

SVILUPPI TRAUMATICI E PERSONALITÀ PSICOPATICA: ESEMPLIFICAZIONE ATTRAVERSO UN CASO SINGOLO

TRAUMATIC DEVELOPMENTS AND PSYCHOPATHIC PERSONALITY: EXAMPLE THROUGH AN INDIVIDUAL CASE

Alessandra Stringi • Letizia Patricolo • Vincenzo Caretti

Abstract

In this work the authors want to offer a reading perspective that clarifies the dimensions underlying the development of a disturbed psychopathic personality. A dismissing/avoiding representation of attachment relationship, together with emotional and physical abuse experiences and neglect, predispose to a dysfunctional answer to trauma and negative life experience, reducing the individual resilience and encouraging the development of empathic inability and impulsivity. These aspects represent the expression of difficulty in modulating one's internal emotional states in a congruous manner to life contexts and social situations. Theoretical constructs of reference used in this work are illustrated, referring to a psychopathy case, observed through the use of psychological tests.

Key words: attachment • trauma • psychopathy • test • psychopathology • risk

Riassunto

In questo contributo gli autori intendono offrire una prospettiva di lettura che chiarisca le dimensioni alla base dello sviluppo di una personalità disturbata di tipo psicopatico. Una rappresentazione distanziante/evitante della relazione di attaccamento, in concomitanza con esperienze di abuso fisico/emotivo e di trascuratezza, predispongono ad una risposta disfunzionale a traumi ed esperienze di vita negative, riducendo la resilienza dell'individuo e favorendo lo sviluppo di incapacità empatica ed impulsività. Tali aspetti rappresentano l'espressione di una difficoltà a modulare i propri stati emotivi interni in maniera congrua ai contesti di vita ed alle situazioni sociali. I costrutti teorici di riferimento assunti in questa trattazione vengono ulteriormente illustrati, riportando un caso di psicopatia, osservato attraverso l'uso di test psicologici.

Parole chiave: attaccamento • trauma • psicopatia • test • psicopatologia • rischio

Per corrispondenza: Alessandra STRINGI, Università degli Studi Palermo, Dipartimento di Psicologia, email alestringi@libero.it

Alessandra STRINGI, psicologa, psicoterapeuta e dottore di ricerca in Psicologia, Università degli Studi di Palermo, Dipartimento di Psicologia V.le delle Scienze, Ed. 15 90128 Palermo. Ha conseguito la reliability per l'AAI e la PCL - R.

Letizia PATRICOLO, psicologa, psicoterapeuta, Università degli Studi di Palermo, Dipartimento di Psicologia V.le delle Scienze, Ed. 15 90128 Palermo. Ha conseguito la reliability per l'AAI e la PCL - R.

Vincenzo CARETTI, ordinario di Psicologia Dinamica e Psicoterapia dell'età evolutiva e dell'adulto presso l'Università L.U.M.S.A - Roma Libera Università degli Studi Maria SS Assunta, Borgo S. Angelo 13, 00193 Roma

SVILUPPI TRAUMATICI E PERSONALITÀ PSICOPATICA: ESEMPLIFICAZIONE ATTRAVERSO UN CASO SINGOLO

Introduzione

John Bowlby (1944), agli inizi dei suoi studi, era giunto alla conclusione che giovani che avevano commesso reati erano stati vittime di esperienze di perdita o abbandono da parte dei caregiver sin dalla prima infanzia. In conseguenza, secondo tali risultanze, un pervasivo disturbo del sistema di attaccamento può condurre ad un successivo sviluppo psicopatologico e/o antisociale.

Esperienze che rendono l'ambiente familiare ed affettivo ostile predispongono allo sviluppo di un deficit di sintonizzazione empatica col proprio caregiver. Tale condizione è predisponente allo sviluppo di varie forme di psicopatia associate ad uno stile di vita antisociale.

1. Alcune precisazioni teoriche Memoria, trauma e dissociazione

L'esposizione a relazioni di accudimento disfunzionali cui si associano abuso e trauma cumulativo, ovvero microtraumi ripetuti (Khan, 1961), producono un'influenza nociva sullo sviluppo mentale della personalità infantile, tanto da predisporla ad una condizione di vulnerabilità verso l'evoluzione di un'ampia gamma di disturbi psichici.

Per trauma intendiamo ciò che viene vissuto soggettivamente da parte del bambino come tale, determinando effetti sullo sviluppo della sua mente e sulla sua struttura di personalità anche a prescindere dall'oggettiva portata, frequenza ed intensità dell'evento (Bromberg, 2013). Freud (1920), definendo il trauma, pur descrivendolo ancora come un fenomeno in termini esclusivamente intrapsichici, ne poneva l'accento non tanto sugli eventi oggettivamente traumatizzanti, quanto sugli affetti penosi, "di terrore, di vergogna, di angoscia, di dolore psichico" presenti nella rappresentazione interna rimossa della persona offesa. Ferenczi (1931) ha avanzato per primo l'idea che il trauma costituisca l'irruzione di emozioni inelaborate in un mondo di relazioni e di significati con conseguente disorganizzazione, collocandolo nella relazione tra un bambino ed un adulto significativo. Egli inoltre ha proposto di ampliare il concetto di trauma, leggendo come patogeni i misconoscimenti, le attribuzioni, le incomprensioni e le aspettative genitoriali, tanto quanto le evidenti condotte di maltrattamento.

Charcot (1885-1887), ma soprattutto Janet (1889) alla clinica Salpêtrière, in seguito al lavoro con le isteriche, hanno messo in luce la perdita di integrazione nelle varie componenti somatoformi dell'esperienza, evidenziando l'alterazione della funzione percettiva nel caso di traumi precoci nelle storie delle pazienti.

Laddove nell'infanzia gli eventi traumatici tendono a ricorrere, lo "sviluppo traumatico" conseguente si configura in una sindrome che consta di un danno alle funzioni integratrici di memoria e coscienza (Liotti, Farina, 2011). La memoria è portatrice di un particolare stato del Sé, che conseguentemente crea una distanza dissociativa con altri stati del Sé, generando una compromissione dell'integrità psichica e della relazione Sé-altro (Bromberg, 2013). Putnam (1997) parla di mancata integrazione dei diversi stati comportamentali del bambino in seguito a pervasive esperienze traumatiche. La continuità della coscienza e dei suoi ricordi corrisponde quindi ad una coerenza ed integrità del Sé.

A proposito della memoria, sulla scorta degli studi neuroscientifici, distinguiamo due tipi di memoria: quella esplicita o dichiarativa e quella implicita o procedurale. In particolare la prima consente di richiamare alla mente le esperienze vissute, di orientarsi nell'intenzione verso nuove azioni ed è oggetto del meccanismo difensivo della rimozione, che consente l'eliminazione di ricordi "ingombranti" ed in alcuni casi consente il necessario oblio per sopportare il peso di esperienze spiacevoli e/o conflittuali. Ricordiamo che per Freud (1895) la rimozione determinava l'inconscio rimosso.

In quanto al correlato psicobiologico, la memoria esplicita richiede necessariamente la maturazione dei circuiti neurali dell'ippocampo, che avviene dai due-tre anni di vita in poi. Anche in epoche della vita successive però la situazione traumatica, attivando l'adrenalina, induce la produzione massiccia di cortisolo, che è in grado di inattivare, se non danneggiare, i neuroni dell'ippocampo, inibendo definitivamente il ricordo dell'esperienza subita.

Altra cosa è la memoria implicita o procedurale, non accessibile alla coscienza di stati somatici ed emozionali, che è attiva fin dalla nascita e secondo alcune ipotesi anche nel periodo intrauterino. Alcuni autori concludono che tale memoria, unitamente al corredo genetico di base, costituisca un inconscio implicito o procedurale, un inconscio non rimosso¹, in grado di orientare lo stile di relazione con sé e con l'ambiente esterno, nonché i sistemi di autoregolazione (Schore, 1994, 2003a; Taylor et al., 1997; Caretti & Craparo, 2008b). La memoria implicita deriva dal funzionamento dei circuiti dell'amigdala, che hanno il compito di processare emozioni chiave per la sopravvivenza come paura e rabbia. Amigdala e ippocampo sono tra loro in una relazione bidirezionale rispetto alla codifica di eventi emotivi. In condizioni fisiologiche, l'ippocampo elabora e filtra gli impulsi

1 Kihlstrom J. E., 1987; Mancina M., 1998, 2004; 2008; Solms M e Panksepp, J., 2012; Craparo G., 2018.

dei circuiti dell'amigdala e quando, invece, questo non è possibile i segnali vanno direttamente alla corteccia, attivando patterns affettivo-comportamentali come risultante del trauma e delle risposte adattative estreme alla situazione traumatica, ma dissociate dal resto del Sé (Van der Kolk, MC. Farlane, & Wersaeth, 1996).

Ancora è utile ricordare la differenza tra la memoria episodica, ovvero il ricordo degli eventi così come sono stati sperimentati e la memoria semantica, ovvero il ricordo come risultante di significati all'interno della rete di relazioni familiari, che nelle situazioni di trauma relazionale entrano spesso in conflitto, portando ad una "soppressione" della memoria episodica a favore di quella semantica (Bottiglioni, 2013). Tale condizione determina nel bambino la paura della vita mentale, se non l'angoscia di essere annichilito da contenuti dolorosi e incomprensibili ed inaccessibili (Schimmenti, 2013). Il trauma evolutivo relazionale, che sferra un attacco alla fiducia nelle figure di attaccamento e comunque alle relazioni primarie, determina stati mentali non pensabili di natura somatica ed emozionale, in grado di produrre frammentazione e disintegrazione nel Sé. Tale condizione acquisisce una funzione traumatogena sullo sviluppo della personalità del bambino e sul suo complessivo funzionamento mentale, condizionandone la capacità di resilienza (Caretti & Craparo, 2008b; Caretti, et al, 2010). La dissociazione patologica è quindi il meccanismo difensivo prevalente di fronte alla disgregazione psichica.

A tal proposito distinguiamo una "dissociazione primaria" (van der Kolk, 1996), che si attiva precocemente, anche prima dei due anni di vita del bambino. Consiste in una risposta di profondo *detachment* dalla realtà, nell'ambito delle relazioni primarie di fronte ad esperienze stressanti e frustranti, su un registro somatico-psichico a partire da frammenti delle componenti sensoriali dell'evento (Caretti & Craparo, 2008b). Questo tipo di dissociazione pone una barriera ai contenuti emozionali non simbolizzati nella relazione caregiver-infante, impendendone il passaggio dalla memoria implicita alla memoria esplicita (Caretti & Schimmenti, 2007). In caso di attaccamento sicuro e quindi di accudimento "sufficientemente buono" (Winnicott, 1958) le emozioni non elaborate andranno a confluire in aree somatopsichiche, favorendo esperienze di ritiro mentale o trance autoindotte; è il caso del sonno dei bambini di fronte a ciò che li tedia, li affatica, li emoziona eccessivamente. Nei casi di trascuratezza emotiva, negligenza, maltrattamento, abuso emotivo e fisico o sessuale la dissociazione acquisirebbe una natura patologica (Bromberg, 1998). La configurazione fluida di stati del Sé multipli lascerebbe il posto ad una rigida risposta adattiva, esito di una struttura mentale dissociata, che nelle forme estreme darebbe luogo a "personalità multipla" o a "disturbo dissociativo dell'identità". Nijenhuis et al. (2004) propongono che i sintomi dissociativi, come intorpidimento emotivo, analgesia, congelamento, etc., siano il residuo di un apprendimento filogenetico di fronte alla minaccia predatoria, analogamente alla reazione dei sistemi difensivi animali. Ciò è determinato dal ruolo del ramo parasimpatico dorsale del nervo vago, che si attiva come ultima linea difensiva "di riserva" se le due precedenti falliscono: riduce drasticamente

l'arousal sino allo svenimento o "finta morte" e consente l'immobilizzazione ai fini della sopravvivenza (Porges, 2003).

