

Psychogenic amnesia or criminal amnesia? Points of reflection from a case study

Amnesia psicogena o amnesia criminosa? Spunti di riflessione da un caso peritale

Cristiano Barbieri | Maria Grazia Violante | Miriana Biancofiore | Ignazio Grattagliano

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Barbieri C. et al. (2022). Psychogenic amnesia or criminal amnesia? Points of reflection from a case study. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVI, 3, 244-252. <https://doi.org/10.7347/RIC-032022-p244>

Corresponding Author: Cristiano Barbieri
email cristiano.barbieri@unipv.it

Copyright: © 2022 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

Received: 22.02.2022

Accepted: 26.05.2022

Published: 22.12.2022

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-032022-p244](https://doi.org/10.7347/RIC-032022-p244)

Abstract

This article aims to provide some reflections on the phenomenon of psychogenic amnesia and its likely symptomatic-semiotic value in the technical evaluation of some types of crime. The Authors, in fact, taking a cue from an expert case that came to their observation, an apparently unmotivated theft by a person with a clean record, intend to examine the meaning and value of this disorder also in the criminal, clinical and psychological-psychiatric forensic field.

Keywords: Psychogenic amnesia, Personality structure, Defense mechanisms, Sense and significance of the disorder, Imputability.

Riassunto

Il presente articolo si propone di fornire alcune riflessioni sul fenomeno dell'amnesia psicogena e sul suo verosimile valore sintomatico-semiotico nella valutazione tecnica di alcune tipologie delittuose. Gli Autori, infatti, prendendo spunto da un caso peritale giunto alla loro osservazione, un furto apparentemente immotivato da parte di un soggetto incensurato, intendono esaminare il significato ed il valore di tale disturbo anche in ambito criminologico clinico e psicologico-psichiatrico forense.

Parole chiave: Amnesia psicogena, Struttura di personalità, Meccanismi di difesa, Senso e significato del disturbo, Imputabilità.

Psychogenic amnesia or criminal amnesia? Points of reflection from a case study

1. Premesse

Questo contributo intende avanzare qualche osservazione sul fenomeno dell'amnesia psicogena e sul suo verosimile valore epifenomenico non solo in ambito psicopatologico, ma anche criminologico, con particolare riferimento ad un certo tipo di reato. A tale scopo, dapprima, si presenta un caso peritale ritenuto esemplificativo – un furto (apparentemente) immotivato commesso da un soggetto incensurato – e, successivamente, con il supporto della letteratura sul tema, si porranno alcune riflessioni critiche.

2. Il caso

Trattasi di un soggetto di sesso maschile, quarantacinquenne all'epoca dei fatti di causa, incensurato, dirigente medico di secondo livello, coniugato, padre di una minore, rinviato a giudizio per furto. Infatti, al termine di un turno di lavoro notturno, si recava in un negozio di abbigliamento di un centro commerciale, da lui frequentato anche in precedenza; qui, dopo aver indossato un maglione ed un giaccone scelti tra altri capi, senza togliere i cartellini dei prezzi ed i dispositivi anti-taccheggio e dopo aver lasciato il cappotto con il portafogli ed i documenti all'interno del camerino di prova, si dirigeva verso l'uscita, dove veniva bloccato dal personale accortosi dell'accaduto grazie alle telecamere di sorveglianza.

Da quel momento, sino all'arrivo delle forze dell'ordine, subito allertate, non solo restava in silenzio, nonostante le numerose domande rivoltegli, ma, stando alle testimonianze dei presenti, manteneva per diverso tempo un'espressione "strana", "assente", "distaccata", con una condotta "quasi meccanica". Nel corso del fermo e dell'interrogatorio di garanzia, riprendeva a parlare e dichiarava sia di non ricordare nulla dell'accaduto, sia di non essere in grado di dare alcuna spiegazione in merito. I suoi ricordi si sarebbero interrotti al suo ingresso nel centro commerciale e sarebbero appunto ripresi durante la stesura del verbale di sommarie informazioni da lui rese nella locale caserma dei Carabinieri. Dopo il predetto interrogatorio, veniva portato a casa dal suo avvocato difensore, il quale apprendeva dalla moglie di un episodio tanto pregresso, quanto simile a quello verificatosi. Infatti, tre anni prima, egli avrebbe telefonato alla coniuge per chiederle di "andare a recuperarlo", perché, dopo un turno lavorativo notturno, si sarebbe ritrovato in una zona periferica della città senza ricordarsi né come vi fosse giunto, né perché si fosse recato in quel luogo, anziché a casa, come sempre. Nonostante ciò, egli né si sarebbe rivolto ad altri

specialisti, né avrebbe ritenuto quantomeno opportuno, se non necessario, sottoporsi a debiti controlli clinici.

L'istruttoria esitava in un rinvio a giudizio per il reato di furto, ma nel corso del dibattimento, considerando sia la palese difformità tra la sua condizione socio-economica, nonché professionale ed il costo modesto dei capi di abbigliamento, sia la sua condotta para- e post-delictum riferita da tutti i testimoni e in parte filmata dalle telecamere, sia le dichiarazioni sue e della moglie circa il suddetto precedente, il G.I.P. disponeva una perizia psichiatrica sull'imputabilità e sulla pericolosità sociale del soggetto. Ad essa, partecipavano anche il Consulente Tecnico del Pubblico Ministero e quello dell'Avvocato Difensore.

In tale sede, sebbene la raccolta anamnestica remota e prossima risultassero negative per qualsivoglia antecedente patologico, sia organico, che psichico, almeno fino all'episodio riferito dalla moglie e confermato dal periziando, nella sua complessiva storia di vita si ravvisavano aspetti di formalismo, meticolosità, serialità, stencità, scrupolosità, con spiccata autostima, ridotta empatia ed introversione. Segnatamente: figlio unico di una coppia di medici (padre, primario ospedaliero; madre, ricercatrice universitaria); scolarità non solo regolare, ma conseguita sempre con il massimo dei voti (maturità scientifica, laurea, specializzazione, dottorato di ricerca, diverse esperienze lavorative all'estero); dedizione pressoché prioritaria alla carriera professionale (dirigente di I livello un anno dopo il dottorato; dirigente di II livello dopo otto anni); nessuna storia affettiva significativa fino alla conoscenza di una collega di lavoro cinque anni prima dei fatti di causa; matrimonio dopo un anno di fidanzamento; paternità a due anni dal matrimonio.

