come persona da comprendere e da incontrare, al fine di stabilire se l’anomalia psichica di cui soffre, indipendentemente dalla etichetta diagnostica data dal perito, comporti come conseguenza, sul piano giuridico, la sua incapacità consensuale.

10. INDIRIZZO ANTROPOFENOMENOLOGICO

Visto che l’impostazione clinico nosografica, tendente a parcellizzare la sindrome depressiva in una moltitudine di quadri diagnostici, rivela tutta la sua inadeguatezza a comprendere il fenomeno depressivo nella sua unitarietà e a fornire al giudice criteri di valutazione univoci, ci si chiede quale sia l’indirizzo psichiatrico che possa favorire il dialogo tra giudice e perito e che possa fornire un utile strumento per gli operatori del diritto, al fine di stabilire la effettiva incidenza della fenomenica depressiva sul consenso matrimoniale.

L’opzione teorica prescelta è quella antropologica esistenzialista che costituisce “*quell’orizzonte di una comune antropologia*” entro il quale si colloca il “*punto di partenza del dialogo tra giudici e periti*”²³. In particolare, l’orientamento esistenzialista ispirato all’insegnamento di Binswanger dello studio dei ‘casi’, attento a considerare il paziente come persona unica e irripetibile, a reinterpretare il rapporto medico-paziente in

¹⁹ Cf. coram Palestro, *decisio diei 19 maii 1993*, in *SRRD* 85.

²⁰ Cf. coram Palestro, *decisio diei 19 maii 1993*, in *SRRD* 85, p. 392.

²¹ Cf. coram Palestro, *decisio diei 19 maii 1993*, in *SRRD* 85, p. 393.

²² Cf. coram Palestro, *decisio diei 19 maii 1993*, in *SRRD* 85, p. 394.

²³ Cf. Giovanni Paolo II, *Allocutio ad Rotae Romanae auditores coram admissos, 5 febraio 1987*, in *AAS* 79, 1987, p. 1455.



termini di ‘incontro’ e non di indagine clinica, a ricostruire il disturbo clinico come percorso di un’umana sofferenza, sembra rispondere perfettamente alle istanze personalistiche del magistero recente fornendo al giudice, chiamato a stabilire l’incidenza di una causa psichica sul consenso matrimoniale, gli strumenti necessari per “*inoltrarsi nel profondo dell’individuo là dove hanno origine quei fenomeni che devono essere esaminati e interpretati*”²⁴.

11. ACCERTAMENTO PROBATORIO DELLA DEPRESSIONE

In ambito probatorio, l’orientamento esistenzialista tende a verificare la sussistenza della patologia depressiva non attraverso la rilevazione di tratti clinici ben definiti o attraverso sterili tentativi di inquadramento diagnostico, spesso fluttuanti e sfumati in relazione alla stessa fattispecie, ma attraverso l’analisi del sistema relazionale del depresso; è tale sistema, infatti, nei più svariati campi della vita quotidiana (affettiva, familiare, sociale, professionale) che viene smantellato e gravemente compromesso dalla patologia depressiva quale patologia della “comunicazione intersoggettiva” e “dell’incontro interpersonale”. In questa prospettiva i vari strumenti istruttori²⁵ tendono alla ricostruzione dello scenario biografico del soggetto, nel tentativo di cogliere quegli atteggiamenti, condotte, azioni dai quali emerge la **distorsione patologica della capacità relazionale dell’esaminato**. Insomma, ciò che si cerca di indagare non sono solo i sintomi psichici dell’uomo neuronale, ma la sua difficoltà a declinarsi in reciprocità, in dualità progettante (quale presupposto di una vera comunione di vita e di amore) e a realizzare quella dimensione dialogica, interpersonale, relazionale ed empatica che è il sintomo più tipico della sindrome depressiva.

In particolare, ci si chiede quale sia l’oggetto dell’indagine istruttoria, alla luce dell’indirizzo antropofenomenologico, ovvero quali i dati che devono emergere, a livello probatorio, affinché la patologia depressiva possa pregiudicare la capacità consensuale del nubente.