Stati mentali intollerabili ed emozioni non elaborabili costituiscono un nucleo di emozioni dolorose derivanti per dissociazione anche dal disconoscimento ad opera dell'adulto significativo dell'evento a valenza traumatica per il bambino (Caretti & Schimmenti, 2007). Da tale condizione deriva una condizione predisponente alla perdita della fiducia di base, all'impossibilità dell'autenticità ed alla conseguente sfiducia nel mondo.

2. Traumi, fattori di rischio e personalità psicopatica

L'origine della definizione per il costrutto di psicopatia si deve a Cleckley² (1978), anche se già Pinel (1801)³ ne aveva parlato nei termini di una *manie sans délire*. Cleckley metteva l'accento sulla difficoltà degli psicopatici di instaurare legami validi di attaccamento.

Meloy (1992, 2004), rifacendosi alla psicopatologia dello sviluppo, sostiene che il processo psicopatico in età adulta, è il risultato di un effettivo fallimento del processo di interiorizzazione. Esso appare come un'insufficienza di identificazioni profonde ed inconscie con la figura primaria di accudimento ed in definitiva di identificazioni guida con la società, la cultura e l'umanità, in generale. Tale condizione sottende una compromissione nella capacità di regolare gli stati affettivi, di mentalizzare l'esperienza emotiva ed un'inefficace modulazione degli impulsi con facilità di acting out, ovvero di passaggio all'atto. A tal proposito in questa sede proponiamo la definizione di personalità psicopatica fondata su studi empirici (Hare, 1993).

Volendo però fornire ulteriori riferimenti in letteratura sul dibattito e controverso costrutto della personalità psicopatica (Ey, 1960), ricordiamo che, nell'ambito degli studi psicoanalitici classici, Fenichel (1945) ha individuato tre fattori determinanti l'organizzazione della personalità con tendenza all'acting out: una disposizione alloplastica, forse di natura costituzionale; una fissazione orale con un bisogno narcisistico e intolleranza alla frustrazione; la presenza di traumi precoci. Per disposizione alloplastica si intende una forma di adattamento in cui il soggetto modifica l'ambiente esterno a sé, piuttosto che il suo mondo interno (disposizione autoplastica), quando si trova a fronteggiare situazioni avverse o difficili (Ferenczi, 1919; Freud, 1924; Alexander, 1930).

Per acting out intendiamo una gamma estesa di atti, da quelli impulsivi anche se razionalizzanti, alle attualizzazioni nella relazione. Freud (1901) ha considerato l'*agiren* come una ripetizione inconsapevole di fantasie e ricordi non sotto forma di ricordo, ma di azioni, quindi sostanzialmente,

2 Cleckley, H.M. (1976). *The Mask Of Sanity* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

3 Pinel, P.H. (1809). *La Mania: Trattato Medico-Filosofico sull'Alienazione Mentale*. Tr. It. Venezia: Marsilio Editori, 1987

come una modalità difensiva del soggetto per non ricordare. In seguito ad una probabile precoce organizzazione della tendenza all'acting out nel secondo anno di vita, secondo Freud, si verificherebbe un'inibizione dello sviluppo del linguaggio, con conseguente influenza sulla capacità di verbalizzazione e di pensiero, a prescindere dal successivo livello intellettuale del paziente (Greenacre, 1950).

A proposito della differenza nella spinta alloplastica tra la personalità psicopatica e quella di tipo psicotico, la Klein (1957) ha affermato che "nel criminale operano taluni fattori che generano in lui una più forte tendenza a reprimere le fantasie inconscie e ad attuarle nella realtà, ma sia la situazione psicotica che quella criminale hanno come elemento comune le fantasie di persecuzione; il criminale distrugge gli altri appunto perché si sente perseguitato" (pp. 94-95). La personalità psicopatica vive le proprie fantasie e le inevitabili angosce persecutorie nel rapporto con gli altri, sui quali proietta emozioni, sentimenti e aspetti del Sé scissi in "cattivi" e minacciosi o, di contro, "buoni", magnifici e rassicuranti. In tal modo sfugge alla vera relazione, come faceva nei confronti dei propri oggetti originari, o idealizzando o denigrando e/o attaccando gli altri ed in generale, collocando aggressivamente in loro solo parti di sé.

Kernberg (1992) fa risalire danni evolutivi negli individui psicopatici ad una fase molto precoce dello sviluppo, da cui conseguono immaturità e superficialità affettiva con mancanza di coscienza, ricorso ai processi primari e relazioni oggettuali primitive.

Altri autori, riprendendo il pensiero di Ferenczi (1929) e coniugandolo con la teoria dell'attaccamento, nonché con la letteratura dell'Infant Research, hanno ripreso il tema del *bambino male accolto*, sottolineando gli esiti nella memoria implicita, derivanti da esperienze dolorose e traumatiche ed inadeguata modulazione di stati corporei, mentali, affettivi e comportamentali, con conseguenti fenomeni di dissociazione (Caretto, Craparo, Schimmenti & Ciulla, 2012), di disregolazione affettiva e di problematiche della condotta (Borgogno, 2002; Caretti & Ciulla, 2012; Schimmenti, 2013; Schimmenti & Caretti, 2014).

Nelle storie delle personalità psicopatiche si riscontra la presenza di perdite precoci delle figure genitoriali o di inadeguatezza e/o incoerenza affettiva ed educativa, di genitorialità monoparentali non supportate da un'adeguata rete sociale ed affettiva, quando non è lo stesso ambiente circostante di riferimento ad essere profondamente inadeguato, disturbato e disturbante e caratterizzato da sottoculture violente, conflittualità e svantaggio psicosociale (Schimmenti & Bifulco, 2008b).

Bifulco e Moran (1998) hanno individuato la trascuratezza e l'abuso tra le condizioni traumatiche che rendono l'ambiente familiare più ostile. In conseguenza lo sviluppo di stili di attaccamento disorganizzato e distanziante, di attaccamento duale (Schimmenti & Bifulco, 2008b), con una scarsa sintonizzazione tra caregiver e bambino, nonché un "trauma evolutivo" (Caretto & Schimmenti, 2007) derivante da condizioni stressogene o da eventi casuali avvenute nella prima infanzia o in adolescenza, a lungo termine, se non adeguatamente supportato, predispongono allo sviluppo probabile di una psicopatologia in età adulta.

Da studi intergenerazionali si è potuto osservare come il maltrattamento subito in età infantile costituisca un importante fattore di rischio per lo sviluppo di comportamenti maltrattanti in età adulta, (Buchanan, 1996; Bifulco, Moran, Ball, Jacobs, Baines, Bunne & Cavagin, 2002; Lounds, et al., 2006) tanto da consentire di poter avanzare l'ipotesi del "ciclo di maltrattamento" (Zeanah & Zeanah, 1989; van Ijzendoorn, 1992), pur non consentendo di definire il grado di influenza delle esperienze precoci di maltrattamento sulle competenze emotive ed affettive successive degli individui (Guarino, Petrocchi & Ammaniti, 2013).

Studi neurobiologici odierni confermano che le condizioni traumatiche di trascuratezza e di abuso alterano lo stato psicobiologico e neurofisiologico del sistema nervoso centrale. Le componenti neurobiologiche interessate risultano essere l'amigdala e l'ippocampo ovvero il sistema limbico e le loro connessioni con la corteccia prefrontale, mentre per ciò che concerne lo stato neurofisiologico, appaiono attività compromesse il sistema noradrenergico ed il conseguente stato di iperattivazione o al contrario di inibizione, derivante dalla costante sensazione di esser sempre sotto minaccia. Tutto ciò può provocare l'alterazione del ritmo sonno-veglia e la modulazione dell'aggressività, della concentrazione, dell'attenzione e delle relazioni extrafamiliari (Schore, 2003b; Boccardi, Frisoni, Hare, Cavedo, Najt & Pievani, 2011; Boccardi, 2013).

Si è comunque rilevato come la qualità di una relazione di attaccamento sicuro, in associazione con un ambiente familiare che non impedisce traumi relazionali infantili, quali conseguenza di trascuratezza, abusi fisici ed emotivi, lutti ed assenza emotiva e fisica di un genitore, etc., rappresenti un efficace fattore di protezione dallo sviluppo di un disturbo psicologico in genere e specificamente di tipo psicopatico (Schimmenti & Bifulco, 2008b).

Vale a dire che se il genitore è in grado di riconoscere la valenza emozionale di un evento patogeno, il bambino sarà favorito nella risposta al trauma. Tale condizione garantisce il senso di un Sé coerente nel tempo (Janet, 1928) che permette la mentalizzazione di esperienze personali, interne ed esterne, l'integrazione degli stati mentali dolorosi ed intollerabili e la possibilità di attribuire loro significato, permettendo l'elaborazione dello stress traumatico, aumentandone la resilience e diminuendo potenziali condizioni di vulnerabilità.

D'altronde invece, secondo il costrutto di *trauma complesso* (van der Kolk, 2005), l'esposizione cronica durante l'infanzia ad esperienze di interazione negativa, una dissintonia o rottura nel dialogo emotivo precoce caregiver-bambino, senza conseguenti tentativi di riparazione da parte dell'adulto di riferimento (Tronik, 1989; Hess, Main, Abrams, & Rifkin, 2003; Lyons-Ruth & Block 1996; Schuder & Lyons-Ruth, 2004), in associazione con eventi di vita sfavorevoli, determinano schemi di risposta disregolati a più livelli (affettivo, somatico, comportamentale, cognitivo e relazionale) ed una pervasiva alterazione delle rappresentazioni di sé e degli altri (Schimmenti & Bifulco 2008b; Schimmenti, 2013), risolvendosi in forme diverse di psicopatologia, tra cui i disturbi della personalità, i disturbi anti-

sociali di personalità e il “Disturbo da stress post-traumatico” (Liotti, 2005; Liotti & Farina, 2011; West, Adam, Spreng, & Rose, 2001; Stringi, 2013; Fonagy & Target, 1997).

3. Stile di attaccamento, criminalità e psicopatia

I contesti di vita e l'ambiente relazionale/interpersonale hanno una funzione determinante sullo sviluppo sociale e sul funzionamento psicologico durante l'arco di tutta la vita, determinando pattern di attaccamento specifici (Ross, 2004) con riguardo alla modulazione dell'aggressività del bambino in risposta agli eventi frustranti e stressanti. Con ciò non si intende ridurre il ruolo dell'aggressività innata nel bambino, ma piuttosto evidenziare in linea con la teoria dell'attaccamento, l'importanza della risposta parentale ai fini dell'evoluzione di una personalità criminale e/o psicopatica. Bowlby (1973) affermava che le basi di un attaccamento disfunzionale risiedono nella relazione con figure genitoriali non responsive, maltrattanti e/o abusanti:

“Per alcuni è addirittura sconosciuta persino l'esistenza delle figure che accudiscono e aiutano; per altri è stato costantemente incerto il luogo dove tali figure potessero trovarsi. Per molti di più la probabilità che una figura che li accudiva reagisse aiutandoli è stata nella migliore delle ipotesi incerta, e nella peggiore nulla. Non vi è da sorprendersi se questi individui, una volta diventati adulti, non credano alle possibilità che esista mai una figura veramente disponibile e fidata che si curi di loro. Ai loro occhi il mondo appare sconsolato e imprevedibile; ed essi reagiscono evitando e lottando contro di esso”.

Le ricerche in questo ambito (Main & Solomon, 1990; Fonagy & Target, 1997), sostengono che le figure primarie di tali bambini sono a loro volta dominate da esperienze traumatiche come maltrattamenti, deprivazioni affettive, abusi sessuali ed emotivi, nonché lutti. Tali esperienze sono spesso associate alla presenza nei contesti di vita di dipendenze patologiche, disturbi di personalità dei caregivers o condizioni socio-economiche molto svantaggiate. In molti casi i caregivers replicano ciò che hanno subito nell'infanzia o in adolescenza a danno dei loro figli (Bifulco & Moran, 1998).