Negli ultimi due anni, inoltre, si rilevava un notevole distress in ambito lavorativo (per carenza di personale, turni di dodici ore per sei giorni a settimana, con sei notti al mese in media).

All'esame psichico e personologico, si riscontrava una struttura di personalità con un funzionamento di tipo anancastico-narcisistico.

La valutazione psicodiagnostica (basata su: Personality Assessment Inventory, Reattivo di realizzazione grafica di Wartegg e Dissociative Experience Scale) concludeva per: "... presenza di sintomatologia ansiosa con prevalenza di manifestazioni somatiche reattiva ad un elevato livello di stress in un quadro personologico caratterizzato da marcata rigidità mentale ed interpersonale, da ipercontrollo, da inibizione dell'espressione delle emozioni e scarso contatto con le proprie istanze interiori, nonché da eccessiva attivazione dei meccanismi difensivi".

Una TC cerebrale (senza mezzo di contrasto) ed un EEG (standard) non evidenziavano reperti di valenza patologica.

Il Perito del G.I.P., dopo aver escluso l'esistenza sia di disturbi di ordine neurologico, sia di altre condizioni psicopatologiche (come la cleptomania, quale disturbo del controllo degli impulsi, o come una personalità antisociale), sia di "una simulazione comunque cosciente e volontaria di un disturbo della sfera di memoria" da parte del reo, formulava diagnosi di "passaggio all'atto in corso di amnesia dissociativa in personalità anancastico-narcisistica"; alla stessa riconosceva il valore di infermità mentale perché "...l'episodio amnesico (assumeva)...il significato dell'avvenuta alterazione dello stato di coscienza", durante la quale il soggetto "... non aveva un adeguato contatto con la realtà" e "...non possedeva un sufficiente autocontrollo"; così da integrare un vizio totale di mente. Inoltre, la probabilità di recidiva era ritenuta "...assai ridotta, ascrivendosi sino a prova contraria la suddetta condotta ad intenso distress vissuto nel contesto professionale".

3. Richiami psicopatologici

Si richiamano preliminarmente le conoscenze cliniche sull'amnesia psicogena perché ritenute propedeutiche a tutte le osservazioni tecniche formulate nella valutazione del caso presentato.

Dal punto di vista storico, si rammenta che furono Jean-Martin Charcot e Pierre Janet a formulare le prime teorie scientifiche sulla dissociazione, perché all'epoca i disturbi dissociativi iniziavano ad essere studiati in modo dettagliato, anche se dopo il 1890 ricevettero scarsa attenzione per quasi ottanta anni, fino a quando vennero progressivamente ripresi negli anni Novanta del XX secolo (Granacher, 2014), con il puntuale approfondimento del rapporto fra trauma e dissociazione (Bromberg, 2007). Infatti, è ormai scientificamente accertato come un evento traumatico provochi un'attivazione neurologica che supera la capacità di adattamento emotivo e cognitivo arrivando a causare "dissociazione della coscienza, amnesia, ottundimento emotivo, iperreattività agli stimoli e possibile riattivazione dell'esperienza traumatica" (Lingiardi & Gazzillo, 2014, p. 110); oppure "incapacità di ricordare aspetti importanti dell'evento (amnesia dissociativa)" (DSM 5, 2014, pp.3014-3015); tant'è che, nel DSM-5 (2014), il capitolo dei "Disturbi dissociativi" è contiguo a quello a dei "Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti"; quasi a sottolineare la stretta correlazione tra queste due tipologie di disturbi. I primi, infatti, si manifestano frequentemente dopo esperienze traumatiche e molti dei sintomi, tra i quali l'imbarazzo e la confusione, o il desiderio di nascondersi, sono influenzati dalla prossimità cronologica al trauma; inoltre, secondo i criteri diagnostici del DSM-5, l'amnesia dissociativa consiste in un disturbo che presenta, come manifestazione principale, uno o più episodi di incapacità a ricordare dati personali importanti, di solito di natura traumatica, o stressogena, incapacità che risulta troppo estesa per potersi spiegare con la banale tendenza a dimenticare (Criterio A); i sintomi causano disagio clini-

camente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti (Criterio B) e non si presentano esclusivamente nel corso di un disturbo dissociativo dell'identità, disturbo post-traumatico da stress, disturbo acuto da stress, o disturbo di somatizzazione (Criterio D), e non sono dovuti all'effetto fisiologico diretto di una sostanza (per es. abuso di droga, o di un medicinale), oppure a una condizione medica generale o neurologica (per es. disturbo amnesico dovuto a trauma cranico) (Criterio C).

Gli individui con amnesia dissociativa spesso sono inconsapevoli, o solo parzialmente consapevoli, dei loro problemi di memoria; non a caso, peculiare di questo tipo d'amnesia è l'incapacità di ricordare importanti informazioni autobiografiche, che dovrebbero essere conservate correttamente in memoria e che, in condizioni fisiologiche, sarebbero prontamente ricordate. A differenza delle amnesie permanenti, però, in questo caso la memoria ha correttamente immagazzinato le informazioni, per cui l'amnesia è sempre potenzialmente reversibile.

Secondo letteratura (Van Der Hart & Nijenhuis, 2001), è possibile riconoscere diverse forme di amnesia dissociativa:

- *amnesia localizzata*: consiste nell'incapacità a rievocare eventi durante un periodo di tempo circoscritto, di solito le prime ore successive ad un evento gravemente stressogeno (ad es., il sopravvissuto ad un incidente nel quale è rimasto ucciso qualcuno a lui molto vicino non riesce a ricordare quanto è accaduto al momento dell'evento);
- *amnesia selettiva*: in tal caso, si ha la possibilità di ricordare alcuni eventi accaduti durante un periodo di tempo circoscritto, ma non tutti (ad es., un reduce di guerra può rammentare soltanto alcune esperienze di combattimento);
- *amnesia generalizzata*: trattasi della perdita di memoria completa e ad esordio acuto della propria storia di vita; al punto da dimenticare l'identità personale, o da non poter più utilizzare competenze precedenti e ben apprese;
- *amnesia sistematizzata*: è costituita dalla privazione dei ricordi per una specifica categoria di informazioni (ad es. sull'infanzia, o su persone note);
- *amnesia continua*: è data dall'impossibilità di rammentare gli eventi da un certo momento in poi della vita.