Secondo l’indirizzo antropofenomenologico, per il quale la fenomenica depressiva si sviluppa lungo un *continuum* che va dalla tristezza alla psicosi, gli insiemi sintomatici (affettivo, cognitivo, motivazionale, somato-vegetativo) che rivelano il fenomeno de-

²⁴ Cf. M. F. Pompedda, *Dialogo e collaborazione tra Giudici e Periti nelle cause di nullità di matrimonio*, in *Periodica de re canonica* 88, 1999, p. 150.

²⁵ Si fa riferimento sia alle dichiarazioni delle parti e testimonianze, rivalutati come fondamentali strumenti di ricerca della verità, secondo la concezione personalistica del Concilio Vaticano II, che alla perizia quale protagonista indiscussa dell’accertamento probatorio per la sua idoneità intrinseca allo studio della psiche e del suo funzionamento.



pressivo si osservano nella malinconia, non solo nella sua dimensione patologica ma anche nella malinconia come stato d'animo (come *Stimmung*): la tristezza, la sofferenza, il senso di colpa, l'angoscia, il naufragio della speranza sono elementi che, considerati isolatamente, non sempre assumono una radicale connotazione clinica; da ciò ne consegue che a fondare l'esperienza depressiva psicotica, nevrotica o psicopatica non sono semplicemente i sintomi allineati gli uni agli altri, ma la metamorfosi di alcune fondamentali strutture esistenziali. In altri termini alla luce dell'indirizzo antropofenomenologico, **i sintomi clinici della depressione vengono reinterpretati alla luce di fondamentali categorie esistenziali che nel soggetto melanconico risulterebbero deviate, tanto da configurare le sindromi depressive quali distorsioni di tali principali strutture esistenziali: l'intersoggettività, lo spazio, il tempo, il corpo, il linguaggio, l'amore che nella malinconia clinica assumono una particolare connotazione.** In sintesi, tale opzione metodologica si propone di fornire un modello interpretativo della patologia depressiva, non solo come entità clinico-nosografica ma come condizione esistenziale, come *condicio humana melancholica*²⁶, nel tentativo di trovare dietro una *gestalt* psicotica, nevrotica o psicopatica un modo di essere di un'umana presenza, con una propria storia di vita ed un proprio vissuto esistenziale, non solo da diagnosticare ma anche da comprendere e incontrare.

Riguardo le **categorie esistenziali che risultano deviate nel depresso**, la malinconia clinica si compone di alcuni aspetti fondamentali: la **tristezza vitale**²⁷, che non lascia spazio ad alcuna speranza di risoluzione ed è avvertita come un arresto, una frattura del divenire; **l'inaridimento e lo svuotamento affettivo** (lo schneideriano sentimento della mancanza di sentimento²⁸), che investe in primis i familiari del depresso, destina-

²⁶ Emblematicamente rappresentata dal Typus Melancholicus di Tellembach ritratto in H. Tellembach, *Melancholie*. Tr. It.: E. Cipollini (a cura di), *Melancholia*, Roma, 1975.

²⁷ Nella descrizione che fa Jaspers del vissuto melanconico tale elemento riveste un ruolo centrale. A proposito della depressione, definita in contrapposizione alla mania, l'autore così si esprime: "Il suonucleo è formato da una altrettanto immotivata e profonda tristezza, alla quale si aggiunge una inibizione di tutta l'attività psichica, che oltre ad essere sentita molto dolorosamente in senso soggettivo, è anche constatabile oggettivamente. Tutte le pulsioni istintive sono inibite, il malato non ha voglia di nulla. Da una diminuzione dell'impulso al movimento e all'attività si giunge fino ad una completa immobilità. Nessuna risoluzione, nessuna attività possono essere intraprese. Le associazioni non sono più disponibili. Ai malati non viene in mente più niente /.../ sentono la propria incapacità di rendimento e si lamentano della propria insufficienza, dell'insensibilità e del vuoto /.../. Nella profonda tristezza il mondo appare loro come grigio nel grigio, indifferente e sconsolante. Di ogni cosa cercano solo il lato sfavorevole ed infelice. Nel passato hanno avuto molte colpe (autorimpoveri), il presente offre loro solo disgrazie /.../ l'avvenire appare loro insignificante" cf. K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913-1959)*, Roma, 1988³, p. 64.