Come conseguenza dell'interiorizzazione e rappresentazione delle relazioni di attaccamento, le esperienze precoci con i caregivers costituiscono il "luogo" in cui si modellano quindi i modelli operativi interni o "*inner working models*" (Bowlby, 1973). Si tratta cioè di strutture cognitive (o modelli mentali interni) sia delle figure affettive e del legame con esse, che della figura stessa del bambino, che indirizzano l'infante e l'adulto che sarà, nell'interpretazione delle informazioni che provengono dal mondo esterno, guidando il suo comportamento nelle nuove situazioni.

I bambini, sottoposti a livelli di accudimento confuso ed ostile, finiscono per interiorizzare “*modelli operativi interni*” disfunzionali, sulle immagini del caregiver, che successivamente non riescono ad integrare in una

rappresentazione, a livello psicodinamico, “sufficientemente buona” e, a livello cognitivo, coerente in termini di “*base sicura*” (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1988). Ovvero si tratta di attribuire a se stessi aspetti, desideri, ambizioni e comportamenti assorbiti dall'altro significativo. La relazione disfunzionale, inoltre, implica una contemporanea interpretazione del Sé del bambino come vittima di una *figura di attaccamento “persecutoria”* che incute timore (Main & Morgan, 1996; Liotti, 1992).

Gli attaccamenti insicuri infantili (preoccupato, ambivalente e disorganizzato) (Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Main & Solomon, 1986; 1990) si sviluppano adattivamente nelle situazioni in cui il bambino è costretto ad utilizzare difese psichiche per proteggersi da un caregiver con un'insufficiente comprensione del suo “stato cognitivo”. Per difese psichiche intendiamo i meccanismi psicologici inconsci (dissociazione, svalutazione, identificazione proiettiva, ritiro degli affetti, idealizzazione, ecc.) messi in atto, in questo caso, da un bambino di fronte ad una situazione dolorosa e difficile da gestire.

In particolare lo stile adulto di attaccamento insicuro/disorganizzato è l'esito di un grave fallimento nella costruzione del legame caregiver-bambino e costituisce una base disfunzionale ed un fattore di rischio nella formazione dell'apparato psichico, e la strutturazione della personalità e si associa quindi all'attivazione di comportamenti psicopatologici.

Come già accennato sopra, in merito allo sviluppo di comportamenti criminali e violenti, Bowlby (1979) già ipotizzava che un disturbo dell'attaccamento nella prima infanzia potesse esitare in un'assenza di empatia nelle modalità relazionali in età adulta.

Marshall, (1996) ha proposto la teoria del *deficit di intimità* per l'etiopatogenesi della violenza sessuale. Secondo tale teoria i *sex offenders* sviluppano un attaccamento insicuro, con conseguenze negative nella sfera delle competenze interpersonali e di conoscenza di sé, che compromette ab initio la capacità di sperimentare intimità in altre relazioni. Ciò comporta un marcato senso di frustrazione, solitudine, senso di impotenza, cui l'individuo tenta di far fronte ricercando nell'atto sessuale, forzato e violento, il soddisfacimento emozionale ed il calore umano assente nelle relazioni primarie.

In uno studio su soggetti non autori di reato i partecipanti che mostravano uno stile di attaccamento ansioso e spaventato ottenevano punteggi più elevati nella valutazione dei tratti psicopatici (Kosson, Cyterski, Steuerwald, Neumann & Walker-Mathews, 2002).

In un ulteriore studio quali-quantitativo circa la relazione tra attaccamento e psicopatia su un campione di soggetti autori di crimini anche efferati, è emerso che la dimensione della svalutazione dei legami di attaccamento era in grado di predire i punteggi PCL-R e che, inoltre, la maggior parte dei soggetti con i punteggi PCL-R più alti avevano riportato gravi abusi durante la prima infanzia, evidenziando indicatori di attaccamento disorganizzato (Schimmenti, Passanisi, Pace, Manzella, Di Carlo & Caretti, 2014).

I risultati in letteratura (Fonagy, 2004) supportano la teoria secondo cui la deprivazione di legami affettivi e le

difese distanzianti costituiscono un fattore di rischio per le condotte criminali (Bowby, 1958; Meloy, 1992). In tal senso si è ipotizzato che queste condotte possano essere considerate modalità adattive, ma disfunzionali, volte a riedire, attraverso l'espressione della rabbia, esperienze relazionali traumatiche e di abuso precoci subite. Tali comportamenti suggeriscono che il bambino ha utilizzato, principalmente durante il suo sviluppo psichico, le difese dissociative per regolare gli affetti e le successive risposte. Questo processo evolutivo non permette al bambino di sviluppare appieno e, successivamente, nell'adulto che diverrà, la capacità di "riflettere sugli stati mentali propri e altrui" (Fonagy & Target, 1997; 2001). Infatti molte difese psichiche rispecchiano propriamente "strategie" per evitare la mentalizzazione (o *funzione riflessiva*) dei loro affetti, poiché questi vengono vissuti come umilianti e distruttivi.

A proposito della funzione riflessiva, Fonagy nel 1993 l'ha descritta come la capacità di vedere se stessi e gli altri in termini di stati mentali (sentimenti, intenzioni, desideri, ecc) e di ragionare sui propri e gli altrui comportamenti, sempre in termini di stati mentali, attraverso un processo di riflessione. Sinteticamente è intesa come la capacità di mentalizzazione ed è anche alla base della capacità empatica dell'essere umano.

Il rispecchiamento di emozioni positive e l'esperienza di un ambiente familiare sereno ed armonioso, costituiscono un fattore di protezione sullo sviluppo affettivo e sulla formazione del sé non patologico. (Stern, 1985; Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

L'eziopatogenesi del disturbo della regolazione affettiva (o *disregolazione affettiva*), conseguente al deficit di mentalizzazione, è correlato ad un tipo di attaccamento insicuro, e, nello specifico, in letteratura è stato ipotizzato come una dimensione da considerare per spiegare lo sviluppo di un disturbo psicopatico di personalità (Levinson & Fonagy, 2004).

Il livello più disfunzionale della disregolazione affettiva è l'*alessitimia*, i soggetti alessitimici non riescono ad esprimere parole o frasi per descrivere le emozioni che provano, inoltre, possono avvertire nervosismo, tristezza, rabbia, noia, irritabilità, ma non riescono ad attribuire loro alcun significato (Taylor, 1997; Caretti & La Barbera, 2005).

Nel caso della psicopatia, come per i disturbi dissociativi ed i disturbi di personalità, le memorie traumatiche generatrici di sofferenza psichica fanno capo ad esperienze occorse molti anni prima che l'esordio dei primi sintomi sia mai stato diagnosticato ed inquadrato in categorie nosografiche in quel caso disponibili come il Disturbo acuto da Stress (DAS) o il Disturbo da stress post-traumatico.

In altri termini alcuni autori, sempre sulla scorta degli studi etologici, hanno sostenuto che durante lo sviluppo la prevalenza di alcuni sistemi motivazionali "incongrui" con la situazione di accudimento e cura, quale per esempio il sistema di attacco-fuga attivato dalla condizione di allerta conseguente al trauma, interferisce con il sistema motivazionale dell'attaccamento, determinando uno stile di attaccamento insicuro (Liotti & Farina, 2011; Lichtenberg, 1989). Tale condizione non rende possibile l'utilizzo della rimozione come meccanismo difensivo e pertanto deter-

mina il ricorso a difese più arcaiche e rigide, tra cui la dissociazione patologica dell'esperienza e di una parte del Sé, che, come già detto, si indebolisce progressivamente con compromissione quindi della funzione riflessiva (Fonagy & Target, 1997; 2001).

Pertanto un bambino con sviluppo traumatico sarà un adulto che si porrà nelle relazioni affettive ed in particolare in quelle profonde successive sempre attaccando o scappando o entrambe le cose. In particolare nella personalità psicopatica l'assenza del senso di fiducia, conseguenza dell'impotenza vissuta in occasione dei traumi ripetuti, influisce sulla visione del mondo e si associa ad un atteggiamento strumentale verso gli altri, di utilizzo per i propri fini, così come anche nel caso del disturbo narcisistico di personalità. Altresì l'atteggiamento anempatico verso il prossimo giunge fino all'irresponsabilità o alla mancanza di senso di colpa per gli effetti delle proprie azioni sugli altri, ovvero ad una condizione regredita di rapporto con l'altro del tipo predatore-predato. Tale segno potrebbe essere propriamente l'espressione non solo o non tanto di uno stile di attaccamento insicuro/disorganizzato, quanto anche di quello insicuro/distanziante. È certo comunque come sia ancora necessario e utile lo studio dello stile di attaccamento in relazione alla presenza di tratti psicopatici, per ottenere maggiori riscontri rispetto alla comprensione dello sviluppo di una personalità psicopatica.

4. Obiettivo

A partire dalle considerazioni fin qui presentate, intendiamo offrire un approfondimento sul rapporto tra lo stile di attaccamento distanziante, eventuali traumi ed i fattori di rischio nella personalità psicopatica. A tal fine descriveremo un caso di psicopatia osservato attraverso l'ausilio della PCL-R (Psychopathy Check List-Revised; Hare), dell'MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2; Hathaway & Mc Kinley, 1989), del TEC (Traumatic Experiences Checklist; Nijenhuis, Van der Hart & Kruger, 1999.), della DES (Dissociative Experience Scale; Bernstein & Putnam, 1986) e dell'AAI (Adult Attachment Interview; George, Kaplan & Main, 1985), mettendo in relazione il profilo di personalità, eventuali sintomi dissociativi e lo stile di attaccamento con la storia e la presenza di traumi in un individuo psicopatico.

5. Metodologia e Strumenti

Eventi potenzialmente traumatici

Il TEC (Traumatic Experiences Checklist-TEC) di Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden, (1999) è una checklist. Trattasi di uno strumento self-report valido e attendibile, utile nella pratica clinica e nella ricerca ed ha la funzione di rilevare in maniera sistematica 29 tipi di eventi potenzialmente traumatici (lutti, perdite, divorzio dei genitori, l'aver assistito al trauma di un'altra persona, l'aver subito tra-

scuratezza e abuso emotivi da varie figure, l'aver subito maltrattamento e abuso fisici, l'aver subito molestie e abuso sessuale da varie figure), che hanno avuto un impatto sulla vita, in rapporto all'età. Il test richiede una piena cooperatività da parte del soggetto e prevede il calcolo di differenti punteggi, un punteggio cumulativo e punteggi per la negligenza emotiva, l'abuso emotivo, l'abuso fisico e l'abuso sessuale.

La checklist permette di ottenere sia un punteggio totale sia alcuni punteggi specifici per misurare trascuratezza emotiva, abuso emotivo, l'abuso fisico, molestie sessuali, abuso sessuale, e la minaccia fisica di una persona. Per tutti i tipi di trauma interpersonali viene calcolato un punteggio dicotomico (sì/no). Il punteggio totale va da 0 a 29. Per ogni item viene valutato se l'evento è accaduto o no, l'età in cui si è verificato, e l'impatto dell'evento su una scala da 1 = per niente a 5 = molto. Nel nostro studio lo strumento è stato utilizzato al fine di rilevare il numero totale di esperienze traumatiche vissute dal soggetto esaminato.

Il TEC, validato in italiano (Schimmenti, 2017b), ha dimostrato di avere una buona validità convergente, associata con ulteriori report e registrazioni ufficiali di esperienze traumatiche (Caretti & Schimmenti, 2007; Craparo, Schimmenti & Caretti, 2013; Craparo, Ardino, Gori & Caretti, 2014; Schimmenti, 2017b).

6. Funzionamento psicologico

La PCL-R (Hare, 2003) è una misura su 20 item, valutata attraverso un'intervista semi-strutturata e la verifica di informazioni secondarie o di archivio raccolte sul soggetto preso in considerazione. Ad ogni item può corrispondere un punteggio di 2 se il soggetto presenta un determinato tratto in maniera evidente ed inequivocabile; 1 se il tratto è presente solo parzialmente o qualche volta; 0 se il tratto è inesistente. Il punteggio complessivo va da 0 a 40.

Il costrutto si basa empiricamente sugli studi di Cleckley, relativi alla psicopatia. Nel 1985 fu chiamata Psychopathic Check-List (PCL) e fu pubblicata successivamente come Hare Psychopathic Check-List Revised (PCL-R).