La fuga dissociativa è considerata una sub-manifestazione dell'amnesia dissociativa ed è descritta come un allontanamento inaspettato da casa, o dall'abituale posto di lavoro, con incapacità di ricordare il proprio passato, confusione circa l'identità personale, oppure assunzione di una nuova identità, parziale o completa. Può variare da spostamenti di breve durata (ore o giorni), a vagabondaggi prolungati (settimane o mesi), fino ai casi nei quali il soggetto attraversa i confini di diversi stati senza rendersene conto. Durante la fuga, appare esteriormente esente da disturbi psichici e non attira l'attenzione, ma, ritornato allo

stato antecedente, può non aver alcun ricordo di quanto successo nel periodo in questione.

Precedenti comuni sono esperienze traumatiche singole o ripetute (ad es., maltrattamenti in tempo di guerra, o nel periodo dell'infanzia, oppure un disastro naturale, o un genocidio), anche se l'insorgenza dell'amnesia può essere ritardata di ore, giorni, o anche più a lungo.

L'esordio dell'amnesia generalizzata è solitamente improvviso, mentre si hanno meno informazioni circa l'insorgenza dell'amnesia localizzata e delle amnesie selettive, perché sono raramente evidenti, anche per il soggetto. Gli individui possono segnalare diversi episodi di amnesia dissociativa ed un singolo episodio può predisporre ad episodi futuri. Alcuni di essi si risolvono rapidamente (ad es., quando la persona si allontana dalla fonte di distress), mentre altri persistono per periodi di tempo maggiori.

L'amnesia dissociativa è stata osservata in bambini, adolescenti e adulti ed è più probabile che si verifichi in presenza di esperienze infantili di traumi fisici e/o psicologici e/o sessuali; o di rapporti interpersonali violenti e reiterati; o di eventi comunque psicolesivi, di intensità e frequenza ancora maggiori (come i disastri naturali).

La rimozione dalle circostanze traumatiche all'origine dell'amnesia dissociativa può favorire un rapido ritorno della memoria, anche se la *restituito* può rivelarsi molto più difficile dopo una fuga dissociativa.

Fattispecie diversa risulta l'amnesia globale transitoria (AGT), consistente in una perdita improvvisa e temporanea della memoria. L'AGT è caratterizzata dalla brusca insorgenza di un episodio di amnesia anterograda e retrograda, la durata del quale varia generalmente tra le quattro e le otto ore; in ogni caso, l'episodio dovrebbe risolversi completamente e spontaneamente entro e non oltre le ventiquattro ore (Galimi, 2012). Infatti, una diversa durata dovrebbe far propendere per un disturbo di differente natura; in particolare, per un evento di natura vascolare, nel caso di una lacuna mnemonica superiore alle ventiquattro ore; oppure per un episodio epilettico, in caso di amnesia inferiore ad un'ora (Galimi 2012).

L'AGT interessa principalmente il sistema della memoria episodica, provocando un'estesa lacuna anterograda, alla quale se ne associa una significativa di tipo retrogrado (Eustache et al., 1999; Quinette et al., 2003). Tuttavia, appaiono preservate le altre componenti della sfera mnemonica (memoria a breve termine, semantica, procedurale o implicita), le funzioni cognitive (il linguaggio, l'attenzione, le abilità visuo-spaziali e prassiche), le funzioni motorie, sensitive e riflesse (Bartsch & Deuschl, 2010; Galimi, 2012); il che permette ai soggetti di svolgere attività anche molto complesse durante l'episodio amnesico (Zeman & Hodges, 1997). Nel corso di esso, sovente, le persone – pur mantenendo integra la loro identità – risultano disorientate nello spazio e nel tempo, con conseguente necessità di formulare ripetutamente domande sul luogo nel quale si trovano, o sull'accaduto (Galimi, 2012).

Inoltre, in aggiunta al disturbo della sfera di memoria, si osserva un'evidente alterazione dello stato emotivo, con agitazione, o angoscia (Galimi, 2012). Con la risoluzione

dell'episodio, si assiste ad una graduale scomparsa di tali manifestazioni, ad eccezione dei ricordi degli eventi capitati durante il medesimo, ricordi perciò definitivamente persi (Evans & Lewis, 2005; Galimi, 2012).

Questo tipo di amnesia è quasi sempre benigna ed il tasso di recidiva è molto basso (Miller et al., 1987; Galimi, 2012). Ad esserne colpiti sono generalmente pazienti di età compresa tra i 50 e gli 80 anni, per cui è raro osservare l'AGT in soggetti di età inferiore ai 40 anni e superiore agli 80 (Quinette et al., 2006). Secondo letteratura (Caplan, 1985; Hodges & Warlow, 1990), la diagnosi di AGT può essere formulata se risultano soddisfatti i seguenti criteri diagnostici: presenza di amnesia anterograda testimoniata da un osservatore; assenza di obnubilamento dello stato di coscienza, o di perdita dell'identità personale; compromissione cognitiva limitata all'amnesia; nessun segno neurologico di tipo focale; assenza di storia recente di trauma cranico, o di crisi epilettiche; risoluzione dei sintomi entro ventiquattro ore; eventuale presenza di lievi sintomi vegetativi (cefalea, nausea, vertigini) durante la fase acuta.

