

La dimensione della psicopatia nell'universo femminile

The psychopathic dimension in the feminine world

Felice Carabellese • Ettore Straticò • Ilaria Rossetto • Cristina Benazzi • Tiziana Sartori • Roberto Catanesi

Abstract

The authors address the issue of the size of psychopathy, focusing their interest only to the feminine world, in its various forms psychological, psychopathological, behavioral, clinical, patoplastiche, diagnostic and in treatment. Recalling the research on the subject, the authors report the specificity of psychopathy in female and differences compared to men with the same pathological construction. The review literature highlights some critical issues still unresolved with respect to the issue addressed, the authors believe there are so many aspects to be explored in future research.

Key words: psychopathy • psychopathic women • antisocial behavior • treatment

Riassunto

Gli Autori affrontano il tema della dimensione della psicopatia, concentrando il loro interesse al solo mondo al femminile, nelle sue varie declinazioni psicologiche, psicopatologiche, comportamentali, cliniche, patoplastiche, diagnostiche e trattamentali. Richiamando le ricerche sull'argomento, gli Autori segnalano le specificità della psicopatia al femminile e le differenze rispetto agli uomini con medesimo costrutto patologico. Dalla review di letteratura proposta emergono alcuni punti di criticità tuttora insoluti rispetto al tema affrontato che gli Autori ritengono altrettanti aspetti da approfondire in future ricerche.

Parole chiave: psicopatia • donne psicopatiche • comportamento antisociale • trattamento

Per corrispondenza: Felice Carabellese, Professore aggregato di Medicina legale, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DIM, Università degli Studi di Bari, p.zza Giulio Cesare 1, 70124 Bari • e-mail: felicefrancesco.carabellese@uniba.it

FELICE CARABELLESE, Professore aggregato di Medicina legale, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DIM, Università degli Studi di Bari

ETTORE STRATICO', Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere

ILARIA ROSSETTO, Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere, Dottoranda di Ricerca in Neuroscienze della Università Bicocca di Milano

CRISTINA BNAZZI, Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere

TIZIANA SARTORI, Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere

ROBERTO CATANESI, Professore ordinario di Psicopatologia forense, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DIM, Università degli Studi di Bari

1. Introduzione

Ricordiamo brevemente che le prime, pionieristiche esplorazioni di Pinel (1806), Kraepelin (1904), Partridge (1928), di sintomi, comportamenti e tratti, ancora oggi ricorrono nelle moderne descrizioni della psicopatia; Cleckley (1941; 1976) diede la prima, compiuta, tuttora imprescindibile, descrizione; la diagnosi di psicopatia è comparsa nel DSM II, pubblicato nel 1968, per essere poi impropriamente riassorbita, nelle successive edizioni, da quella di Disturbo Antisociale della Personalità; nel 1991 Hare (1991) approntò la "Hare Psychopathic Checklist-Revised" (PCL-R) che trovò nella formulazione del 2003 (Hare, 2003) l'attuale definitiva sistematizzazione, divenendo, con le parole dell'Autore (2009), "un mezzo di misurazione e diagnosi della psicopatia [...] oggi largamente utilizzato per aiutare clinici e ricercatori a distinguere con ragionevole sicurezza i veri psicopatici da quelli che semplicemente infrangono le regole"; le concettualizzazioni alternative del costrutto, rispetto a quella dominante di Hare (1991), sono state proposte da Cooke e Michie (2001) e Patrick et al. (2009); le scoperte delle neuroscienze hanno evidenziato nei soggetti psicopatici una compromissione funzionale del cosiddetto "circuito morale" (Glenn, Raine & Schug, 2009) e dell'ordinaria capacità di provare empatia (cfr. Baron-Cohen, 2012); tali reperti hanno comportato la tendenza a distinguere la psicopatia primaria, la cui genesi viene ricondotta a fattori di tipo biologico e genetico, dalla psicopatia secondaria, dove assumono maggior rilievo i fattori di tipo ambientale; tutto ciò premesso vale la pena di sottolineare come oggi, nella letteratura specialistica di settore, si registra un crescente interesse nei confronti della psicopatia femminile.

Scopo di questo contributo è quello di illustrare agli studiosi italiani lo stato dell'arte in tema di psicopatia femminile, in particolare della sua espressione fenotipica, nonché dell'assessment e del suo trattamento, anche tramite il confronto, di volta in volta, con quanto è noto dei soggetti psicopatici di genere maschile.

1.1 *Psicopatia al femminile: una questione aperta*

Sebbene sia stato oggetto di numerose pubblicazioni nelle ultime due decadi, la psicopatia femminile rimane questione poco studiata e pertanto ancora largamente aperta e controversa, specie per quel che attiene, come rilevano Kreis e Cooke (2011), le specifiche differenze di genere nei tratti psicopatici.