Nella validazione sulla popolazione originaria il cut-off è ≥ 30 , la PCL-R ha dimostrato una buona coerenza interna, attendibilità test-retest e inter-rater su varie popolazioni.

La validazione sulla popolazione italiana ha sviluppato curve ROC, che hanno evidenziato un cut-off ottimale con un punteggio ≥ 27 (Caretti, Manzi, Schimmenti & Seragusa, 2011).

Le analisi fattoriali di ogni versione dello strumento (PCL; PCL-R; PCL:SV, PCL:YV) per adolescenti e per adulti, rivelano coerentemente una stabile struttura a due fattori, ognuno dei quali, contiene due diverse sotto dimensioni, che vanno a formare un modello a quattro dimensioni della Psicopatia: fattore 1 - formato da items che hanno a che fare con i tratti interpersonali ed affettivi (1a e 2a dimensione) della psicopatia tra cui egocentrismo, manipolazione, freddezza, mancanza di rimorso e di empatia, eccetera; fattore 2 - formato da items associati ad uno stile

di vita irresponsabile ed impulsivo e a tratti antisociali (3a e 4a dimensione). Gli items del fattore 1 sono più discriminanti e forniscono più informazioni sul costrutto della psicopatia più di quanto facciano gli items del fattore 2.

L'incapacità degli psicopatici nel formare legami di attaccamento è riflessa nei due items 11 "Comportamento sessuale promiscuo" e "Relazioni coniugali brevi e frequenti" e 17 dello strumento. I due items non sono compresi nella struttura dimensionale a quattro fattori, quindi non caricano su nessuna di tali dimensioni. Tale risultanza è in linea con le precedenti ricerche sulla struttura fattoriale dello strumento. Molti studi mostravano che questi items caricavano in maniera differente attraverso i campioni, determinando schemi inconsistenti di associazione con riguardo alle dimensioni della PCL-R (Hare, 1991; Cookie & Michie, 2001). Purtroppo le analisi alla teoria di risposta all'item dimostravano che tali items erano discriminanti e fornivano informazioni per il costrutto di psicopatia (Hare, 1991; 2003). Quindi avrebbero potuto essere considerati indicatori tipici di svalutazione dei legami di attaccamento (Devaluation of Attachment Bonds, DAB) (Schimmenti, Passanisi, Pace, Manzella, Di Carlo & Caretti et al., 2014).

Ancora, dalle ricerche di Hare, la maggior parte dei criminali e dei pazienti psicopatici soddisfano i criteri del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD), ma non obbligatoriamente per la psicopatia. Ciò perché l'ASPD è definito per lo più dai comportamenti antisociali e di conseguenza intercetta le componenti devianti della psicopatia (fattore 2) molto meglio di quanto faccia con le componenti affettive e interpersonali della psicopatia (fattore 1). L'ASPD, in altre parole, non consente una diagnosi differenziale tra criminali antisociali e psicopatici.

Oggi la PCL-R è al centro di un dibattito sul relativo processo diagnostico, a causa del rischio deterministico di falsi positivi, indotto dalla descrizione di criminalità o di devianza sociale di un soggetto, anche se non risulta poi così facile sbagliare. Infatti sulla scorta delle ricerche di Hare e collaboratori la PCL-R può fornire una dettagliata immagine della personalità disturbata degli antisociali, degli psicopatici e del loro grado di pericolosità, offrendo di conseguenza possibili previsioni sulla recidiva ed individuando quegli aspetti psicologici su cui potrebbe focalizzarsi un eventuale trattamento clinico.

La PCL-R ha lo scopo di ottenere informazioni affidabili sulla storia del soggetto, per facilitare l'attribuzione del punteggio agli item; fornire esempi rappresentativi dello stile di interazione interpersonale del soggetto; permettere a chi valuta di comparare e valutare la coerenza delle affermazioni e delle risposte, sia relativamente all'intervista che tra l'intervista e le informazioni della documentazione personale e quelle secondarie; fornire a chi valuta un'opportunità per cercare informazioni aggiuntive e mettere alla prova il soggetto circa eventuali incoerenze nelle sue affermazioni. L'intervista indaga la condizione attuale del soggetto (se detenuto, in semi-libertà, eccetera), la sua storia scolastica, fino ai dodici anni, l'esperienza lavorativa passata, gli obiettivi lavorativi futuri, le finanze, ovvero la situazione economica, se è presente uno stile di vita parassitario, la salute, intendendo aspetti fisici e psicologici, la sua storia fa-

miliare dall'infanzia all'età adulta, quindi la relazione con i genitori, con i fratelli, eventuali conflitti, punizioni, la sfera dell'amicizia, delle relazioni intime e sentimentali, l'abuso di sostanze stupefacenti ed i comportamenti impulsivi, il controllo della rabbia e delle emozioni, i comportamenti antisociali dai 6 anni ai 17 anni, eventuali problemi di condotta, di tipo oppositivo-provocatorio e dai 18 anni in poi eventuali condotte aggressive.

L'intervista tipicamente dura tra i 90 e 120 minuti e può essere divisa in diverse sessioni, in particolare con pazienti di ambito psichiatrico giuridico-forense.

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) è costruito per valutare le più importanti caratteristiche strutturali della personalità e i disturbi emozionali (Hathaway & McKinley, 1989; Pancheri & Sirigatti, 1995), ma richiede la piena collaborazione da parte dei soggetti testati. Il questionario fu sviluppato presso l'ospedale dell'Università del Minnesota in seguito ad un lungo lavoro iniziato da Hathaway e McKinley sin dagli anni '30. Ogni item, in forma di frase, riguarda esperienze personali (es. Avevo l'abitudine di tenere un diario), atteggiamenti (es. Mai ho fatto qualcosa per il gusto di farlo) convinzioni (es. Credo di essere pedinato) o preoccupazioni (es. Sono spesso preoccupato per qualcosa). Lo scoring viene a tuttoggi effettuato calcolando il punteggio di una serie di scale per aspetti psicopatologici diversi.

Il protocollo consisteva di domande molto semplici per azzerare il più possibile l'influenza del livello d'istruzione del soggetto, consentendogli in ogni caso di portare a termine il compito in una o due ore. Il test è stato costruito, confrontando le risposte dei soggetti normali con quelle di gruppi di pazienti già diagnosticati, per poter stabilire quale item avrebbe potuto essere inserito in una particolare scala. Dopo quaranta anni, nel 1982, valutando la necessità di revisione del test, Kaemmer, responsabile del MMPI presso l'Università del Minnesota, costituì un comitato per la sua revisione, da cui nacque la versione per adolescenti pubblicata solo nel 1992 con il nome di MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – versione per Adolescenti), nonché la seconda versione del MMPI (MMPI-2). Nel 2011 è stata messa a punto la versione aggiornata dell'adattamento sulla popolazione italiana (Sirigatti & Stefanile, 2011).

Il MMPI-2 possiede vari punti di forza che lo hanno reso uno strumento essenziale nell'indagine psicodiagnostica clinica e nell'ambito dei contesti di ricerca. Alcuni dei vantaggi del test sono: l'autosomministrazione, la semplicità del calcolo dei punteggi, l'obiettività e la presenza di scale che forniscono la valutazione dell'atteggiamento nei confronti del test da parte del soggetto testato. Questo strumento offre al clinico e al ricercatore la possibilità di previsione dei comportamenti futuri e delle risposte ai diversi trattamenti.

Per evitare che i risultati al test possano essere falsificati dall'autosomministrazione sono state create alcune scale di validità (F, L, K) che forniscono all'esaminatore notizie fondamentali circa la cooperazione del soggetto, per valutare la sua tendenza a distorcere le risposte e per comprendere a quale fine lo ha fatto.

In questa sede risulta importante specificare che la scala per la deviazione psicopatica (Pd) non risulta una misura della psicopatia secondo il costrutto di Hare, ma piuttosto una misurazione della rabbia e dell'impulsività. Tale conclusione è ciò a cui giungono diverse ricerche, tra cui quella per la validazione della PCL-R sul campione italiano (Caretto, Manzi, Schimmenti & Seragusa, 2011) che hanno evidenziato il basso livello di correlazione tra la scala 4 (Pd) dell'MMPI e la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R).

La Dissociative Experience Scale (DES) è stata elaborata da Eve, Carlson & Putnam (1986). È uno strumento self-report di rapida compilazione che consente di valutare la presenza, la quantità e il tipo di esperienze dissociative, intese come mancanza di integrazione di pensieri, sentimenti ed esperienze nel flusso di coscienza e memoria, in assenza di influenza di alcool o droghe. È composta da 28 items, che descrivono diverse esperienze dissociative (come sensazioni di depersonalizzazione e derealizzazione, disturbi nella memoria ed attenzione) molte delle quali non sono considerate patologiche ed il soggetto deve indicare con quale frequenza tali esperienze gli accadono.

Nella versione originale la DES utilizza una valutazione analogica, su una linea di 100 mm, il soggetto mette una crocetta sul punto che indica la frequenza con cui ha avuto quell'esperienza. Esiste anche una seconda versione, la DES-II (Carlson & Putnam, 1993), che usa una scala percentuale a 11 punti (dallo 0% al 100%) sulla quale il soggetto indica il punteggio percentuale che meglio corrisponde alla sua esperienza e con quest'ultima è stato valutato il caso esposto in seguito.

Il punteggio della scala è dato dalla somma dei punteggi dei singoli item diviso per il numero degli item (28) e può andare, perciò, da 0 a 100: punteggi inferiori a 20 sono di frequente riscontro nei controlli sani ed anche in pazienti psichiatrici in generale; punteggi superiori a 30 sono associati, in genere, ad una diagnosi di DD secondo il DSM-IV.

Un item della DES potrebbe essere questo: "Alcune persone hanno esperienza di trovare nuovi oggetti tra le cose di loro proprietà che non ricordano di avere comprato. Segni sulla linea la percentuale che meglio indica le volte che tale esperienza Le accade".

La DES non è uno strumento diagnostico, ma è uno strumento di screening, tuttavia "più alto è il punteggio DES, più è probabile che il soggetto soffra di Disturbo Dissociativo dell'Identità" (Ross, 2001). La versione italiana della DES (Schimmenti, 2016) è stata utilizzata nel lavoro di Schimmenti (2015) ed adattata ad un campione di adolescenti italiani nella versione A-DES (Schimmenti, 2016).

7. Stato mentale rispetto all'attaccamento

L'Adult Attachment Interview (AAI) (George, Kaplan & Main, 1985; Main, Goldwyn & Hesse, 2002): è un'intervista semistrutturata della durata di circa un'ora, che consente di indagare le relazioni precoci con le figure primarie di accudimento e che permette di effettuare un'analisi qualitativa delle narrazioni riguardanti le esperienze vissute nell'infanzia, al fine di giungere ad una classificazione dello stato della

mente di un individuo in relazione all'attaccamento (Steele & Steele, 2008).

Il protocollo AAI prevede che l'intervistato rievochi attraverso venti domande le esperienze vissute con le figure di riferimento durante l'infanzia: a questo scopo, viene richiesto di fornire cinque aggettivi che descrivano la qualità della relazione con ciascun genitore; si domanda successivamente all'intervistato di supportare gli aggettivi prescelti con specifici ricordi ed esperienze che hanno condotto alla selezione di un determinato aggettivo; vengono quindi esplorate le esperienze di separazione con le figure di accudimento, i lutti e i traumi vissuti nel corso della vita. La parte finale dell'intervista indaga la relazione attuale dell'intervistato con i propri figli. Le esperienze infantili descritte vengono esplorate dettagliatamente rispetto ai seguenti aspetti:

- lo stile narrativo del soggetto,
- le sue reazioni agli eventi descritti,
- il cambiamento nel corso del tempo dei sentimenti e delle rappresentazioni relative agli eventi raccontati,
- gli effetti delle esperienze di accudimento e degli eventuali traumi esperiti rispetto allo sviluppo della personalità adulta (Di Carlo, Schimmenti & Caretti 2011).