La diagnosi differenziale si pone con le seguenti condizioni (Galimi, 2012): infezione cerebrale; crisi parziale complessa prolungata, o stato epilettico non convulsivo (con amnesia, arresto del linguaggio ed alterazione dello stato di coscienza); amnesia epilettica transitoria (con episodi amnesici ripetuti e di durata non superiore a sessanta minuti); trauma cranico contusivo, o commotivo (segni di concussione ed amnesia retrograda); amnesia psicogena (pazienti giovani, con prevalente amnesia retrograda); ictus cerebri coinvolgente l'ippocampo e il talamo (sonnolenza, sintomi neurologici focali); intossicazioni e/o assunzione di farmaci (con amnesia, sonnolenza, positività dello screening tossicologico).

L'eziopatogenesi dell'AGT non è stata ancora del tutto chiarita, anche se si concorda nell'attribuire il disturbo ad un'alterazione della regione medio-basale del lobo temporale, della regione para-ippocampale e dell'ippocampo, quali aree cruciali per la formazione di ricordi episodici e per il loro recupero (Baron et al., 1994; Strupp, 1998; Bartsch et al., 2006; Galimi, 2012). Tra i possibili fattori di rischio si annoverano: emicrania, ipossia e/o ischemia cerebrali, episodi convulsivi ed anche fattori psicologici (Galimi, 2012). La maggior parte degli episodi di AGT sembra verificarsi spontaneamente, ma in certi casi sono stati indicati, quali fattori precipitanti: immersione improvvisa in acqua fredda o calda, sforzo fisico, stress emotivo, dolore, procedure mediche, rapporti sessuali, manovra di Valsalva (Caplan, 1985; Quinette, 2006; Galimi, 2012). Inoltre, è stata segnalata l'associazione tra AGT ed eventi che implicano un marcato distress, come alterazioni nell'omeostasi fisica dell'organismo, o sovraccarico lavorativo (Hodges & Warlow, 1990; Merriam et al., 1992; Berlitz, 2000; Kessler, 2001), soprattutto in individui con preesistente fragilità; fino a sostenere che, in molti casi, sarebbe proprio un evento produttivo di tensione emotiva e/o fisica ad accelerare l'insorgenza di AGT (Griebe, Bänzner, Kablau, Hennerici & Szabo, 2015). In-

fine, è stato osservato (Pantoni et al., 2005) come l'episodio di AGT sia spesso preceduto da eventi ad intenso contenuto emotivo, o da stati ansiosi ed è stato altresì notato che il 50% dei pazienti con AGT presentava tratti fobici di personalità; dati questi che si ricollegano alla segnalata presenza di altri disturbi psichici, come sintomi depressivi e/o attacchi di panico (Neri, 1995; Inzitari, 1997; Quinette, 2006).

4. Richiami criminologici

Anche in ambito criminologico, è stato preso in considerazione il ruolo dell'amnesia psicogena nella commissione di alcuni delitti (Kopelman, 1987). Questa, infatti, è stata descritta non solo nei casi di omicidio, in percentuali che variano tra il 25% e il 45%, ma anche in altri tipi di crimini violenti e, occasionalmente, anche in reati non violenti. Generalmente insorge durante stati dissociativi, di eccitazione emotiva e di intossicazione alcolica, ma può derivare anche da deficit nei processi mnesici di codifica e di recupero delle informazioni ed è associata frequentemente a tratti isterici, ipocondriaci e depressivi di personalità (Parwatikar, Holcomb & Meninger, 1985).

Inoltre, riprendendo la distinzione tra amnesia psicogena (derivante da eventi traumatici / stressanti e da stati depressivi) e amnesia organica (derivante da abuso di alcool / sostanze, trauma cranico, ipoglicemia ed epilessia) discussa in letteratura (Whitty et al., 1977; Shacter, 1986a; Kopelman, 1986), è stato dato un ulteriore contributo alla diagnosi differenziale tra quella simulata e quella autentica dopo un reato (Kopelman, 1987), già oggetto di precedenti studi (Price & Terhune, 1919; Lennox, 1943; Power, 1977; Shacter, 1986a). La distinzione tra queste due fattispecie, sotto il profilo clinico, sarebbe possibile esaminando sia il momento di insorgenza della lacuna mnesica (un esordio improvviso potrebbe indicare una franca simulazione), sia la natura del reato (un'amnesia autentica si verificherebbe più probabilmente nel contesto di un evidente disturbo psichiatrico, di un reato non pianificato e in presenza di testimoni), sia la personalità del soggetto (da valutarsi anche alla luce della coerenza delle sue dichiarazioni nel tempo). In tale prospettiva, è stato sottolineato che proprio le caratteristiche cliniche dell'amnesia correlata al crimine potrebbero garantire una maggior comprensione dei diversi disturbi mnesici oggetto di valutazione forense (Bourget & Whitehurst, 2007); al punto che lo sviluppo di un eventuale profilo degli aspetti tipici dell'amnesia delittuosa potrebbe anche definire delle linee guida per la valutazione di tali situazioni (Bourget & Whitehurst, 2007). In quest'ottica, se la diagnosi di amnesia su base organica non pone particolari problemi, quella di un'amnesia dissociativa para/post-delittuosa pone necessariamente il problema del "guadagno secondario", per cui l'eventuale simulazione della perdita di memoria dovrebbe sempre essere presa in considerazione; infatti, se il riconoscimento di un'amnesia dissociativa non dovrebbe basarsi soltanto sulla semplice

esclusione di una matrice organica, quello di una fattispecie simulatoria dovrebbe essere sostenuta o esclusa su una base esplicita (Giger, Merten & Merckelbach, 2012).

Sul tema precipuo, sono state anche utilizzate diverse tecniche strumentali (Lennox, 1943; Adatto, 1949; Bradford & Smith, 1979; Lynch & Bradford, 1980), come la poligrafia e l'ipnosi, ma le conclusioni sono risultate di dubbia validità. Se, del resto, la memoria non è un dominio cognitivo unitario, dal punto di vista tanto clinico, quanto neuro-biologico (Wortzel & Arciniegas, 2008), anziché ricorrere alle predette metodiche, è stata sostenuta l'opportunità di approfondire preliminarmente il dato biochimico ed anatomo-funzionale del substrato cerebrale, laddove si debba valutare non solo la plausibilità biologica di un disturbo mnesico, ma anche la verosimile rilevanza forense del medesimo (Wortzel & Arciniegas, 2008), dal momento che un'amnesia dichiarata dopo un reato dall'autore dello stesso dovrebbe essere sempre trattata con sospetto e scetticismo in assenza di una comprovata disfunzione ippocampale al momento del crimine (Centor, 1982; Jellicic, 2018).