Dall'esame della letteratura di settore si possono evincere una serie di ragioni che rendono importante l'approfondimento della conoscenza e della ricerca finalizzata all'acquisizione di nuove o ulteriori evidenze scientifiche sulla psicopatia ed in particolare sulla psicopatia nel genere femminile:

- non vi è consenso fra gli studiosi sul considerare la psicopatia come un distinto disturbo di personalità, come sostengono ad esempio Hare (2003), Cooke e Michie (2001) o se invece sia da considerare una dimensione psicopatologica trasversale a vari disturbi di personalità, come sostenuto già nel 1988 da Blackburn, come si evince dall'esame che Warren et al. (2003) fanno rispetto alla "comorbidità della psicopatia" e come sostenuto da Marcus et al. (2004) dalla cui ricerca sulla struttura della psicopatia è risultato che il disturbo non è tassonomico, ma piuttosto dimensionale, quindi a diverso grado di espressività fenotipica;
- anche quando la si consideri come una distinta entità clinica, esistono, come evidenziato in premessa, concettualizzazioni del costrutto fra loro concorrenti ed, in particolare, è tuttora assente una chiara concettualizzazione della psicopatia femminile, come segnalato già da Forouzan e Cooke nel 2005;
- qualche autore, come ad esempio Webster (1999), in contrasto con la maggioranza degli studiosi, come il citato Hare e Nicholls & Petrila (2005), i quali non hanno dubbi sull'applicabilità del costrutto al genere femminile, sostiene invece che l'utilità del costrutto riferito al genere femminile resti ancora solo in parte chiarita;
- Sprague et al. (2012) sottolineano la generale sottostima del tasso di psicopatia femminile, ritenuto ordinariamente pari alla metà (0,5%) di quello attribuito agli uomini (1%); al riguardo Dolan e Vollm (2009) sostengono che la più bassa prevalenza della psicopatia nelle donne rispetto agli uomini può essere dovuta a parecchie cause: errori nel campionamento, errori legati alle differenze di genere negli strumenti di assessment e nelle differenze di espressione fenotipica del comportamento antisociale;
- "potenziali differenze di genere nei tratti e nell'espressione del disturbo sono state ignorate" (Forouzan & Cooke, 2005), poiché si sono meccanicamente trasferiti i core traits emersi nell'assessment degli psicopatici di sesso maschile alle donne, mentre studi più recenti (cfr. Kreis & Cooke, 2011) evidenziano che, in ragione delle differenze biologiche e di sviluppo cognitivo ed emozionale determinato da fattori socio-culturali, la psicopatia può avere nelle donne differente espressione rispetto agli uomini, differenze che si rilevano soprattutto nelle differenti tattiche per raggiungere gli stessi scopi (minore uso della forza fisica e maggiore utilizzo della seduzione e della manipolazione) e nel privilegio dell'aggressività relazionale che si dispiega prevalentemente fra le mura domestiche ed ha come bersaglio primario (cfr. Robbins, Monohan & Silver, 2003) familiari, amici e conoscenti piuttosto che estranei;
- rispetto all'assessment: ricordato che, ad oggi, la PCL-R può essere considerato il *gold standard* degli strumenti di assessment in uso, rileva segnalare: a) l'evidenza che i

- punteggi della PCL-R non sono equivalenti fra le diverse culture; b) le preoccupazioni di Vitale et al. (2002) circa la generalizzabilità dello strumento alle donne e c) il fatto che un crescente numero di autori concorderebbe con quanto scritto recentemente da Kreis e Cooke (2011), ovvero che “la PCL-R non è stata soddisfacentemente validata con le donne”;
- non solo: nella review di Nicholls e Petrila (2005), viene segnalato come “alcuni studi suggeriscono che il genere femminile può avere impatto rispetto allo stesso processo di assessment”; affermazione che sarebbe sottoscritta da Grann (2000), il quale aveva richiamato l’attenzione sul fatto che il tipo di domande poste e le informazioni riportate nei file psichiatrici e criminali possono determinare bias di genere nell’item “femminile” “comportamento sessuale promiscuo” della PCL-R;
 - “non vi è consenso sul fatto che i punteggi totali conseguiti alla PCL-R rappresentino lo stesso grado di psicopatia fra i generi” (Farouzan & Cooke, 2005); rimane pertanto questionabile l’equivalenza del cut-off diagnostico di psicopatia (punteggio uguale a 30 alla PCL-R) per entrambi i generi;
 - in campo criminologico si segnala che “la relazione fra Disturbo Antisociale di Personalità e offending si è focalizzata sulla popolazione maschile. Relativamente poco di questi reperti è conosciuto nei campioni di genere femminile” (Dolan & Vollm, 2009).
 - Infine, all’interno del campo della psichiatria forense, come affermato da Forouzan e Cooke nel 2005 e ribadito con forza recentemente da Wynn et al. (2012), la diagnosi di psicopatia è spesso usata per stabilire la lunghezza della pena; in alcuni paesi, tale diagnosi può portare in ambo i sessi ad una carcerazione di durata indefinita e/o può giustificare sia l’esclusione dai programmi di trattamento che altre misure restrittive. Un tale rischio di stigmatizzazione aumenta considerevolmente nelle donne “qualora si assuma che gli stessi risultati della ricerca evidenziati negli uomini sono automaticamente trasferibili alle donne, con rischi di errori di valutazione di enorme conseguenza” (Wynn et al., 2012).