²⁸ Analogamente a Schneider, anche Jaspers constata nei depressi come fenomeno singolare: K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913-1959)*, p. 120: "il sentimento di non avere più alcun sentimento /.../. Non si tratta di un'apatia, ma di una penosa sensazione di insensibilità /.../. I malati /.../ non sentono più affetto per i propri



tari delle sue angosce e dei suoi sensi di colpa e, nello stesso tempo, testimoni dei suoi silenzi e del suo isolamento; **l'alterazione della coscienza del tempo interiore e dello spazio**: sotto il profilo **temporale**, il depresso ripiegato con atteggiamento rimuginativo su un passato costellato di "petit fautes"²⁹ dalle quali non riesce a liberarsi e incapace di proiettarsi in un futuro che avverte come ostile e minaccioso, vive in un arco temporale angusto e ristretto: quello di un presente precluso ad ogni possibilità di "futurizzazione". Analogamente, il senso di paralisi investe non solo la dimensione temporale, ma anche quella **spaziale**: l'isolamento in cui si rifugia il depresso mortifica e sacrifica la spazialità come dimensione aperta dell'esistenza, come movimento che diviene comunicazione, linguaggio, interlocuzione, intersoggettività³⁰; **l'alterazione della coscienza del corpo**: il corpo viene avvertito come ingombrante, pesante, malato e sul quale gravano molteplici tematiche ipocondriache³¹, perde quelle intrinseche qualità di mezzo elastico, vibrante, dinamico con il quale l'uomo si rapporta al mondo e si trasmettono emozioni, sentimenti, affetti. La lentezza e pesantezza dell'attività motoria traduce, all'esterno, la totale assenza di slanci vitali, l'agostiniana *protensio animi*. Ecco allora che al depresso, intorpidito nelle vuote stanze di un'esistenza melanconica, si affaccia l'idea della **morte**, come soccorso ultimo di una vita non vissuta ma subita, che può condurlo nelle ipotesi estreme, documentate in alcune sentenze rotali, al rifiuto della vita e quindi al suicidio³².

parenti, tutto è loro indifferente /.../ soffrono immensamente di questo vuoto sentimentale che sentono soggettivamente".

²⁹ L'espressione è di Tellembach il cui *typus melancholicus* è incline a dare importanza alle piccole colpe, proprio per la sua meticolosità, pignoleria, esasperata sensibilità morale, intransigenza con se stesso. Bellissime sono le pagine di *Melancholia* (231-235), dedicate a questo tema nelle quali, secondo l'autore, l'importanza critica delle piccole colpe consiste forse nel fatto che esse sono troppo piccole per poter dare origine a dei movimenti discoloranti e, d'altro canto, non sono abbastanza piccole per poter essere sorvolate o ignorate. B. Callieri, *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, Roma, 2001, p. 270: "l'.../ il tipo melanconico tende a soggiacere a questa dialettica e proprio il persistere sotto la soglia delle 'petit foutes' sarebbe patogeneticamente responsabile, almeno in parte, dell'esplosione dei sentimenti di colpa nella psicosi maniaco-depressiva /.../".

³⁰ Molto sensibili alla tematica della progettualità del depresso nella dimensione spazio-temporale sono gli autori esistenzialisti che utilizzano, in riferimento a tale tema, espressioni quali "corporeità progettatesi nel mondo" (Cargnello), "mondanizzazione del corpo" (Bovi). Per un approfondimento di tali temi confronta A. Bovi, *Appunti di psicopatologia fenomenologica*, Trieste, 1979; D. Cargnello, *Il problema della corporeità*, Lav. Neuropsic. 44, 3, 1971.

³¹ Con ipocondria, termine di origine greca, si indica la preoccupazione priva di relai fondamentali organici, relativa alla salute in generale o diretta a particolari organi e funzioni, che si accompagna a stati di ansia, di depressione e di malesseri fisici molteplici e insistenti, le cosiddette "psichestesie d'allarme". Per un approfondimento del tema cfr. B. Callieri, *I deliri depressivi*, in *Quando vince l'ombra*, pp. 290-309.