Secondo un approccio di tipo sperimentale, è stato altresì affermato che i simulatori tendono ad amplificare il loro ruolo e ad ottenere prestazioni scarse nei compiti di memoria di riconoscimento (Brandt, Rubinsky & Lassen, 1985), nelle risposte agli item più semplici delle *Matrici Progressive di Raven* ed alla "prova di recupero" della *Gudjonsson Suggestibility Scale* (Gudjonsson & Shakleton, 1986; Smith & Gudjonsson, 1986). In tale prospettiva, è stato proposto il seguente percorso diagnostico-differenziale (Jellicic, 2018): dopo aver escluso alterazioni organiche a livello ippocampale, è necessario concentrarsi sulle caratteristiche cliniche dell'amnesia, perché possono fornire importanti informazioni sull'autenticità della perdita di memoria segnalata dall'autore del reato, anche se non possono considerarsi come completamente esaustive; infatti, il delinquente potrebbe sempre possedere una certa conoscenza dei deficit mnesici, per cui non è ancora possibile escludere in assoluto la possibilità di una certa finzione. Ne deriva l'esigenza di ricorrere anche a strumenti di tipo psicodiagnostico, quali: T.O.M.M. (Test of Memory Malingering, Tombaugh, 1996), S.I.M.S. (Structured Inventory of Malingered Symptomatology, Smith & Burger, 1997) e S.V.T. (Symptom Validity Testing, Frederick, Carter & Powel 1995; Denney, 1996; Pankratz, 1997). Pertanto, solamente in presenza di molteplici e convergenti elementi probatori di una palese produzione fittizia del disturbo – a loro volta raccolti secondo una metodologia articolata su più livelli (Giger, Merten & Merckelbach, 2012; Jellicic, 2018) – l'amnesia correlata al crimine dovrebbe considerarsi non autentica (Peters, Van Oorsouw, Jellicic, Merckelbach, 2013; Jellicic, 2018),

D'altra parte, è importante rammentare che le prove sull'autenticità / inautenticità del fenomeno amnesico ancora oggi risultano dibattute e non sempre univoche, poiché potrebbe non sussistere una netta distinzione tra *malingering* consapevole e volontaria – da un lato – e rimozione inconsapevole ed involontaria – dall'altro – (Jen-

kins, Kapur & Kopelman, 2009); infatti, la differenza tra le due fattispecie potrebbe riguardare più il “grado”, che il “tipo” di disturbo, essendovi anche la possibilità, vuoi in soggetti amnesici, vuoi in quelli non amnesici, di sviluppare una sorta di “freddezza emotiva” verso il reato commesso, che ne motiverebbe l’asserita mancanza di ricordi (O’ Connell, 1960).

5. Considerazioni conclusive

Premesso che, da un punto di vista narratologico – sempre più diffuso in Criminologia Clinica (Barbieri, 2015, 2016, 2017; Barbieri & Roncaroli, 2008; Barbieri & Verde, 2007, 2014; Barbieri, Bandini & Verde, 2015; Francia, 2010; Francia, Verde & Birkhoff, 1999; Verde, Angelini, Boverini & Majorana, 2006; Verde & Barbieri, 2010) – quello presentato risulta un caso, per così dire, di “produzione muta”, perché l’imputato, a causa dell’alterazione del suo stato di coscienza, non può costruire alcun racconto né su di sé, né sul fatto del quale resta comunque artefice, è corretto domandarsi se proprio tale “silenzio” non sia un elemento estremamente importante in un’ottica non solo clinica, ma anche forense; in altri termini, sembra fondamentale chiedersi se proprio l’impossibilità di accedere a e di rievocare ricordi, sensazioni ed emozioni alla fine rappresenti il contenuto di una trama narrativa che il consulente tecnico deve ricostruire, specialmente laddove sia chiamato a pronunciarsi sull’imputabilità di un tale autore di reato.

In questa prospettiva, atteso che la valutazione clinica e forense dei disturbi della memoria non sembra né scontata, né agevole, nella misura in cui implica una complessa diagnostica di tipo differenziale (De Fidio & Grattagliano, 2007; Martino et al., 2016; Cassano & Grattagliano, 2019; Grattagliano et al., 2019; Grattagliano et al., 2020; Bosco et al., 2020), l’iter da seguire è il seguente: innanzitutto, è necessario stabilire se le dichiarate lacune mnestiche siano il risultato di condotte tanto difensive, quanto distorsive, volte all’amplificazione, o alla rappresentazione fraudolenta di un disturbo, oppure di vere e proprie forme neuro-psico-patologiche; successivamente, si deve dimostrare “perché” e “come” tali forme integrino il concetto/costrutto di infermità; infine, si deve esaminare “se” e “fino a che punto” questa incida sulle capacità espressamente previste dalla legge penale, come illustrato in altri contributi (Barbieri, 2011; Barbieri & Grattagliano, 2021 a, b).

Nella presente fattispecie, una volta escluse vuoi la riproduzione fittizia di un disturbo della sfera della memoria con finalità tanto simulatorie, quanto deresponsabilizzanti, vuoi le plausibili cause di tipo neurologico e tossicologico del medesimo, l’osservazione clinica, la raccolta anamnestica, la disamina degli atti di causa (testimonianze, deposizioni, filmati, etc.) e la valutazione psicodiagnostica hanno evidenziato: sia l’assetto obiettivamente difettuale della personalità del Periziando (perché di tipo narcisistico-anancastico), sia le sue disfunzionali modalità di inte-

razione e di adattamento (poiché basate essenzialmente su meccanismi di coazione a ripetere uno stenico auto-controllo, una costante inibizione emotiva ed un ridotto contatto sia con le proprie, che con le altrui istanze interiori), sia il suo comportamento para- e post-delittuoso, non solo per nulla pianificato, ma palesemente disorganizzato (non togliere i cartellini dei prezzi ed i dispositivi anti-taccheggio; abbandonare il cappotto con il portafogli ed i documenti all’interno del camerino di prova; non prestare minimamente attenzione alle telecamere, nonostante i cartelli indicatori della video-sorveglianza in atto; avere per circa quattro ore un atteggiamento distaccato ed un’espressione assente).