2. La diagnosi di psicopatia: da Cleckley al DSM 5

I lavori di Cleckley, citati nell’introduzione, costituiscono il punto di partenza obbligato delle moderne concettualizzazioni della psicopatia. Egli considerò gli psicopatici come individui la cui solida “maschera di sanità” (titolo della sua pubblicazione) cela una severa patologia sottostante, considerata inizialmente, ovvero nella prima edizione del testo datata 1941, di ordine sempre “francamente ed indubitabilmente psicotico”, successivamente (nella quinta edizione del 1976) di ordine “psicotico per molti aspetti”. Originata dallo studio di una popolazione psichiatrica non gravata da pendenze giudiziarie, la caratterizzazione della psicopatia resa da Cleckley attraverso l’individuazione di una lista di 16 sintomi, più dei tratti e dei comportamenti antisociali, evidenzia il fascino, la tendenza al dominio interpersonale e la superficialità affettiva degli individui considerati psicopatici. L’Autore infatti segnalò anche l’esistenza di “psicopatici di successo” (ad esempio medici e uomini di affari)

e solo in 3 dei 15 casi riportati nel suo trattato rilevò una forte tendenza all’aggressività etero-diretta, non descrivendo i rimanenti 12 come antagonisti, violenti o crudeli. Molto diverso è invece l’individuo psicopatico secondo McCord & McCord, che, nel loro libro del 1964, viene caratterizzato come freddo, rabbioso, profondamente malvagio e predatore.

L’aspetto di devianza criminale evidenziato da McCord & McCord si trova anche in Robins (1978), il cui lavoro pose le basi per la definizione del Disturbo Antisociale di Personalità, comparso nel 1980 nel DSM III; diagnosi che da allora a tutt’oggi, giunti ormai alla quinta edizione del DSM, di fatto include anche quella di <psicopatia> contemplata come tale solo nel DSM II, datato 1968. Al riguardo Hare (2009, p.37) precisa che “non è possibile comprendere la psicopatia in base alle categorie tradizionali della malattia mentale. [...] Il disturbo antisociale di personalità si riferisce principalmente a una serie di comportamenti criminali e antisociali. [...] La psicopatia, invece, è definita sia dalla presenza di comportamenti socialmente devianti sia da una serie di tratti di personalità” (si veda più avanti nel paragrafo dedicato all’assessment).

In ogni caso, nel considerare i principali sistemi diagnostici in uso, che diamo per conosciuti dai lettori, segnaliamo, in accordo con Winn et al. (2012), che “il Disturbo Dissociale di Personalità” che figura nell’ICD-10 (F 60.2), per il fatto di prevedere criteri che coinvolgono le emozioni e le caratteristiche interpersonali, “è probabilmente più vicino al concetto di psicopatia (n.d.r.: per come correntemente inteso dai moderni studiosi) che la diagnosi di “Disturbo Antisociale di Personalità” del DSM IV”, di chiara derivazione behavioristica.

Come pocanzi accennato, nel DSM 5, pubblicato nel 2013, il Disturbo Antisociale è stato riconfermato fra i sei Disturbi di Personalità, caratterizzati secondo un modello ibrido, dimensionale-categoriale, che vengono individuati nel Manuale Diagnostico dell’APA. Per conto nostro, sosteniamo che nel modello ibrido proposto, i primi due criteri fissati per la diagnosi di ASPD, i sei domini della personalità a cui fare riferimento ed i tratti che li specificano, permettono di catturare la psicopatia in modo sicuramente più valido del DSM IV. Del costruito in esame, resta però ancora oscurata la dimensione adattativa, <la maschera di sanità> enfatizzata da Cleckley e riecheggiata da Patrick et al. (2009) in uno dei tre costrutti fenotipici da loro proposti: quello di “boldness” (spavalderia), definito dagli Autori come il nesso di dominanza sociale, resilienza emozionale ed avventurosità. “Boldness” che, a parere degli Autori, è centrale nella definizione di psicopatia e specificamente differenziante rispetto alla diagnosi di ASPD.

Anche in ragione di quest’ultimo rilievo, quale che sia la concordanza con il modello proposto dagli Autori appena citati rispetto alla psicopatia, resta vero, in ultima analisi, quanto sostenuto da Hare (2003) quando scrive: “non è possibile comprendere la psicopatia in base alle categorie tradizionali della malattia mentale”.

2.1 Psicopatia primaria e secondaria

Sin dai primi studi finalizzati alla descrizione della personalità psicopatica, numerosi tentativi sono stati compiuti per distinguere i veri tratti della psicopatia da indici più generali

di comportamento antisociale. Già Cleckley e Karpman sostenevano che i "veri" psicopatici, detti primari o stabili, commettevano atti antisociali a causa di una "mancanza idiopatica di empatia e paura". Al contrario, gli psicopatici secondari, pur condividendo molti degli agiti antisociali degli psicopatici primari, erano in grado di manifestare sentimenti di rimorso e timore. Tale teoria è stata, nel corso degli anni, rielaborata e supportata da numerosi autori (Blackburn, 1975; Fowles, 1980; Lykken, 1995; Porter, 1996); è oggi opinione condivisa che le due varianti della psicopatia siano simili in termini di irresponsabilità, aggressività e comportamento antisociale in genere ma differiscano in termini di eziologia e motivazione.