La somministrazione dell'AAI viene audioregistrata e trascritta integralmente al fine consentire l'analisi dell'intervista secondo i criteri previsti dagli autori (Main, 1991). Lo scoring viene effettuato attraverso l'uso di due insiemi di scale a nove punti: il primo insieme di scale, definite le *scale dell'esperienza*, esplora le esperienze vissute dall'intervistato nella relazione con le figure di accudimento primarie durante l'infanzia; la seconda serie di scale, definite *scale della mente*, valuta lo stato della mente attuale del soggetto rispetto all'attaccamento. Gli stati della mente relativi all'attaccamento individuati per mezzo dell'AAI negli adulti vengono classificati attraverso quattro categorie, definite attraverso altrettante sigle: Sicuro (F, free), Distanziante (Ds, dismissing), Invischiato (E, entangled), Irrisolto (U, unresolved). A queste quattro categorie principali, si aggiunge una quinta definita Non Classificabile (CC, Cannot Classify), in cui si osserva la copresenza di stati mentali relativi all'attaccamento multipli e competitivi, come quelli Ds ed E (Liotti, 1992; 1999b; Main, 1991).

Di seguito riportiamo i punteggi attribuiti a BI (tab. 1) nelle scale dell'esperienza e nelle scale della mente e la relativa classificazione AAI⁴.

4 La Dr.ssa Alessandra Stringi ha effettuato l'analisi del protocollo AAI.

Scale di Valutazione Esperienze	Madre	Padre	Altre Persone
Rifiuto	1.0	7.0	
Coinvolgimento/ Inversione di ruolo	1.0	1.0	/
Pressione al successo	3.0	1.0	/
Trascuratezza	3.0	8.0	/
Cura	5.0	3.0	/
Presenza/Assenza Esperienze	Madre	Padre	Altre Persone
Abuso sessuale	NO	/	/
Abuso fisico	SI	/	/
Altro abuso/eventi estremi	Malattia zia		/
L'esaminato ha figli? (SI/NO)	SI		

Scale per lo stato della Mente Vs genitori	Madre	Padre	Altre Persone
Idealizzazione	7.0	3.0	
Coinvolgimento rabbia	2.0	4.0	/
Svalutazione	4.0	7.0	/

Scale per Stato della Mente Totale	
Totale Svalutazione Attaccamento	7.0
Insistenza su Mancanza di Ricordi	3.0
Processi Metacognitivi	N.A.
Passività dei Processi di Pensiero	1.0
Paura della Perdita	2.0
Massimo Punteggio di Perdita Irrisolto	3.0
Massimo Punteggio di Trauma Irrisolto	/
Punteggio Totale "U"	/
Massimo Punteggio Stimato per "Altro" Trauma	/
Coerenza del Trascritto	2.0
Coerenza della Mente	2.0
Classificazione AAI	Ds2

Tab. 1: Scheda del punteggio AAI del protocollo di BI

8. Breve storia del caso di BI

BI sta scontando una pena in carcere di 3 anni e 2 mesi per rapina. In particolare viene accusato di aver commesso in un solo mese 12 rapine. A tale proposito, durante l'intervista PCL-R, afferma: "Questo è il mio unico e solo reato. Solo perché ho sbagliato un mese... pago per tutta la vita. Non ho fatto altro. Giuro".

BI è cresciuto durante l'infanzia esclusivamente con la madre. Il padre, inizialmente carpentiere, era sempre fuori paese per lavoro. Successivamente questi aveva assunto un posto di custode presso una scuola.

BI descrive la sua famiglia offrendone un'immagine positiva ed ideale come è possibile vedere da un estratto dell'intervista PCL-R::

“BI: ..io sono cresciuto con mia madre. Mio padre era spesso fuori per lavoro. Faceva il carpentiere. Poi è entrato come bidello e si è sistemato. Ho due fratelli e una sorella. Io sono il più grande. Ho sempre avuto un rapporto bellissimo, bellissimo con i miei familiari. Noi siamo tutti una cosa. L'amore per la famiglia non manca mai. Siamo una cosa sola. L'amore è la nostra famiglia. Io e mia madre siamo uguali. Non cerchiamo gli altri. Noi siamo riservati e stiamo a casa nostra. I miei genitori non ci insegnavano niente... noi ci adattavamo ai loro modi di fare. Mia madre non era molto affettuosa. Ma era sempre presente e attentissima. Mio padre è sempre stato fuori città... ora negli ultimi anni è più presente. Noi siamo una famiglia molto compatta. I rapporti con i miei fratelli? Io amo loro e loro amano me. Siamo tutti una persona. Possiamo avere pensieri diversi? Cerchiamo di stare ognuno al posto nostro. Con mia sorella ho un rapporto più speciale. Lei è il mio punto di riferimento, ha la mentalità più aperta, i miei sono all'antica”.

Ad un esame più approfondito emerge una storia relazionale ed affettiva ambivalente nei confronti delle figure genitoriali, racconta infatti, proponendo elementi incoerenti con quelli precedentemente forniti, che da bambino non riceveva nessuna attenzione dai genitori ed sottolinea che non importava loro se si recava a scuola o meno. Afferma:

“BI: Le mie insegnanti dicevano che ero problematico... perché non appena qualcuno mi diceva qualcosa che non mi piaceva, subito gli saltavo addosso”.

Il percorso scolastico di BI è discontinuo e caratterizzato da continue risse con i compagni e i docenti:

“BI: ero difficile a imparare... non capivo... la memoria non era buona... e allora scappavo e lavoravo nei bar... dall'età di nove anni e cerco di imparare subito e di fare le scarpe a chi è più avanti di me. Ho fatto le cose che hanno fatto tutti i ragazzini. Invece mio figlio a 12 anni già è in terza media. E' bravissimo. Ma non lo vedo da 8 anni... con la mia ex moglie siamo lasciati e non mi permette di vederlo”.

Infatti BI si sposa prima di essere arrestato, ma dopo otto anni si separa dalla moglie, viene arrestato e non rivedrà più il figlio. Rispetto a sé stesso afferma:

BI: “Sono molto orgoglioso e non mi piace quando le persone mi prendono in giro. Mi arrabbio e non capisco più nulla e mi scappa di reagire con le mani... altre volte reagisco con la mente... sono bravo uso il dialogo... per capire dove quella persona ha sbagliato... o per convincerla a modo mio... quando quella persona non capisce divento indifferente e orgoglioso o reagisco male.”

BI ha iniziato a lavorare dall'età di 9 anni e così racconta:

“Mio padre voleva farmi capire che bisogna lavorare... per diventare uomini e mi mandò fin da quando avevo 9 anni... non perché avevamo bisogno, ma perché lui era di quella mentalità. Era giusto”.

Nel 2005 BI fa la “*fujtina*” (in Sicilia è la fuga d'amore con una ragazza per comprometterla sessualmente e sentimentalmente a prescindere dal volere dei genitori) e, dopo qualche mese, la giovane rimane incinta di due gemelli. Affrontano diversi diverbi a causa di uno scontro caratteriale ed enormi difficoltà economiche che li portano a concludere la loro relazione dopo sei mesi. Dopo qualche settimana la sua ex compagna gli comunica di aver abortito, perdendo i gemelli, BI riferisce che da quel momento in poi ha perso il controllo della sua vita. Inizia a frequentare gente poco raccomandabile e ritorna a far uso di cocaina dopo molti anni. Nessuno in quel periodo lo aiuta o lo sostiene. Carico di rabbia, perde ogni tipo di amicizia e partecipa insieme ad un gruppo di malintenzionati a diverse rapine a mano armata. Rispetto a quel periodo ricorda:

“...mi sentivo come se fossi senza emozioni, con il cervello fritto, con l'unico obiettivo di fare del male e spaventare...anche se ho cambiato tantissimi lavori... me ne andavo perché litigavo, non volevo state sottomesso. I titolari sbagliavano a parlare. Ma il mio lavoro (di cameriere) lo so fare benissimo.”

Però BI qualche volta faceva uso di alcool e cocaina:

“... soprattutto, quando avevo un bar in gestione”.

In quel periodo, all'età di 22 anni circa, si innamora di una donna di cui diventa estremamente possessivo e geloso:

BI: “È stato da lì che ho iniziato a fare uso di cocaina... quando lei mi lasciò e le cose al bar andavano male. Questo ancora prima della mia convivente. Poi ho ripreso anche mentre ero sposato e lavoravo... in vari bar e a farmi di coca...”

Dalla narrazione di BI appare come se l'utilizzo della sostanza stupefacente non costituisca alcun problema per le sue prestazioni lavorative o psicologiche:

BI: “Ma ero sempre efficiente a lavoro, quando mi facevo. Se lei venisse in un bar io saprei come servirla. Memorizzerei perfettamente i suoi gusti e le servirei quello che vuole senza che lei lo chieda. Ma se lei viene con qualcuno io non faccio capire all'altro che io ho confidenza con lei. Non mi permetterei. Io capisco subito la persona, gli faccio i raggi x. Io sono bravissimo a fare quello che l'altro si aspetta... so a chi fare e a chi non fare”.

Infine BI continua frequentemente ad intrecciare brevi relazioni sentimentali fino all'arresto.

9. Valutazione delle osservazioni

BI presenta uno stato della mente verso l'attaccamento di tipo distanziante (*Dismissing*, DS, vedi tab. 1), in quanto mostra durante tutta l'intervista una limitata attenzione a pensieri e sentimenti relativi alle esperienze di attaccamento. BI idealizza parzialmente il padre (punteggio idealizzazione padre = 3), ma soprattutto la madre (punteggio idealizzazione madre = 7), non supportando adeguatamente con il racconto di episodi coerenti la costellazione di aggettivi positivi proposta per descriverli (madre: *presente, premurosa, lavoratrice*; padre: *molto premuroso, lavoratore*). Va spesso incontro a blocchi della memoria, non ricordando dettagli probanti, lo stato della mente è inoltre caratterizzato da svalutazione nei riguardi della relazione con il padre (punteggio svalutazione padre = 7), che vive come figura d'attaccamento assente, negligente, disconfermante e rifiutante (punteggio rifiuto padre = 7).

Riportiamo a tal fine alcuni stralci dirimenti dell'intervista intervistatore-intervistato, che evidenziano una svalutazione distanziante (*dismissing derogation*) pur nel tentativo finale di normalizzare:

Intervistatore: Adesso vorrei chiederle del rapporto con i genitori.

BI: ...si, si con i genitori. Specialmente all'età di quattro anni, quando siamo andati ad abitare in via X, mio padre, che lavorava come carpentiere, prima di entrare a scuola come bidello e... lui andava a Y per lavoro, la ferrovia che c'è, la metropolitana che c'è a Y.. è stato anche lui a lavorare lì dentro. E c'è stato quasi venti anni e faceva sali e scendi, sali e scendi. Non c'è stato mai quel tipo di rapporto..."

Intervistatore: A Y?

BI...Y, esattamente. Poi se ne è andato più avanti a lavorare a Vercelli, non c'è stato quel rapporto tra padre e figli. Cioè...era quel tipo di marito, che è per lavoro fuori e non c'è quel tipo di rapporto padre e figli.

Intervistatore: Uhm, uhm.

BI: Quella volta che veniva sembrava una festa, però poi nel succo non c'è niente. Anche che oggi capisco cosa vuol dire papà, perché lavorava per noi. E ho vissuto con mio padre e con mia madre dalla mattina alla sera..."

BI pone enfasi sulla normalità dei rapporti nella propria famiglia, minimizzando sulle numerose assenze di questi da casa per lavoro, anche quando riferisce degli schiaffi ricevuti o del suo rifiuto in occasione di vicende della prima infanzia.

BI sottolinea in varie occasioni la propria forza personale, descrivendo il suo Sé come forte, indipendente, normale.

Evidenzia segni di astuzia, materialismo, slealtà o manipolazione nei confronti delle relazioni, di fatto egli non riferisce ciò che da altre fonti è poi possibile acquisire circa la permanenza del padre in carcere.