³² M. Montanari, *La depressione nelle minacce all'esistenza*, in *Le sindromi depressive. Atti del symposium Rapallo 23-24 aprile 1960*, Torino, 1960, p. 306: "Qualora il rifiuto dell'esistenza sia tale da dominare il più potente degli



12. DEPRESSIONE QUALE DISTURBO DELLA CAPACITÀ DI AMARE

In definitiva, la psicopatologia depressiva incide proprio sulla capacità di amare che costituisce forse la più importante dimensione e categoria dell'esistenza umana.

Non si può chiudere, infatti, la psicopatologia della depressione senza toccare il tema dell'**amore**, perché è proprio nella malinconia clinica che il disturbo della capacità di amare, si configura in tutta la sua gravità per l'insanabile contrasto tra ontologia della depressione (solitudine) e ontologia dell'amore (co-appartenenza, dialogo, incontro, donazione). La solitudine, il silenzio, l'isolamento del depresso concentrato egoisticamente sui propri nuclei di sofferenza interiore precludono allo stesso di aprirsi all'esperienza cruciale dell'amore, lo rendono incapace di *scambio* empatico³³ poiché ledono, alle radici, l'apertura, lo slancio, la disponibilità che dell'amore costituiscono l'essenza. Nel melanconico, invero, l'alterazione distimica dei sentimenti, dell'affettività, dell'umore si riflette sull'amore frenandolo, soffocandolo, ostacolando, annullandolo. Si assiste ad una vera e propria *anestesia affettiva*³⁴, ad una totale eclissi dell'amore e la si esperisce con sofferenza indicibile, con disperazione, con il senso delle cose irrimediabilmente perdute.

13. CONCLUSIONI

Al termine di questo articolo, appare necessario sintetizzare le principali conclusioni cui il percorso di indagine sul fenomeno depressivo ci ha condotto.

- 1) Il concetto di depressione è un concetto ambiguo ed ambivalente con connotazioni semantiche diverse, variamente utilizzato per indicare un sintomo, un insieme di sintomi o sindrome, un'entità nosografica distinta. Nel primo caso il termine indica il tono basso dell'umore; nella seconda accezione indica una complessa struttura di deviazioni della sfera affettiva, cognitiva e volitiva che delinea più una particolare modalità di esistenza che un disturbo clinico preciso; infine, nella terza accezione qualifica una entità clinica con tratti clinici precipi e caratteristici.

istinti, quello di conservazione dell'Io, ecco seguire il suicidio che infatti è la più frequente, la più tragica ma, nello stesso tempo, la più logica reazione comportamentale del depresso.

³³ Cf. B. Callieri, *I disagi dell'amore*, in *Rivista di informazione in psicologia, psicoterapia e psichiatria* 44/45, 2000-2001, p. 4.

³⁴ Cf. B. Callieri, *Solitudine ed isolamento: Vuote stanze dell'esistenza melanconica*, in *Attualità in Psicologia* 4, 12, 1997, p. 432.