La psicopatia primaria è concettualizzata come derivante da un deficit affettivo costituzionale che si riflette in insensibilità e mancanza di senso di colpa, sentimenti limitati di paura e/o ansia, strumentalità predatoria. Viceversa, la psicopatia secondaria è ritenuta un disturbo del controllo emotivo e comportamentale derivante da fattori ambientali negativi come l'abuso, il neglect, la marginalità sociale. Gli psicopatici secondari, o instabili, sono descritti come ostili, impulsivi e reattivi ma capaci di sperimentare maggiori livelli di ansia e paura rispetto ai primari. Recenti studi empirici su detenuti maschi e femmine hanno identificato sottogruppi sostanzialmente coerenti con tali postulati teorici (Hicks, et al, 2004, 2010; Skeem, et al 2007, Poythress, et al 2010).

Relativamente al genere, diverse analisi concordano sul fatto che gli psicopatici primari di sesso femminile manifestino maggior reattività allo stress e minor aggressività rispetto alla controparte maschile (Hicks et al. 2004); le psicopatiche secondarie, invece, appaiono psicologicamente più disadattate dei secondari maschi (come testimoniano punteggi più estremi alle scale MPQ-BF circa i tratti di personalità) e gravate da maggior comorbidità psichiatrica con conseguente peggior funzionamento globale. Sebbene ancora a livello speculativo, si ritiene che tali difformità tra sottogruppi psicopatici potrebbero essere legate a due fattori: 1) le differenze di genere nei tratti di personalità; 2) maggiori livelli di psicopatologia nel sesso femminile rispetto ai detenuti maschi.

3. L'assessment

Lo strumento più utilizzato per la valutazione della psicopatia risulta essere, nell'ambito della ricerca internazionale, la PCL-R (Hare, 1991; Caretti, et al 2011). La PCL-SV, ad essa strettamente correlata, viene spesso impiegata quando si necessita di uno strumento di valutazione più breve (12 items).

La PCL-R, sviluppata sulla base dei criteri di Cleckley analizzando campioni di detenuti di sesso maschile, è un'intervista semistrutturata composta da 20 items ai quali viene assegnato un punteggio pari a 0 (non presente), 1 (dubbio) oppure 2 (presente).

Gli items sono suddivisi in due fattori, tra loro strettamente correlati: il Fattore 1 che indaga la disfunzionalità della sfera empatica (assenza del senso di colpa, mancanza di attenzione per i sentimenti ed i diritti degli altri, relazioni superficiali) ed il Fattore 2 che valuta la presenza di com-

portamenti antisociali persistenti inclusi la delinquenza giovanile e la versatilità criminale (Hare et al, 1990).

Secondo quanto indicato da Hare, la diagnosi di psicopatia deve essere posta per un punteggio alla PCL-R uguale o superiore a 30; tuttavia, nell'ambito della ricerca internazionale, viene comunemente accettato un cut-off pari a 25, in quanto più rispondente alla realtà clinica soprattutto in determinati Paesi (ad es. la Scandinavia).

Studi basati sull'utilizzo della PCL-R condotti su popolazioni di soggetti detenuti hanno dimostrato che punteggi elevati alla PCL-R sono correlati con un maggior grado di violenza dei crimini commessi (Serin, 1994) e con una maggior frequenza di recidive violente (Hare, 1996; Hemphill, Templeman, Wong & Hare, 1998; Serin, Peters, & Barbaree, 1990). Tali studi hanno inoltre suggerito che punteggi elevati alla PCL-R si traducono in un minor successo dei programmi terapeutici (Ogloff, Wong, & Greenwood, 1990). La PCL-R risulta quindi avere una buona capacità predittiva del rischio di futuri comportamenti violenti ed antisociali e del rischio di recidiva di comportamenti criminali.

Va sottolineato, tuttavia, che la maggior parte degli studi sul valore predittivo della PCL-R è stata condotta su popolazioni di maschi caucasici detenuti in carcere. Studi più recenti hanno quindi tentato di generalizzare il concetto di psicopatia analizzando campioni femminili di etnie diverse. Nonostante numerosi studi realizzati utilizzando la PCL-R su popolazioni carcerarie femminili (Loucks, 1995; Neary, 1990; Strachan, 1993; Tien, et al., 1993) abbiano evidenziato che la PCL-R è uno strumento valido ed applicabile anche alle donne con una *iterate reliability* elevata (Rutherford, et al, 1996; Strachan, 1993) e simile a quella riscontrata nei campioni maschili (Vitale et al, 2002), sono emerse tuttavia importanti questioni metodologiche rispetto all'uso della PCL-R: l'impiego di tale strumento, ad esempio, consente di rilevare una prevalenza di psicopatia nelle donne (tra il 9% ed il 23% - Loucks, 1995; Neary, 1990; Salekin, Rogers, & Sewell, 1997; Tien et al, 1993) più bassa rispetto agli uomini (tra il 15% ed il 30% - Salekin et al., 1998), con conseguente esiguità dei campioni femminili analizzabili. Inoltre i punteggi totali alla PCL-R sono risultati inferiori nelle donne. Ad es. nello studio di Rutherford et al (1996) nessuna donna raggiungeva il valore 30 alla PCL-R per cui non è stato possibile utilizzare tale valore come cut-off. Ciò ha portato gli autori citati ad ipotizzare che la PCL-R per le donne potrebbe funzionare meglio come strumento dimensionale piuttosto che categoriale.