Emerge, inoltre, l'assenza di una convincente valutazione delle esperienze di attaccamento. BI manifesta paura della perdita nei riguardi del proprio figlio minore di nove anni, senza risultare convincente nel raccontare l'influenza

su di lui dell'esperienza della malattia e della perdita della giovanissima zia materna malata di cancro durante la sua infanzia.

BI esprime una ridotta articolazione di sentimenti o necessità di dipendenza dalla figura paterna, anche se infine fa emergere un certo risentimento e piccole quote di rabbia verso il padre.

I: E quindi invece c'è un episodio che lei ricorda, che spiega bene la paura che lei provava da bambino per suo padre? Una punizione?

BI: No. No, no. Glielo spiego ora, io in certe cose,... a mio padre glielo rinfacerò sempre fino alla morte, ma non per fargli...

I: Quali cose?

BI: Come ora che potrei essere qua. Io ho preso un posto, ho preso un posto (Uhm). Lei dice, questa penna tu non la sai usare. Io farò di tutto per usarla. (Uhm). Ha capito? Se lei mi dice, "non ce la fai a rubare!", ché sono ignorante. Oggi le posso dire, ero ignorante, perché queste cose non le farò più. Dovevo sfidare alle persone che mi dicevano una cosa giusta. Mi ha capito? (Uhm). E io ero così con mio padre, una qualsiasi cosa

I: ...che... (Lo sfidava?).

BI: Esatto. Perché lui mi vedeva come il figlio più debole. Invece oggi si è reso conto che non è così. Lo...dovevo fare queste cose per farti capire, che non mi manca la capacità di fare qualsiasi cosa? Mi ha capito?

I: quindi lei si sentiva sminuito da suo padre?

BI: Sminuito, sì, bravissima. (I: Svalorizzato?)

BI: Svalorizzato. Esattamente. Questo glielo rinfacerò sempre.

BI è un individuo che per il F1 della PCL-R⁵: aspetto affettivo, interpersonale e dello stile di vita, evidenzia modalità relazionali ed espressive di tipo psicopatico, superando pienamente il cut-off di ≥ 30 e riportando un alto punteggio complessivo (*total score* = 34). Presenta, inoltre, tratti del Disturbo Antisociale di Personalità, ne possiede infatti l'impulsività ed l'irresponsabilità (Fattore 1=15), seppur ben nascosti verbalmente ed intellettualizzati dalle sue capacità manipolative-affettive disinibite dall'assenza di scrupoli (Fattore 2=13).

L'analisi degli items PCL-R (scoresheet), l'analisi comportamentale inferita, l'attribuzione del punteggio PCL-R (scoring) supportano, dunque, un profilo, secondo cui è possibile affermare che BI, posto dinanzi a situazioni che sfuggono al suo controllo/dominio, reagisce con violenza psicopatica. Si può inoltre inferire che tale violenza è espressa con modalità antisociali (aggressioni, rapine, truffe) e non opta certo per la via del dialogo, a differenza di quanto dichiaratamente afferma, specialmente nel confronto con le figure femminili come le sue partners. A tale proposito è dirimente notare come BI ottenga il punteggio 2 agli items 11 e 17 (dimensione DAB) a causa della sua

5 La Dr.ssa Letizia Patricolo ha effettuato lo scoring dell'intervista PCL -R con BI.

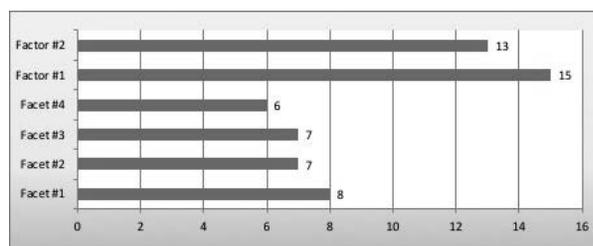
promiscuità nello stile di vita e del suo comportamento nelle relazioni sentimentali.

Durante l'analisi dell'intervista PCL-R (tab. 2) BI rivela spesso l'aspetto caratteriale aggressivo e manipolativo, in modo particolare, quando si contraddice lasciando emergere le sue menzogne:

BI: "Quando parla lei pare che già sa tutto! Dove vuole arrivare? Si ho fatto anche delle truffe... si è vero non ho commesso anche altri reati... la testa mi funziona e come! Ma ancora non c'è niente ancora... nessuna condanna. Ho firmato assegni... Quindi non dico niente. Cinque anni fa... ma non ne parlo. Per certi punti di vista il cervello mi funziona. Gli affari li so fare bene. Se lei mi dà cento euro io glieli faccio quadruplicare. Il cervello mi funziona e imparo subito".

Pertanto il modo di agire di BI è elaborato, manipolativo, coercitivo e ben meditato, pur presentandosi, per altri aspetti, molto semplice e determinato dal suo basso livello di scolarizzazione. In ogni caso egli porta a compimento i suoi affari in maniera fredda, sicura di sé e consapevole delle conseguenze delle sue azioni. Dimostra, inoltre, una grande capacità nel simulare emozioni umane ed utilizzarle per il proprio tornaconto:

"BI: una persona che si droga non è una persona sana, è poco affidabile senza dignità e che può fare la qualunque... glielo dico con il cuore nelle mani. Non si accorge di come gli altri lo guardano... io soffro e ho problemi, lo so, adesso sono cambiato. Qui ho imparato tanto. Non sono più la stessa persona".



Tab 2: Grafico punteggi dei fattori e delle dimensioni PCL - R nel protocollo di BI

All'MMPI, come è possibile vedere nella pagina seguente (tab. 3), BI riporta i seguenti risultati alle scale di validità e cliniche.

Scale di Validità									
L		F					K		
52		72					45		
Scale Cliniche di Base									
Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
68	64	47	59	53	67	63	77	66	66

Tab 3: Punteggi alle Scale MMPI - 2 del protocollo di BI

Nella determinazione della validità del protocollo, nell'esame delle Scale Cliniche di Base, delle scale di Contenuto e di quelle Supplementari, i punteggi ottenuti da BI sono stati confrontati con quelli del campione normativo, usando la distribuzione di punti T (M=50; d.s.=10).

La configurazione delle Scale di Validità (L- F- K;VRIN e TRIN; Fb) mostra la presenza di un pattern di risposta denominato: "quadro esagerato di sintomi". Tale pattern di validità è evidenziato da una elevazione della Scala F (Frequency, T = 72) tuttavia ammesso, dato che il soggetto in esame vive in detenzione carceraria. Dall'osservazione di tale configurazione, emerge infatti un atteggiamento disponibile a riconoscere l'esistenza di stress e problemi di natura emotiva. Tale tendenza potrebbe segnalare un'indiretta richiesta di aiuto da parte dell'esaminato (Butcher & Williams, 1992).

Una più attenta analisi delle Scale di Validità (Scala F, T = 72; Scala VRIN - Variable Response Inconsistency, T = 59; Scala TRIN (True Response Inconsistency, T = 78V) permette di:

- escludere la tendenza da parte del soggetto a contraffare le risposte in senso negativo (Indice F-K di dissimulazione < 15) (Gough, 1974) o ad esagerare le proprie difficoltà di attenzione, concentrazione e adattamento (Scala L, Lie, T = 52; Scala K, Correction, T = 45);
- ammettere la tendenza del soggetto a rispondere affermativamente ad un numero eccessivo di item che indagano la presenza di problemi psicologici, con conseguente invalidazione del profilo stesso (TRIN, T = 78V).

Il profilo di BI risulta pertanto valutabile, tuttavia, a causa dell'elevazione della Scala Fb (Back Frequency, T = 93), attribuibile alla storia di tossicomania presente nell'anamnesi, non è possibile interpretare né le Scale di Contenuto né quelle Supplementari (Butcher & Williams, 1992).

L'esame delle Scale Cliniche di Base rileva un profilo caratterizzato da una maggiore elevazione nella Scala Sc (Schizofrenia, T = 77) che, insieme all'analisi della Configurazione 6-7-8 (Scala Pa, Paranoia, T = 67; Scala Pt, Psicastenia, T = 63; Scala Sc, T = 77) evidenzia caratteristiche di personalità di un soggetto emotivamente ritirato, socialmente isolato, ostile e carente di insight circa il proprio comportamento.

L'inclinazione del profilo, osservabile attraverso l'analisi dell'andamento della triade nevrotica (Hs, Ipocondria, T = 68, D, Depressione, T = 64, Hy, Isteria, T = 47) e della tetraide psicotica (Pa, T = 67; Pt = 63; Sc, T = 77; Ma, Maniacalità, T = 66), mostra la presenza di disturbi cronici, scarso controllo degli impulsi, con possibili improvvise esplosioni di collera (Pd, Deviazione Psicopatica, T = 59; Hy, T = 47: Pd > Hy di 10 T). Il soggetto appare sospettoso, ostile, esageratamente sensibile e suscettibile a critiche, permaloso e vendicativo (Pa, T=67).

Il pensiero dell'esaminato è caratterizzato da rigidità ed ostinazione, supportati da un processo ideativo compromesso dalla possibile presenza di deliri (Disturbo del Pensiero: Scale 2 e 0 > 60 (Scala D, Depressione, T = 64, Scala Si, Introversione Sociale, T = 66).

Lo scarso contatto con la realtà, spiega la reazione esagerata ad ogni problema, l'estremo egocentrismo ed egoismo e l'eccessiva preoccupazione per problemi fisici (Hs, Ipocondria, T = 68).

La deflessione del tono dell'umore (D = 64) rende il soggetto irritabile, infelice, insoddisfatto di sé e del mondo, pessimista e preoccupato. La suddetta deflessione, unita alla percezione che la responsabilità dei propri problemi sia da attribuire agli altri (Pa = 67), rendono il paziente impulsivo, inaffidabile ed impaziente, eccessivamente fiducioso di sé ed in tal senso assertivo (Pd = 59).

Dal punto di vista relazionale, si evidenziano difficoltà causate dalla tendenza del soggetto ad evitare contatti anche con le figure di riferimento significative. La tendenza alla ruminazione e la ridotta inclinazione di BI all'azione rendono il soggetto rigido, pedante ed ipercontrollato.

L'analisi di alcuni indici supporta le risultanze fin qui discusse:

- Indice di Goldberg (1965) - L+Pa+Sc-Hy-Pt: intercetta la presenza di un profilo psicotico (L+Pa+Sc-Hy-Pt= 84);
- Indice PAI (Passive-aggressive) - (Hy+100)-(Pd+2XPa) in punti T: evidenzia un tratto di personalità aggressivo (T = -46).

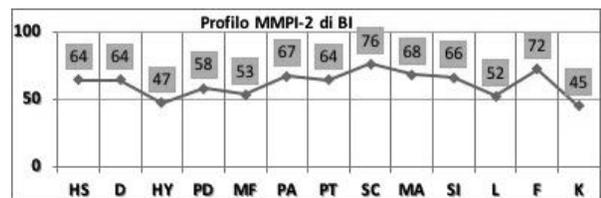
Al TEC BI ottiene un punteggio di esposizione ai traumi di 3, ma i risultati alle interviste PCL-R e AAI mettono in evidenza in realtà la relazione disturbata con il padre, che comporta l'esposizione ad una condizione relazionale traumatica in senso continuo e cumulativo (vedi le assenze frequenti e prolungate del padre e poi la sua presenza provocatoria in senso rifiutante e svalutativo). Ad un'indagine diretta, come quella attraverso il TEC, BI tenta di celare la condizione di sofferenza vissuta nell'infanzia, a favore della presentazione di un'immagine anche troppo forte ed irrealistica di Sé.

Alla DES II BI ottiene il punteggio = 46.3, cut off <30 - che denota la presenza di meccanismi dissociativi, i quali assumono, confrontando il dato con il profilo MMPI-II, una funzione difensiva o di adattamento. Ciò significa che la dissociazione serve a BI per allontanare dalla coscienza eventi traumatici che sarebbero, altrimenti, fonte di angosce insostenibili, nel riconoscere i dati di realtà, quali il fallimento delle proprie aspettative, l'abuso di sostanze, il divorzio, la perdita del figlio, i reati e la carcerazione. BI letteralmente dissocia se stesso da una situazione o da un'esperienza troppo traumatica per essere integrata nel proprio io cosciente.