- 2) L'eccessiva frantumazione clinica-nosografica con cui la patologia depressiva viene considerata nei manuali diagnostici (DSM IV), se da un lato risponde alle esigenze di classificazione diagnostica, dall'altro non ci consente di cogliere la fenomenologia del fenomeno depressivo quale condizione esistenziale distribuita lungo un *continuum* che va dalla tristezza alla psicosi. Per comprendere la depressione sotto il profilo *ontico* di esistenza alienata e *ontologico* quale categoria della struttura umana, occorre muoversi nei confronti della malattia depressiva non secondo un atteggiamento categoriale che tende a frammentare la fenomenica depressiva in sindromi diverse, ma secondo un atteggiamento quantitativo che privilegia il criterio del continuo su quello del discreto, secondo un modello dimensionale che tende a delinearne più uno spettro che un elenco di malattie depressive diverse.
- 3) La depressione si impone così, al di là della frammentazione clinica nosografica, quale *condicio humana melancholica*, quale categoria ontologica della struttura umana, caratterizzata dal ripetersi di moduli costanti; tali moduli che investono il fenomeno depressivo in senso trasversale, e cioè dalle forme più lievi alle più angoscianti patologie, si svelano nel modo di confrontarsi del depresso con i grandi temi esistenzialisti dello spazio, del tempo, della colpa, dell'amore, della morte.
- 4) L'approccio fenomenologico consente di ricostruire la sintomatologia depressiva nel suo complesso a prescindere dalle distinzioni relative ai singoli quadri clinici di riferimento e di comporla in modo unitario e sistematico, nella psicopatologia della depressione a struttura vitale quale "condicio humana melancholica". Tale psicopatologia, che propone un incontro con il paziente non come 'caso clinico' oggettivato in parametri biologici, ma come 'caso umano' singolo e irripetibile, svela la patologia depressiva attraverso i percorsi esistenziali e relazionali del soggetto depresso configurandola come "patologia della intersoggettività e dell'incontro interpersonale". Attraverso l'analisi delle sue reazioni di fronte alle grandi tematiche 'esistenziali' della solitudine, della speranza, della morte e dell'amore emerge tutta la difficoltà del soggetto depresso a declinarsi in reciprocità, in dualità progettante, in altri termini a realizzare una vera *communio vitae et amoris*.
- 5) L'analisi del fenomeno depressivo, attraverso la lente delle principali sindromi di interesse psichiatrico, ovvero quella psicotica, nevrotica e psicopatica ci conduce, poi, a considerazioni di carattere generale sul fatto che la depressione, al di là del quadro clinico in cui rientra, investe simultaneamente i vari livelli dello psichismo umano e non le singole facoltà cognitive, volitive, affettive, determinando, in definitiva, una alterazione della loro reciproca interazione, necessaria affinché possa prodursi l'atto del consenso come atto di deliberazione e di libera scelta.



Tale circostanza ha portato a considerare la depressione come causa psichica che si inserisce trasversalmente nello schema del can. 1095 e non orizzontalmente, cioè non a seconda del tipo di facoltà psichica che viene ad essere compromessa. L'attuale persistenza in schemi di indagine che tendono a parcellizzare l'analisi del fenomeno depressivo, nel tentativo di isolare l'effetto prodotto sulle singole facoltà psichiche spiegherebbe, sotto il profilo medico psichiatrico, la estrema variabilità diagnostica riscontrata nelle sentenze rotali, in relazione alla stessa fattispecie giuridica e, sotto il profilo giuridico, l'estrema difficoltà di inquadramento della stessa nell'ambito del difetto di discrezione di giudizio, di libertà interna o dell'incapacità ad assumere gli oneri essenziali del matrimonio, che si riscontra tanto a livello di formulazione del dubbio, quanto a livello di decisione giudiziale.

- 6) Solo liberandosi dal pregiudizio di una impostazione del can. 1095 che tiene conto, nei diversi numeri in cui si articola, della compromissione di singole funzioni psichiche, si riuscirà a comprendere la fenomenica di disturbi psichici come la depressione che investono tali funzioni nella loro complessità e a procedere ad un loro corretto inquadramento trasversale nel canone sull'incapacità. Si tratta di un punto di riflessione destinato ad ulteriori sviluppi man mano che la crescita delle scienze psicologiche, antropologiche e psichiatriche, dalle quali la prospettiva canonistica non può prescindere, ci fornirà ulteriori informazioni sul complesso funzionamento della psiche. Intanto, ciò che ci proponiamo con la presente ricerca è una interpretazione dinamica del can. 1095, nell'ambito del quale collocare le varie patologie non in senso orizzontale a seconda della funzione psichica compromessa, ma in senso verticale, tenendo conto del fatto che una stessa patologia può intaccare simultaneamente le varie funzioni nelle loro reciproche connessioni. Questa proposta interpretativa, sicuramente più rispondente alla realtà della psiche umana, che ci consente di inquadrare una stessa patologia lungo il can. 1095, porta alla conclusione che tale inquadramento non dipende dalla natura o dalla gravità psicopatologica dell'anomalia psichica, ma dall'effetto finale che produce sull'uso di ragione, sulla discrezione di giudizio o sulla possibilità di assumere gli oneri essenziali del matrimonio. Occorre, in altri termini, distinguere tra anomalia psichica quale *fatto* e incapacità consensuale quale *effetto giuridico* della prima che si misura sulla base di criteri esclusivamente giuridici; distinzione che è alla base di una corretta delimitazione dei rispettivi ambiti di competenza nell'operare del giudice e del perito.