La maggior parte degli studi più recenti condotti sul presupposto della differenza di genere (Bloom, et al, 2003) ha concluso che, come suggerito da Hare, la psicopatia può essere espressa in maniera differente nei maschi e nelle femmine (in particolar modo per quanto riguarda le manifestazioni comportamentali), evidenziando che nelle donne il predittore più forte di recidiva violenta è rappresentato dal fattore 1 (Salekin, et al., 1998) diversamente dagli uomini (Coid, et al, 2009) in cui, come dimostrato da numerosi studi, è il Fattore 2 a rappresentare il predittore determinante del rischio di violenza e di recidiva criminale.

Risulta inoltre che il comportamento antisociale, come evidenziato fra gli altri, da Nicholls & Petrila (2005), sembra avere minor peso per la diagnosi di psicopatia nella popolazione femminile rispetto a quella maschile, la cui diagnosi

di più comune riscontro è appunto quella di disturbo antisociale di personalità. D'altra parte, come evidenziato nello studio di Verona (Verona et al., 2012), il riscontro di punteggi elevati del fattore F1 utilizzando la PCL-R, non permette di distinguere se tale costrutto di impulsività e mancanza d'empatia sia ascrivibile a vera psicopatia oppure a disturbo borderline di personalità, diagnosi che viene posta molto spesso alla donna con tratti psicopatici. Tutto ciò mette in evidenza che gli strumenti, come la PCL-R, che si basano preminentemente sulla valutazione di comportamenti criminali ed antisociali rischiano di lasciare misconosciuta una grande parte delle donne psicopatiche.

Sulla base di tali presupposti sono stati sviluppati altri strumenti di valutazione basati su items neutrali rispetto al genere, come il PPI-Psychopathic Personality Inventory e la CAPP-Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (Cooke et al., 2004).

Il PPI è una scala autosomministrata, sviluppata, diversamente dalla PCL, valutando campioni di individui non detenuti e non reclutati in contesti clinici, al fine di analizzare nel complesso i tratti di personalità senza far riferimento a comportamenti antisociali o criminali. Nel 2005 una revisione dello strumento originale ha dato vita al PPI-R (Lilienfeld & Widows), costituito da 154 items organizzati in sei sottoscale, raggruppabili in 3 fattori. Il fattore I (posizione dominante), costituito dalle sottoscale influenza sociale, coraggio, resistenza allo stress, è associato con minore ansia, depressione ed empatia ed ad un maggior grado di benessere, assertività, narcisismo e ricerca di emozioni. Il fattore II (antisocialità impulsiva), dalle sottoscale egocentrismo machiavellico, anticonformismo ribelle, esternalizzazione della colpa e mancanza di pianificazione, è associato con impulsività, aggressività, uso di sostanze, comportamento antisociale, sentimenti negativi e ideazione suicidaria. Il fattore III (indifferenza), dall'omonima sottoscala. Il fattore I è associato con l'efficacia sociale mentre il fattore II è associato con tendenze maladattive.

Pare inoltre interessante sottolineare che, sia la PCL-R che il PPI, riflettono una struttura fattoriale il cui contenuto ed i cui correlati appaiono coerenti con le descrizioni di psicopatia primaria e secondaria. Il PCL-R F1, difatti, incorpora le caratteristiche interpersonali ed affettive più strettamente associate alla psicopatia primaria mentre il PCL-R F2 riflette l'impulsività, l'aggressività reattiva e l'emotività negativa associate alla psicopatia secondaria.

Parimenti, i fattori PPI di posizione dominante (Fearless-FD) e di antisocialità impulsiva (IA), si configurano come marcatori rispettivamente di psicopatia primaria e secondaria anche se FD è limitato a tratti interpersonali (dominanza sociale, immunità allo stress) e non include le funzioni affettive (insensibilità, mancanza di rimorso) della psicopatia primaria.

La CAPP - Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (Cooke et al., 2004), consiste di sei domini (dell'attaccamento, del comportamento, cognitivo, della dominanza, emozionale, del sé) che analizzano 33 sintomi. Detto strumento, includendo items presenti nella PCL-R ma anche items che non lo sono e che sembrano rappresentare i sintomi più tipici del genere femminile, potrebbe essere uno strumento che ovvia al fatto che la PCL-R risulta non sufficientemente sensibile nell'identificare la psicopatia nelle donne; inoltre, non comprendendo fra i suoi

items i comportamenti antisociali e criminali che sembrano essere particolarmente influenzati dal genere (Strand & Bel-fraghe, 2005), potrebbe rivelarsi uno strumento maggiormente sensibile per quanto concerne il genere ed utile per una definizione della psicopatia femminile che si basi prevalentemente su una prospettiva clinica. Studi preliminari condotti sulla CAPP (cfr: Mette Kreis and Cooke, 2011) hanno dimostrato che tale modello fornisce in effetti una buona descrizione del costrutto di psicopatia, dimostrando la sua validità sia nei maschi che nelle femmine; la sua validazione è tuttavia ancora agli inizi e sono necessari ulteriori studi, con campioni più ampi e culturalmente più eterogenei, per poterla considerare lo strumento di riferimento nell'assessment della psicopatia femminile.