Impossibile determinare, proprio perché la DES non è uno strumento diagnostico e non è lo scopo di questo lavoro individuarlo, quando, infine, si altera il senso della propria realtà, se il soggetto lo rimpiazza con sentimenti di irrealità, vale a dire con la Depersonalizzazione.

Il corredo sintomatologico dei DD, al di là dei sintomi specifici che individuano le quattro sindromi dissociative (amnesia, fuga, coscienza della propria identità e derealizzazione), ne comprende anche altri, quali: presenza di depressione ricorrente, ansia, panico, fobie, rabbia, ira, ridotta autostima, sentimenti di indegnità, vergogna, dolore somatoforme, pensieri e/o comportamenti autodistruttivi, abuso

di sostanze, anomalie delle condotte alimentari, difficoltà di rapporto interpersonale e sessuale, disfunzioni sessuali, perdita della nozione del tempo, vuoti di memoria, sentimenti di irrealità, flashback, pensieri o immagini intrusive, stato di ipervigilanza, di allarme, disturbi del sonno, incubi notturni, sonnambulismo, insonnia, stati di coscienza fluttuanti o alternati. È evidente che questa ricchezza sintomatologica rende difficile la sua identificazione, poiché pone il DD a cavallo di molteplici disturbi da quelli depressivi ed ansiosi a quelli della personalità, dai disturbi somatoformi a quelli psicotici. Tali quadri sintomatologici risultano ipotizzabili coerentemente in accordo con i dati forniti anche dal profilo MMPI di BI (tab 4).



Tab 4: Profilo grafico MMPI - 2 del protocollo di BI

10. Discussione

Nel caso di BI la personalità psicopatica è associata ad uno stile dismissing di attaccamento ed un ambiente affettivo negligente e trascurante sin dalla prima infanzia. BI presenta un rapporto inesistente e disfunzionale con le figure di attaccamento vissute come trascuranti, negligenti sia dal punto di vista materiale, che affettivo-emotivo, con uno shift dissociativo responsabile di un'alterazione dei contenuti emotivi delle esperienze vissute (colloquio PCL-R e intervista DES = 43.07). Ciò collima perfettamente con la presenza della dimensione DAB della PCL-R relativa all'atteggiamento di svalutazione verso i legami sentimentali di attaccamento.

Il caso di BI evidenzia come i tratti dell'APD non corrispondano al disturbo PPD, ma come le modalità relazionali psicopatiche possano comunque essere presenti in un soggetto con uno stile di vita antisociale. L'APD, così come altri disturbi di personalità o disturbi psichiatrici, può essere una forma espressiva o comorbida al PPD, ma comunque distinta.

Pertanto, tornando a BI, il suo comportamento violento è guidato da intensi pensieri ed emozioni narcisistiche, disregolate e patologiche. Gli psicopatici come BI, mettono in atto queste emozioni in presenza delle loro vittime, non per relazionarsi ad esse, in senso empatico ed interessato, ma per strumentalizzarle, manipolarle o attrarle a sé, in modo subdolo e malevolo. Le loro azioni si distinguono da qualsiasi altro crimine o omicidio per le loro componenti di violenza criminale e di perversione sadica, specialmente di fronte a soggetti da lui percepiti come fragili, vulnerabili o di fronte alle relazioni con l'altro sesso.

La visione del mondo di uno psicopatico è personalmente distorta, piuttosto che interpersonale. In termini sociali e cognitivi, non può tenere in considerazione il punto

di vista di un altro allo stesso modo del proprio (deficit di mentalizzazione o di funzione riflessiva (Fonagy & Target, 2001), pertanto non riesce a mettersi nei panni dell'altro. Pensa in modo lineare, anticipando le reazioni altrui dopo aver soddisfatto i propri desideri e le proprie azioni non sono basate su scelte in senso sociale a causa dei limiti cognitivi. Per di più, la scarsa capacità nel controllo comportamentale, in alcuni casi di psicopatia comorbida all'APD come in BI (vedi MMPI), delinea un profilo di impulsività che costituisce il complemento all'egocentrismo emotivo-cognitivo del soggetto antisociale che appunto delinque.

È opportuno non dimenticare che non tutti i comportamenti antisociali sono commessi da personalità antisociali e/o psicopatiche e che non tutte le personalità antisociali sono comorbide al disturbo psicopatico di personalità.

Conclusioni

In conclusione abbiamo riportato alcuni riferimenti in letteratura che possono aiutare a spiegare evolutivamente in che modo l'attaccamento insicuro/disorganizzato, quello insicuro/dismissing ed il costruito della psicopatia, secondo la definizione di Hare (1993), possano rispettivamente essere in relazione tra loro. Abbiamo esaminato quale possa essere la natura e la dimensione dell'esperienza traumatica precoce nelle personalità psicopatiche. Abbiamo distinto la personalità psicopatica dal Disturbo Antisociale di Personalità attraverso un'analisi empirica.

Abbiamo provato ad offrire un contributo, attraverso l'analisi del caso di BI, per definire e chiarire meglio la natura estremamente aggressiva della motivazione che spinge uno psicopatico criminale a creare vittime evidenziandone l'origine infantile, in particolare ascrivendola ad un rapporto caregiver-figlio patologico, con una figura paterna distanziante, trascurante e negligente, attraverso i risultati agli strumenti e test somministrati.

In questa sede, in accordo con le premesse teoriche sopra esposte e con la distinzione (Meloy, 1988; 2001) tra due tipi di violenza:

- 1) quella affettiva impulsiva, reattiva, ostile, con presenza di inondazione emotiva,
- 2) quella predatoria, proattiva, pianificata cognitivamente con assenza di emozioni.

Abbiamo, inoltre, mostrato un metodo d'indagine per studiare il perché nelle personalità psicopatiche lo stile di attaccamento dismissing possa essere compresente con il tratto psicopatico e quindi con il secondo tipo di violenza.

In ultimo riteniamo risultati ancora necessario e fruttuoso verificare le risultanze di tale contributo attraverso lo studio su più soggetti, indagando la relazione tra psicopatia, attaccamento insicuro/dismissing e disregolazione.

Riferimenti bibliografici

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.

Bernstein E.M., Putnam F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*, 174(12), 727-735.

Bifulco, A. & Moran, P. (1998). *Il bambino maltrattato. Le radici della depressione nel trauma e nell'abuso infantile*. Roma: Astrolabio.

Bifulco, A., Moran P. M., Ball, C., Jacobs, C., Baines, R., Bunne, A. & Cavagin, J. (2002). Childhood adversity, parental vulnerability and disorder: examining inter-generational transmission of risk". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1075-86.

Boccardi, M., Frisoni, G.B., Hare R.D., Cavedo E., Najt P., Pievani M. et al. (2011). Cortex And Amygdala Morphology. *Psychopathy. Psychiatry Res*. 193(2), 85-92.

Boccardi, M. (2013, Maggio). *Brain offenders morphology correlates in psychopathic*. Book of abstract. Paper presented at CRINVE 2013, Milano.

Borgogno, F. (Ed.) (2002). Perché Ferenczi oggi. In F. Borgogno, *Ferenczi oggi*. Torino: Bollati Boringhieri.

Bottiglioni, M. (2013, Novembre). *Destini del trauma e della dissociazione*. Lavoro presentato al Centro Psicoanalitico SPI, Firenze, IT.

Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their character and home lives. *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 19-52.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London: Tavistock (trad. it. Attaccamento e perdita, vol. II: La separazione dalla madre, Bollati Boringhieri, Torino, 1973-1975).

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge (trad. it. *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano, 1989).

Bromberg, P. M. (1998). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the space*. Milano: Raffaello Cortina.

Bromberg, P. M. (2013). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica* (a cura di V. Caretti, G. Craparo, A. Schimmenti). Roma: Astrolabio.

Buchanan, A. (1996). *Cycles of child maltreatment*. Chichester: Wiley & Sons.

Caretti, V. & Ciulla, S. (2012). Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza. *Psichiatria e psicoterapia*, 31, (2), 101-119.

Caretti, V. & Craparo, G. (Eds.). (2008b). *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio.

Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (Eds.). (2010). Fattori evolutivo-relazionali dell'addiction. Uno studio sulla dipendenza da eroina. In V. Caretti & D. La Barbera (Ed.), *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca* (pp. 99-134). Milano: Raffaello Cortina.

Caretti, V., Craparo, G., Schimmenti, A., & Ciulla, S. (2012). Trauma e comportamento violento. Dissociazione e rabbia come dimensioni eziopatogenetiche dell'impulsività di origine traumatica: un modello clinico-empirico della personalità di uno psicopatico. In E. Caroppo, L. Janiri, G., Caroppo, E., Martinotti, G., & Pozzi, G. (Eds.), *Il punto di non ritorno. Itinerari e derive del trauma psichico*. Roma: Giovanni Fioriti.

Caretti, V. & La Barbera, D. (2005). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio.

Caretti, V., Manzi, G., Schimmenti, A., & Seragusa, L. (2011). *PCL-R. Psychopathy Checklist-Revised*. Adattamento italiano basato sulla seconda edizione. Firenze: OS Giunti.