In tal caso, l’analisi del rapporto tra la patologica struttura di personalità e gli altrettanto deficitari meccanismi difensivi della stessa, tanto più maladattivi, quanto più verosimilmente sollecitati dall’intenso distress dell’ambiente lavorativo, ha comprovato come quella tipologia di lacuna mnastica – cioè quel “silenzio” dal punto di vista narrativo in quel peculiare contesto storico-spazio-temporale – divenga epifenomenica – cioè espressiva e dimostrativa – di un’alterazione dello stato di coscienza; alterazione che diventa giuridicamente rilevante nella misura in cui integra una vera e propria perdita della “consueta continuità della conformità al senso comune”, cioè della c.d. *Sinngesetzlichkeit* del *Dasein* (Schneider, 1953; Müller-Suur, 1956; De Vincentiis & Semerari, 1968; Semerari & Citterio, 1975; Semerari, 1981). In altri termini, pare proprio che sia l’ “assenza” e non la “presenza” della parola a comunicare la mancanza di ogni contatto con la realtà a causa del blackout dello stato di coscienza.

Sul punto, del resto, giova richiamare la Dottrina psicopatologica (De Vincentiis, Callieri & Castellani, 1972), laddove insegna che “L’esperienza del tempo [...] è [...] una modalità dell’essere psichico e del divenire psicologico. Tutto quanto emerge nel campo della coscienza si rivela già dotato di una sua imprescindibile connotazione temporale. Ove si abbia a discutere di esperienza, viene tenuto presente implicitamente lo sviluppo temporale dal quale questa è emersa come sua particolare puntualizzazione. Nell’amnesia, l’oblio si mostra specificamente in rapporto con la sede che l’esperienza rievocata occupa nel tempo soggettivo e personale; fatto, che si traduce poi nell’impossibilità di effettuare i riferimenti obbiettivi di questo tempo storico. Si sarebbe tentati di credere ad una mancanza della nozione di continuità nel tempo, quasi che le esperienze e le impressioni personali perdano la possibilità di essere «classificate» [...] Onde, deriva la nota constatazione che l’esperienza della durata, il sentimento e la cognizione di essa, fanno totalmente difetto od almeno risultano profondamente turbati.” (p. 175); al punto da considerare come accertata “...l’eventualità che il disturbo della nozione e dell’esperienza temporali divenga sufficiente da solo a rendere ragione degli aspetti clinici della sindrome amnesica”, dal momento che “Qualora il concetto di coscienza venga dotato anche di una curvatura temporale, i disturbi mnastici potranno essere compresi fra le alterazioni della coscienza «riflettente» e

cioè di quell'ambito coscienziale che fuoriesce dall'immediatamente vissuto per ordinarlo e seriarlo, o per accoglierlo nella sua continuità storico-significativa in ordine all'esperire precedente ed all'anticipato" (p. 175); ecco perché, se è vero che "La memoria unitamente alla capacità psichica di esperire l'io e il tempo è una delle fondamentali proprietà dell'esperienza vissuta" (p.167), allora la "sindrome amnestica", nelle sue diversificate articolazioni cliniche, "riconosce alla propria origine la radicale impossibilità antropologica di declinarsi nel parametro del ricordo" (p.175) e l'atto delittuoso compiuto in quelle peculiari condizioni acquisisce "valore di malattia" giacché "...la capacità di rievocare e di riattualizzare l'io e pertanto il ricordo non costituisce più un avvenimento personalizzante e dinamizzante la progettazione del futuro, ma permane quale tessera isolata di un mosaico, senza un contesto che la sostenga e che la ordini, ovvero senza una rete di riferimento idonea a conferirle valore consequenziale" (p.175); con tutte le conseguenze del caso anche dal punto di vista vuoi medico-valutativo, vuoi giudiziario.

Prescindere da tale impostazione equivale a rinunciare alla possibilità di cogliere il senso, il significato e la cifra del passaggio, "con" o (apparentemente) "senza" le parole, dal "fatto" all' "uomo" (Callieri & Barbieri, 2007; Barbieri, 2013), quale vincolo ineludibile del "sapere" e del "saper fare" in Criminologia Clinica ed in Psicopatologia Forense.