4. Psicopatia al femminile: manifestazioni fenotipiche

Sebbene le prime descrizioni di psicopatia al femminile si ritrovino già nella mitologia classica (Afrodite, Medea, Hera), nella storia della letteratura (Lady Macbeth) o, più recentemente e specificatamente, nei resoconti clinici di Pinel, Schneider e Cleckley richiamati nell'introduzione, tale fenomeno è stato oggetto di un numero esiguo di indagini sistematiche, rivolte quasi esclusivamente a considerare il potenziale ruolo di tratti psicopatici nella criminogenesi della violenza femminile. Inoltre, come adombrato in precedenza, la maggior parte degli studi, sino ad una decina di anni fa, si è basata sull'implicita assunzione che il costrutto maschile di psicopatia potesse essere *tout court* applicato anche alle donne, ignorando quasi completamente le eventuali differenze di genere nei *core traits* e nelle espressioni fenotipiche del disturbo.

Soltanto di recente, difatti, l'attenzione dei ricercatori si è focalizzata sull'analisi delle diverse caratteristiche che i fattori interpersonale, affettivo e comportamentale possono assumere nei due sessi. I risultati di uno studio qualitativo condotto in un ampio campione di detenute in un correctional service canadese (Forouzan, 2003) dimostrerebbero che, sebbene la maggior parte delle caratteristiche distintive dei maschi psicopatici possono essere identificate anche nelle donne, differenze chiave si possono individuare in tre punti: 1) gli stessi *core traits* possono essere in comportamenti diversi; 2) alcuni pattern sintomatologici, in particolare quelli relativi al fattore interpersonale, diventano evidenti, nei due sessi, a diversi stadi di gravità del disturbo; 3) taluni indicatori di psicopatia rivestono significati psicologici diversi nei maschi e nelle femmine.

1. Proviamo ad analizzare, ad esempio, le manifestazioni comportamentali.

Le donne con elevati livelli di psicopatia mostrano di essere più impulsive rispetto alle non psicopatiche (Stafford & Cornell, 2003) e la loro aggressività tende ad essere più "interiorizzata" (ad esempio con l'attuazione di agiti autolesivi) se comparata a quella di maschi psicopatici (Lehman e Ittel, 2012; Sevecke et al., 2009).

Questi ultimi, difatti, manifestano più frequentemente comportamenti aggressivi etero diretti o "esternalizzati" (Cina & Rine, 2009), confermando il fatto che gli uomini

psicopatici sono più inclini ad utilizzare forme di violenza fisica (Sevecke et al., 2009). A questa evidenza pare correlarsi il dato che, sebbene sia uomini che donne con tratti psicopatici riportino frequentemente esperienza di abuso infantile (Miller, Watts & Jones, 2011), nei maschi prevale quello di tipo fisico, nelle donne quello sessuale e psicologico (neglect, violenza verbale). Questo dato, come riportato da un recente studio effettuato sulla popolazione generale svedese (Andershed, 2012), potrebbe portare alla conclusione che uomini e donne psicopatici manifestano espressioni fenotipiche diverse di aggressività anche perché sottoposti a tipologie diverse di violenza subita in età infantile (con tutte le implicazioni che tali considerazioni determinano circa le differenti necessità o possibilità di trattamento).

Tali disparità tendono, tra l'altro, a permanere, o addirittura acuirsi, durante la fase adolescenziale. Uno studio effettuato su una popolazione di ragazzi e ragazze ad elevato rischio di comportamento antisociale (Charles et al., 2012) ha dimostrato che, sebbene nelle adolescenti siano stati osservati tratti Callous-Unemotional (ossia quelli connessi ad impassibilità, insensibilità, indifferenza) meno intensi che nei maschi pari, sembra siano proprio le ragazze a manifestare disturbi comportamentali e di adattamento percepiti come "più gravi" in quanto più devianti dalle aspettative sociali di genere; a causa di questa "atipicità percepita", le adolescenti con tratti CU vanno incontro a relazioni interpersonali più problematiche e negative anche rispetto agli adolescenti maschi con valori CU ben più elevati.

Per quanto riguarda, invece, l'aggressività autodiretta, le donne con evidenti tratti psicopatici sembrerebbero manifestare sintomatologia autolesiva in maniera più frequente e più grave rispetto alla controparte maschile (Warren et al., 2003; Chapman, Specht & Cellucci, 2005).