- Caretti, V. & Schimmenti, A. (2007). Prefazione all'edizione italiana. Il fallimento delle relazioni primarie e il trauma evolutivo. In A. Bifulco, & P. Moran (Eds.), *Il bambino maltrattato*. Roma: Astrolabio.
- Caretti, V. & Schimmenti, A. (2007). Prefazione all'edizione italiana. In E.R.S. Nijenhuis (Ed.), *La Dissociazione Somatoforme. Elementi teorico-clinici e strumenti di misurazione*. Roma: Astrolabio.
- Carlson, E. & Putnam, F.W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16-27.
- Cleckley, H. (1982). *The Mask of Sanity*. Revised Edition. Mosby Medical Library.
- Cooke, D.J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13, 171-188.
- Di Carlo, G., Schimmenti, A., & Caretti, V. (2011) Uso clinico dell'Adult Attachment Interview: un approfondimento. *Psichiatria e Psicoterapia*, 30(3), 181-197.
- Craparo, G., Schimmenti, A., & Caretti V. (2013). Traumatic experiences in childhood and psychopathy: a study on a sample of violent offenders from Italy. *European Journal of Psychotraumatology* 2013; 4 10.3402/ejpt.v4i0.21471. Published online 2013 Dec. 20.
- Craparo, G., Ardino, V., Gori, A., & Caretti, V. (2014). The relationship between Early Trauma, Dissociation, and Alexithymia. *Alcohol Addiction. Psychiatry Investigation*, 11 (3), 330-335.
- Fonagy, P. (2004). The developmental roots of violence in the failure of mentalization. In F. Pfafflin & G. Adshead, (2003), *A Matter of security. The application of attachment theory to forensic psychiatry and psychotherapy*. London-New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Craparo G. (2018). *Inconscio non rimosso. Riflessioni per una nuova prassi clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (trad. it. *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma, 1951).
- Ferenczi, S. (1919). *Il fenomeno della materializzazione isterica*. In Opere, vol. III, Milano: Raffaello Cortina.
- Ferenczi, S. (1929). *Il bambino male accolto e la sua pulsione di morte*. In Opere, vol. IV, Milano: Raffaello Cortina.
- Ferenczi, S. (1931). *Analisi infantile con gli adulti*. In Opere, vol. IV. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P. & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud, S. (1895). *Studi sull'isteria*. (Vol I). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1895). *Progetto di una psicologia*. (Vol II). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1901). *Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora)*. (Vol. IV). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere* (Vol. IX). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1924). *La perdita della realtà nella nevrosi e nella psicosi* (Vol. X). Torino: Bollati Boringhieri.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult attachment interview*, Department of Psychology, University of California, Berkeley. Unpublished manuscript.
- Greenacre, P. (1950). General problems of acting out. *The Psychoanalytic Quarterly*, 14.
- Guarino, S. Petrocchi, M., & Ammaniti, M. (2013). La trasmissione intergenerazionale del rischio: la relazione madre-bambino in donne con esperienze infantili di maltrattamento. In *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica* (pp.103-120). Roma: Astrolabio.
- Hare, R.D. (1985). *The Psychopathy Checklist*. Unpublished manuscript.
- Hare, R.D. (1991). *Hare psychopathy checklist revised (PCL-R)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (1993). *La psicopatia. Valutazione diagnostica e ricerca empirica*. Roma: Astrolabio.
- Hare, R. D. (2003). *Hare psychopathy checklist revised (PCL-R)* (2nded). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hathaway, S. & McKinley, J. C. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)*. Columbus, OH: Merrill/Prentice-Hall.
- Hesse, E., Main, M. Abrams, K.Y., & Rifkin, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have 'second generation' effects. Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents. In D.J. Siegel, M. F. Solomon (eds.), *Healing trauma: attachment, mind, body and brain*. New York: Norton.
- Hicks, S. & Sales, B. (2006). *Criminal Profiling* (trad. it. *Criminal Profiling*, Raffaello Cortina, Milano, 2009).
- Ismond, D. & Rapoport, J. L. (1996). *DSM-IV Training Guide For Diagnosis Of Childhood Disorders* (trad. it. *DSM-IV. Guida alla diagnosi dei disturbi infantili*, Masson, Milano, 2000).
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme Psychologique*. Paris: L'Harmattan, 2005 (Trad. it., *L'automatismo psicologico a cura di F. Ortu, Raffaello Cortina, Milano, 2013*).
- Janet, P. (1928). *L'èvolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris: A. Charin.
- Khan, M.M.R. (1963). *Lo spazio privato del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Keppel, G., Saufley, & W. H., Tokunaga, H. (2001). *Data analysis for research designs*, (trad. it. *Disegno sperimentale e analisi dei dati in psicologia*, Edises, Napoli, 2005).
- Kernberg, O. F. (1992). *Aggression in personality disorder and perversion*. (trad. it. *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Raffaello Cortina, Milano, 1993).
- Kihlstrom, J. E. (1987). The Cognitive Unconscious. *Science*, 237, 1445-52.
- Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Firenze: Martinelli.
- Kosson, D. S., Cyterski, T. D., Steuerwald, B. L., Neumann, C., & Walker-Mathews, S. (2002). The reliability and validity of the Psychopathy Checklist: Youth Version in non-incarcerated adolescent males. *Psychological Assessment*, 14, 97-109.
- Larsson, H., Tuvblad, C., Rijdsdijk, F.V., et Al. (2007). A common genetic factor explains the association between psychopathic personality and antisocial behaviour. *Psychological Medicine*, 37, 15-26.
- Lichtenberg, J.D. (1989). *Psychoanalysis and motivational systems: A new look* (trad. it. *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina, Milano, 1995).
- Liotti, G. (1992). Disorganized attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 196-204.

- Liotti, G. (1999b). L'attaccamento. In B. Bara (1996), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Liotti, G. (1999). La Disorganizzazione dell'attaccamento come modello per comprendere la psicopatologia dissociativa. *Self, I*. Retrieved Marzo, 1999, from www.selfrivista.it/Volumi/Vol11N3/Liotti.html.
- Liotti, G. (2005). Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento. *Infanzia e Adolescenza* 4, (3), 130-44.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi Traumatici. Eziopatologia, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lounds, J.J., Borkowski, J. G. & Whitman, T. L. (2006). The potential for child neglect: the case of adolescent mothers and their children. *Child Maltreatment*, 11, 281-94.
- Lyons-Ruth, K. & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 257-75.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme Psychologique* (trad. it. *L'automatismo psicologico*, Raffaello Cortina, Milano, 2013).
- Main M., Kaplan N., & Cassidy J. (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. *Child Development*, 50, 821-827.
- Main M. & Solomon J. (1986) Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for classification of behaviour. In M.W. Yogman & T.B. Brazelton, *Affective development in infancy* (pp. 95-124). New Jersey: Ablex Norwood.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. In P. Marris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes, *Attachment Across the Life Cycle*. New York: Routledge.
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2002). *The Adult Attachment Interview Classification and Scoring System*. Unpublished Manuscript
- Main, M. & Morgan, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: phenotypic resemblance to dissociative state. In L. Michelson, & E.W. Ray (2013), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum.
- Main, M. & Solomon, J. (1986) Discovery of a new, insecure, disorganized, disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton & M.W. Yogman, *Affective development in infancy*. New Jersey: Norwood.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings, *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mancia, M. (1998). *Coscienza Sogno Memoria*. Roma: Borla.
- Mancia, M. (2004). *Sentire le parole*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Mancia, M. (2008). *Neuroscienze e Psicoanalisi*. Milano: Springer Verlag.
- Marshall, W.L. (1996). Assessment, treatment, and theorizing about sex offenders. Developments over past 20 years and future directions. *Criminal Justice and Behaviour*, 5-16.
- Meloy, J. R. (1988). *The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics, and Treatment*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Meloy, J. R. (1992). *Violent attachment* (trad. it., *Attaccamento Violento*, Giovanni Fioriti, Milano, 2016).
- Meloy, J. R. (2001). *The mark of Cain*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Meloy, J. R. (2004). *The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics, and Treatment*. New York: Rowman & Littlefield.
- Nijenhuis, E.R.S., van der Hart O., & Vanderlinden, J. (1999). The Traumatic Experiences Checklist (TEC). In ERS Nijenhuis (1999) *Somatiform Dissociation: Phenomena, Measurement, and Theoretical Issues*. Van Gorcum, Assen, the Netherlands (trad. it. *La Dissociazione Somatiforme. Elementi teorico-clinici e strumenti di misurazione*, Astrolabio, Roma, 2007).
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart O., & Kruger K. (2002). The Psychometric Characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First Findings Among Psychiatric Outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.
- Nijenhuis, E.R.S., Van Engen, A. & Steel, K. (2004). Strukturelle Dissociation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In L. Reddemann, A. Hofman, U. Gast, *Psychotherapie der dissociativen Störungen* Stuttgart, Thieme (2006).
- Nijenhuis, E. Van der Hart, O. & Steel, K. (2004). Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. *Trauma Information Pages website*. Retrieved January, 2004, from www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.-php.
- Millon, T., Simonsen, E., Davis, R. D., & Birket-Smith, M. (2003). *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behavior*. London and New York: The Guilford Press.
- Neumann, C. S., Hare, R. D., & Newman, J. P. (2007). The super-ordinate nature of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21, 102-117.
- Neumann, C. S., Kosson, D. S., Forth, A. E., et al. (2006). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV) in Incarcerated adolescents. *Psychological Assessment*, 18, 142-154.
- Ogden, P. (2007). *Beyond words: A clinical map for using mindfulness of the body and the organization of experience in trauma treatment*. Paper presented at Mindfulness and Psychotherapy Conference, UCLA/Lifespan Learning Institute, Los Angeles, CA.
- Ogden, P. (2009). Emotion, mindfulness and movement: expanding the regulatory boundaries of the window of tolerance. In Fosha, D., Siegel, D., & Solomon M., (2009), *The Healing Power of Emotion: Perspectives from Affective Neuroscience and Clinical Practice*. New York: Norton.
- Osofsky, J. (1992). *Trauma in infancy and early childhood*. New York: Guilford Press.
- Plaffin, F. & Adshad, G. (2004). *A Matter of Security. The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Porges, S.W. (2003). Social engagement and attachment. A Phylogenetic Perspective. *Ann. NY Acad. Sci.*, 1008, 31-47.
- Ross, T. (2004). Attachment representation, attachment style

- or attachment pattern? Usage of terminology in attachment theory. In F. Pfafflin & G. Ashead (Ed.), *A matter of security*. London and New York: Jessica Kingsley Publisher.
- Schimmenti, A. (2013). Trauma evolutivo: origini e conseguenze dell'abuso e della trascuratezza nell'infanzia. In V. Caretti, G. Craparo, & A. Schimmenti (Eds.), *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*. Roma: Astrolabio.
- Schimmenti, A. (2016). Dissociative Experiences and Dissociative Minds: Exploring a Nomological Network of Dissociative Functioning. *Journal of Trauma & Dissociation* 17(3), 338-361.
- Schimmenti, A. (2016). Psychometric properties of the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) in a sample of Italian adolescents. *Journal of Trauma & Dissociation* 17(2), 244-257.
- Schimmenti, A. (2016). The Developmental Roots of Dissociation: A Multiple Mediation Analysis. *Psychoanalytic Psychology* 34(1) 96-105.
- Schimmenti, A. (2017b). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*. doi: 10.1080/15299732.2017.1402400.
- Schimmenti, A. & Bifulco, A. (2008b). Quando i genitori maltrattano i figli: le radici psicopatologiche dello sviluppo affettivo. In V. Caretti, G. Craparo (Eds.), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio.
- Schimmenti, A. & Caretti, V. (2014). Linking the overwhelming with the unbearable: developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 106-128.
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Pace, U., Manzella, S., Di Carlo, G., & Caretti, V. (2014). The Relationship between Attachment and Psychopathy: A Study with a Sample of Violent Offenders. *Current Psychology* New York: Springer Science + Business Media.
- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A.N. (2003a). *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Roma: Astrolabio.
- Schore, A.N. (2003b). *I disturbi del Sé. La disregolazione degli affetti*. Roma: Astrolabio.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford (trad. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano, 2001).
- Sirigatti, S. & Stefanile, C. (2011). *MMPI - 2: aggiornamento all'adattamento italiano*. Firenze: Giunti OS.
- Schuder, M & Lyons-Ruth, K. (2004). Hidden trauma in infancy: attachment, fearful arousal and early dysfunction on the stress response system. In J. Osofsky (1992) *Trauma in infancy and early childhood* (pp. 69-104). New York: Guilford Press.
- Skeem, J. L., Mulvey, & E. P., Grisso, T. (2003). Applicability of traditional and revised models of psychopathy to the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Psychological Assessment*, 15, 4-55.
- Solms, M. & Panksepp, J. (2012). The Id Knows More than the Ego Admits: Neuropsychanalytic and Primal Consciousness Perspectives on the Interface Between Affective and Cognitive Neuroscience. *Brain Sciences*. 2, 147-175.
- Steele, H. & Steele, M. (2008). *Adult Attachment Interview. Applicazioni Cliniche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern, D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stringi, A. (2013). Traumi infantili, tossicodipendenza e regolazione affettiva in un gruppo analitico in ambito penitenziario. *Psichiatria e Psicoterapia*, 32, 1, 3-17.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *I Disturbi della Regolazione Affettiva. L'Alessitimia nelle Malattie Mediche e Psichiatriche*. Roma: Fioriti.
- Tronik, E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-127.
- Van der Kolk, B.A., MC. Farlane, A. C., & Wersaeth, L. (1996). *Stress Traumatico*. Roma: Magi.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Il disturbo traumatico dello sviluppo: bambini cronicamente traumatizzati. In V. Caretti, & G. Craparo, *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio.
- Viding, E., Frick, P. J., & Plomin, R. (2007) Aetiology of the relationship between callous-unemotional traits and conduct problems in childhood. *British Journal of Psychiatry*, 190, 33-38.
- Van der Hart O, Nijenhuis E., & Steele K. (2006). *The Haunted Self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton (trad. it. *Fantasma nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*, Raffaello Cortina, Milano 2011).
- Van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* 1(5), 253-265.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Il disturbo traumatico dello sviluppo: verso una diagnosi razionale per bambini cronicamente traumatizzati. In V. Caretti & Craparo (Eds.), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio.
- Van Ijzendoorn, M.H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: review of studies in non-clinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.
- West M., Adam K., Spreng S., & Rose S. (2001). Attachment disorganization and dissociative symptoms in clinically treated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 627-631.
- Winnicott, D.W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.
- Zeanah, C.H., & Zeanah, P.D. (1989). Intergenerational transmission of mal treatment: insight from attachment theory and research. *Psychiatry*, 52, 177-96.