Riferimenti bibliografici

- Adatto, C. P. (1949). Observations on criminal patients during narcoanalysis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 62, 82-92.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM 5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Barbieri, C. (2011). Le neuroimaging in ambito medico-penalistico. In M. G. Ruberto & C. Barbieri (Eds.), *Il futuro tra noi. Aspetti etici, giuridici e medico-legali della neuroetica* (pp. 15-31). Milano: Franco Angeli.
- Barbieri, C. (2013). Dal fatto all'uomo: la comprensione di senso nella metodologia valutativa dell'imputabilità. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 6-16.
- Barbieri, C. (2015). Vissuti di reato e stato di coscienza: esercizi di narratologia criminologica con Maupassant. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 21-28.
- Barbieri, C. (2016). I discorsi criminologici nel c.d. delitto di Cogne. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 230-246.
- Barbieri, C. (2017). Una verosimile chiave di lettura del c.d. reato d'impeto: la causalità come "gnommero". *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 84-91.
- Barbieri, C., & Grattagliano, I. (2021 a), Su di un singolare caso di c.d. legittima difesa. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 74-82.
- Barbieri, C., & Grattagliano, I. (2021 b), Su di un singolare caso di tentato matricidio. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 145-155.
- Barbieri, C. & Roncaroli, P. (2008). Da Verona a Mayerling: alcune riflessioni psicopatologiche, criminologiche e medico-legali sul fenomeno dell'omicidio-suicidio partendo da alcuni casi storico-artistici, *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 247-371.
- Barbieri, C. & Verde, A. (2007). L'approccio ermeneutico nelle consulenze tecniche in ambito familiare. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 208-233.
- Barbieri, C. & Verde, A. (2014). Trauma e vittimizzazione lungo le generazioni: alcune riflessioni in margine a un caso peritale. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 30-38.
- Barbieri, C., Bandini, T. & Verde, A. (2015). "Non si sa come", ovvero il passaggio all'atto come corto circuito della narrazione. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 259-268.
- Baron, J. C., Petit-Taboué, M. C., Le Doze, F., Desgrandes, B., Ravenel, N., & Marchal, G. (1994). Right frontal cortex hypometabolism in transient global amnesia. A PET study. *Brain*, 117, 545-552.
- Bartsch, T., Alfke, K., Stingle, R., et al. (2006). Selective affection of hippocampal CA-1 neurons in patients with transient global amnesia without long-term sequelae. *Brain*, 129, 2874-2884.
- Bartsch, T., & Deuschl, G. (2010). Transient global amnesia: functional anatomy and clinical implications. *The Lancet Neurology*, 9 (2), 205-214.
- Berlit, P. (2000). Successful prophylaxis of recurrent transient global amnesia with metoprolol. *Neurology*, 55, 1937-1938.
- Bosco, A., Massaro, Y., Lisi, A., et al. (2020). La rilevazione della dissimulazione nelle procedure di arruolamento e selezione militari: un nuovo indice del test MMPI 2. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 99-109.
- Bourget, D., & Whitehurst, L. (2007). Amnesia and Crime. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35, 469-480.
- Bradford, J., & Smith, S. M. (1979). Amnesia and homicide: the Padola case and a study of thirty cases. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 7, 219-231.
- Brandt, J., Rubinsky, E., & Lassen, G. (1985). Uncovering malingered amnesia. *Annals of New York Academy of Sciences*, 444, 502-503.
- Bromberg, Ph. M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the spaces*. Milano: Raffaello Cortina.
- Callieri, B., & Barbieri, C. (2007). Dalla psicopatologia-clinica alla psicopatologia-forense: la comprensione di senso come transito da una dimensione fenomenologico-esistenziale ad una dimensione normativa. *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, 3-4, 109-132.
- Caplan, L. (1985). Transient global amnesia. In P. J. Vinken, G. W. Bruyn & H. L. Klawans (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (pp. 205-218). Amsterdam: Elsevier.
- Cassano, A., & Grattagliano, I. (2019). Lying in the medicolegal field: Malingering and psychodiagnostic assessment. *La Clinica Terapeutica*, 2, 134-141.
- Centor, A. (1982). Criminals and amnesia: comment on Bower. *American Psychologist*, 37, 240, doi: 10.1037/0003-066X.37.2.240.
- De Fidio, D., & Grattagliano, I. (2007). Correlazione tra il MMPI-2 e il Rorschach: un'analisi possibile ?. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13, 162-170.
- De Vincentiis, G., & Semerari, A. (1968). *Psicopatologia e norma giuridica. Saggi interpretativi*. Novara: PEM.
- De Vincentiis, G., Callieri, B., & Castellani, A. (1972). *Trattato di psicopatologia e psichiatria forense. Volume Primo*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Denney, R. L. (1996). Symptom validity testing of remote memory in a criminal forensic setting. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11, 589-603.
- Eustache, F., Desgranges, B., Laville, P., et al. (1999). Episodic