Un recente studio messo a punto da Verona e colleghi (Verona et al., 2012) evidenzia come i tratti F1 (ossia quelli associati al deficit affettivo e interpersonale) quando combinati a scores F2 elevati, rappresentino un importante fattore di rischio per agiti autolesivi ma soltanto nella donna (nell'uomo, viceversa, scores F1 elevati sembrano costituire un fattore protettivo per l'aggressività autodiretta).

2. Relativamente al secondo punto, i clinici sottolineano che, nelle donne psicopatiche, i sintomi connessi al fattore interpersonale (loquacità, fascino superficiale, senso grandioso di sé) rimangono più frequentemente sottosoglia e divengano evidenti solo negli stadi più gravi della patologia; è stato inoltre dimostrato che anche i fattori culturali possono avere un effetto determinante sull'espressione fenotipica di alcuni quadri di psicopatia, suggerendo quindi che taluni sintomi siano patoplastici in risposta a variabili quali contesto socio-culturale, genere di appartenenza, età (Cookie, Michie, Hart & Clark, 2005).

3. Infine, pare opportuno ricordare che alcuni indicatori di psicopatia rivestono nei due sessi significati psicologici diversi; ad esempio, nelle donne psicopatiche comportamenti sessuali promiscui potrebbero essere sostenuti dal desiderio di sfruttamento; taluni agiti, difatti, parrebbero riflettere sia uno stile di vita anaffettivo che parassitario in cui la sessualità è utilizzata come strategia manipolativa finalizzata al raggiungimento di benefit sociali, economici o di rinforzi narcisistici (Quinsey, 2002). Viceversa, nei maschi psicopa-

tici, i medesimi comportamenti sembrerebbero essere sostenuti da dimensioni diverse, quali la sensation seeking o la necessità di accoppiamento.

Ulteriore evidenza empirica alla differenza di genere nei pattern sintomatologici di presentazione del disturbo è fornita dalla comorbidità tra Psicopatia e Disturbo di Personalità (DP). Ad esempio il Disturbo Istrionico di Personalità risulta correlato al valore PCL-R totale e allo score F1 nei maschi (Blackburn & Coid, 1998; Shine & Hobson, 1997) ma non nelle femmine, dove si evidenzia invece un rapporto significativo con F2 (Cale & Lilienfeld, 2002; Warren et al., 2003). Simili differenze di genere nei pattern di correlazione sono riportati per altri DP come il narcisistico, il paranoide e l'ossessivo-compulsivo. Inoltre, la comorbidità tra psicopatia e determinati DP è accertata solo per gli uomini, ma non per le donne, e viceversa. Esempio ne è il Disturbo Sadico di Personalità presente solo nei maschi psicopatici (Rutherford et al., 1997; Stone, 1998).

4.1 Psicopatia e DBP: un'arma a doppio taglio nelle donne

Recenti ricerche volte ad esaminare la relazione tra psicopatia e BPD hanno dimostrato che i tratti F2 sono più strettamente associati al Disturbo Borderline di quanto non lo siano i tratti F1 (Miller et al., 2010). Tale dato trova riscontro oggettivo nel parallelismo sintomatologico tra l'estrema instabilità emotiva del BPD e l'espressività tipica degli stessi tratti F2 (impulsività, aggressività reattiva). Tuttavia, se nel sesso maschile tale evidenza trova conferma nel fatto che alti livelli di F1 risulterebbero addirittura "protettivi" rispetto allo sviluppo di personalità Borderline (Walsh & Kosson, 2008), nelle donne la manifestazione di BPD parrebbe associata all'interazione di entrambi i fattori, in particolare in presenza di elevata espressività di F2. Ad esempio, una donna affetta da BPD che affronta la prospettiva di essere abbandonata dal proprio partner può manifestare forte disregolazione emotiva ed impulsività (tratti F2) ma, nel tentativo di far fronte a tali intense emozioni e salvare il rapporto, può mettere in atto una serie di comportamenti manipolativi (menzogne, infedeltà intenzionale) apparentemente insensibili (distacco emotivo espresso dai tratti F1). Si ipotizza perciò che nel sesso femminile, più che in quello maschile, BPD e psicopatia condividano una significativa costellazione di tratti e che i due disturbi possano riflettere espressioni fenotipiche differenziate per genere su vulnerabilità e stati disposizionali simili.

Pur riconoscendo quindi che le due patologie non sono sovrapponibili, i risultati attuali supportano l'ipotesi di una variante BPD nella psicopatia femminile che ricorda la variante psicopatia secondaria convalidata negli uomini decenni fa (Karpman, 1941).

Probabilmente i soggetti con tratti significativamente presenti in F2 (impulsività, rabbia) ma con basso score in F1 (deficit empatico) possono essere in grado di prevenire alcuni acting-out in quanto capaci di comprendere le eventuali conseguenze delle proprie azioni sugli altri. Viceversa, le donne che manifestano valori elevati sia in F1 che F2 non sono in grado di rielaborare questo processo in quanto l'aggressività ed impulsività promosse da F2 vengono slantizzate ed amplificate dal deficit emozionale e dalla manipolatività insiti in F1.