- memory in transient global amnesia: encoding, storage, or retrieval deficit?. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 66, 148-154.
- Evans, R. W., & Lewis, S. L. (2005). Transient global amnesia and migraine. *Headache*, 45, 1408-1410.
- Francia, A. (2010). *Il delitto raccontato. Una lettura criminologica delle novelle di Guy de Maupassant*. Milano: Franco Angeli.
- Francia, A., Verde, A. & Birkhoff, J. (Eds.). (1999). *Raccontare delitti*. Milano: Franco Angeli.
- Frederick, R. I., Carter, M., & Powel, J. (1995). Adapting symptom validity testing to evaluate suspicious complaints of amnesia in medicolegal evaluations. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 227-233.
- Galimi, R. (2012). Amnesia globale transitoria. *Journal of Psychopathology*, 18, 251-260.
- Giger, P., Merten, T., & Merckelbach, H. (2010). Detection of feigned crime-related amnesia: a multi-method approach. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 10, 440-463.
- Giger, P., Merten, T., & Merckelbach, H. (2012). Tatbezogene Amnesien - authentisch oder vorgetäuscht?. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 80, 368-381.
- Granacher, R. P. (2014). Commentary: Dissociative Amnesia and the Future of Forensic Psychiatric Assessment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42, 214-218.
- Grattagliano, I., Abbrescia, D., Di Conza, A., et al. (2020). La valutazione del livello e delle qualità intellettive a livello peritale. Il contributo di due strumenti psicodiagnostici: le scale Wechsler e le matrici di Raven. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 147-155.
- Grattagliano, I., Zizolfi, S., Zizolfi, D., Valerio, A., Zecca, S., & Catanesi, R. (2019). Il Test di Rorschach nelle valutazioni sulla capacità di intendere e volere negli autori di omicidio. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 13, 65-74.
- Griebe, M., Bätzner, H., Kablau, M., Hennerici, M. G., & Szabo, K. (2015). Transient global amnesia in legal proceedings. *International Journal of Legal Medicine*, 129, 223-226.
- Gudjonsson, G. H., & Shackleton, H. (1986). The pattern of scores on Raven's Matrices during "faking bad" and "hon-faking" performance. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 35-41.
- Haghir, H., Kovac, S., Speckmann, E. J., et al. (2009). Patterns of neurotransmitter receptor distributions following cortical spreading depression. *Neuroscience*, 163, 1340-1352.
- Hodges, J. R., & Warlow, C. P. (1990). Syndromes of transient amnesia: towards a classification. A study of 153 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 53, 834-843.
- Howland, J. G., & Wang, Y. L. (2008). Synaptic plasticity in learning and memory: stress effects in the hippocampus. *Prog Brain Res*, 169, 145-158.
- Inzitari, D., Pantoni, L., Lamassa, M., Pallanti, S., Pracucci, G., & Marini, P. (1997). Emotional arousal and phobia in transient global amnesia. *Archives of neurology*, 7, 866-873.
- Jelicic, M. (2018). Testing Claims of Crime-Related Amnesia. *Frontiers in Psychiatry*, 9, doi: 10.3389/fpsy.2018.00617.
- Jenkins, K. G., Kapur, N., & Kopelman, M. D. (2009). Retrograde amnesia and malingering. *Current Opinion in Neurology*, 22, 601-605.
- Joels, M. (2009). Stress, the hippocampus, and epilepsy. *Epilepsia*, 4, 586-597.
- Kessler, J., Markowitsch, H. J., Rudolf, J., et al. (2001). Continuing cognitive impairment after isolated transient global amnesia. *International Journal of Neuroscience*, 106, 159-168.
- Kopelman, M. D. (1986). Clinical tests of memory. *British Journal of Psychiatry*, 148, 517-525.
- Kopelman, M. D. (1987). Crime and amnesia: A review. *Behavioral Sciences & the Law*, 3, 323-342.
- Lennox, W. G. (1943). Amnesia, real and feigned. *American Journal of Psychiatry*, 99, 732-743.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità ed i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lynch, B. E., & Bradford, J. M. W. (1980). Amnesia-its detection by psychophysiological measures. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 8, 288-297.
- Martino, V., Grattagliano, I., Bosco, A., et al. (2016). A New Index for the MMPI-2 Test for Detecting Dissimulation in Forensic Evaluations: A Pilot Study. *Journal of Forensic Sciences*, 1, 249-253.
- Merriam, A. E., Wyszynski, B., & Betzler, T. (1992). Emotional arousal induced transient global amnesia. A clue to the neural transcription of emotion?. *Psychosomatics*, 33, 109-113.
- Miller, J. W., Petersen, R. C., Metter, E. J., Millikan, C. H., & Yanagira, T. (1987). Transient global amnesia: clinical characteristics and prognosis. *Neurology*, 37, 733-737.
- Müller-Suur, H. (1956). Zur Frage der strafrechtlichen Beurteilung von Neurosen. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 4, 368-382.
- Neri, M., Andermarcher, E., De Vreese, L. P., Rubichi, S., Sacchet, C., & Cipolli, C. (1995). Transient Global Amnesia: memory and metamemory. *Aging*, 7, 423-429.
- O'Connell, B. A. (1960). Amnesia and homicide. *British Journal of Delinquency*, 10, 262-276.
- Pankratz, L. (1997). Symptom validity testing and symptom retraining: procedures for the assessment and treatment of functional sensory deficits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 409-410.
- Pantoni, L., Bertini, E., Lamassa, M., Pracucci, G., & Inzitari, D. (2005). Clinical features, risk factors, and prognosis in transient global amnesia: a follow-up study. *European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies*, 5, 350-356.
- Parwatikar, S. D., Holcomb, W. R., & Meninger, K. A. (1985). The detection of malingered amnesia in accused murderers. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 13, 97-103.
- Peters, M. J. V., Van Oorsouw, K., Jelicic, M., & Merckelbach, H. (2013). Let's use those tests! Evaluations of crime-related amnesia claims. *Memory*, 21, 599-607.
- Power, D. J. (1977). Memory, identification and crime. *Medicine, Science and the Law*, 17, 132-137.
- Price, G. E., & Terhune, W. B. (1919). Feigned amnesia as a defense reaction. *Journal of the American Medical Association*, 72, 565-567.
- Quinette, P., Guillery, B., Desgranges, B., et al. (2003). Transient global amnesia: working memory and acquisition processes in episodic memory. *Brain*, 126, 1917-1934.
- Quinette, P., Guillery-Girard, B., Dayan, J., et al. (2006) What does transient global amnesia really mean? Review of the literature and thorough study of 142 cases. *Brain*, 129, 1640-1658.
- Schacter, D. L. (1986 a). On the relation between genuine and simulated amnesia. *Behavioral Sciences and the Law*, 4, 47-64.
- Schneider, K. (1953). Klinische Gedanken über die Sinnes-zlichkeit. *Meinschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 125, 666-670.

- Semerari, A. (Ed.). (1981). *Manuale di psicopatologia forense*. Roma: Antonio Delfino.
- Semerari, A., & Citterio, C. (1975). *Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*. Milano: Vallardi – SEL.
- Smith, K., & Gudjonsson, G. H. (1986). Investigation of the response of “fakers” and “non-fakers” on the Gudjonsson Suggestibility Scale. *Medicine, Science and the Law*, 26, 66-71.
- Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 180-189.
- Strupp, M., Bruning, R., Wu, R. H., Deimling, M., Reiser, M., & Brandt, T. (1998). Diffusion-weighted MRI in transient global amnesia: elevated signal intensity in the left mesial temporal lobe in 7 of 10 patients. *Annals of Neurology*, 43, 164-170.
- Tombaugh, T. (1996). *Test of Memory Malingered (TOMM)*. New York, NY: Multi-Health Systems.
- Van Der Hart, O., & Nijenhuis, E. (2001). Generalized dissociative amnesia: episodic, semantic and procedural memories lost and Found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 589-600.
- Verde, A., Angelini, F., Boverini, S. & Majorana, M. (2006). *Il delitto non sa scrivere. La perizia psichiatrica tra realtà e fiction*. Roma: DeriveApprodi.
- Verde, A. & Barbieri, C. (Eds.). (2010). *Narrative del male: Dalla fiction alla vita, dalla vita alla fiction*. Milano: Franco Angeli.
- Whitty, C., Stores, G., & Lishman, W. A. (1977). Amnesia in cerebral disease. In C. W. M. Whitty & O. L. Zangweill (Eds.), *Amnesia (2nd Ed.)* (pp. 52-92). London & Boston: Butterworths.
- Zeman, A., & Hodges, J. (1997). Transient global amnesia. *British journal of hospital medicine*, 6, 257-260.