Un'interpretazione più generale di quanto appena esposto, come suggerito da un recente lavoro di Sprague e colleghi (Sprague et al., 2012), potrebbe risiedere nel fatto che il BPD rappresenti una manifestazione genere-specifica della psicopatia, in particolare per quelle donne che oscillano tra gli estremi di disregolazione emotiva ed insensibilità manipolativa secondaria. Questa potenziale variante femminile di psicopatia è simile a quella riconosciuta in una recente analisi dei cluster di donne autrici di reato con elevati punteggi alla PCL-R (Hicks et al., 2010).

La ricerca futura dovrebbe essere mirata ad individuare quali tratti specifici o vulnerabilità siano alla base dell'overlap sintomatologico osservato tra BPD e psicopatia e come questi tratti siano fenotipicamente manifestati in modi diversi nei due sessi. L'approccio dimensionale inizialmente proposto per i DP nel DSM 5 cercava di muoversi proprio in questa direzione (Kruger & Eaton, 2010), ipotizzando la creazione di un tipo di personalità definibile come "dysregulated" (che riflette psicopatia secondaria e BPD), per integrare la tipologia "psicopatico/cinico" che riflette invece la psicopatia primaria. Tale risoluzione, poi esclusa nella stesura finale, avrebbe facilitato la classificazione dei disturbi sulla base della loro eziologia di base rispetto a descrizioni fenotipiche superficiali (Hyman, 2007).

Analisi più adeguate di questi diversi fenotipi genere-specifici potrebbero produrre una migliore distinzione tra i comportamenti cinici e manipolatori osservati negli psicopatici primari rispetto a quelli individuabili in soggetti con tratti significativi F2 o BPD, soprattutto tra le donne.

Questa distinzione, infatti, risulterebbe particolarmente utile (soprattutto per eventuali fini trattamentali) in quanto i comportamenti cinici e manipolatori osservati nelle donne con BPD sono probabilmente di natura qualitativamente diversa (ad esempio in termini di motivazioni) di quelli obiettabili nella psicopatia primaria.

5. Il trattamento

La quantità di studi reperibile in letteratura in merito al trattamento della psicopatia è decisamente bassa, soprattutto se confrontata con il numero di studi descrittivi, di assessment ed eziologici condotti sia nei confronti degli adulti che dei bambini.

La psicopatia è considerata da molti Autori come una sindrome incurabile e tra i principali sostenitori di tale tesi troviamo Hare (2009), secondo il quale non solo la psicoterapia non sarebbe di alcun giovamento con tali soggetti, ma potrebbe perfino aggravare il loro problema. L'Autore sostiene al riguardo che molti programmi terapeutici forniscano agli psicopatici nuove scuse e razionalizzazioni per il loro abituale comportamento e migliori conoscenze per manipolare gli altri, così come sono destinati al fallimento i tentativi di insegnare agli psicopatici a provare un reale rimorso o empatia.

A conclusioni negative rispetto all'outcome dei trattamenti sono giunti anche Harris e Rice (2006), dal cui studio emerge, in pazienti psicopatici sottoposti a trattamento psicoterapico tanto in setting individuale che di gruppo, un incremento di reati violenti in misura quattro volte maggiore rispetto agli altri pazienti. Hare et al. (2000) hanno

valutato un programma cognitivo comportamentale in carcere su 278 autori di reato maschi psicopatici e non psicopatici: questo studio ha dimostrato che i soggetti con alto score a F1 alla PCL hanno avuto un andamento peggiore nel trattamento e hanno aumentato la loro capacità di commettere reati successivamente al trattamento.

Risultati non diversi da quelli ottenuti trattando popolazioni di genere maschile si registrano nell'unica ricerca che conosciamo dedicata esclusivamente ad un consistente campione di donne con marcati tratti psicopatici: nello studio condotto da Richards et al. (2003) su un campione di 404 femmine autrici di reato, in cui il punteggio di psicopatia era uno dei criteri di inclusione, sottoposte ad un programma di trattamento per abuso di sostanze, quelle con punteggi più alti di psicopatia erano significativamente associate ad outcome peggiori, come valutato da una serie di fattori quali non riuscire a rimanere nel programma, violare le regole evitando esami delle urine ed essere presenti continuamente agli incontri previsti. Il follow-up successivo al rilascio delle internate ha evidenziato che quelle con uno score alto di psicopatia avevano più probabilità di recidiva; il Fattore 1 (F1) della PCL-R era quello predittivo di recidiva in queste pazienti.

In ragione di tali risultati in entrambi i sessi può non stupire che, per quanto riguarda le variabili di outcome da indagare, alcuni Autori suggeriscano che l'unico significativo a riguardo sia costituito dalla recidiva di reato (Harris & Rice, 2006; Wong & Hare, 2005). Tuttavia altri, come ad esempio Salekin (2002), considerano più opportuna una valutazione estesa anche ad altri domini.

In ogni caso, per quanto ne sappiamo, le conclusioni degli studi in letteratura suggeriscono che i risultati del trattamento per gli psicopatici vanno da basso-moderato a nullo. Al riguardo va però precisato che non si sa se una scarsa risposta al trattamento significhi nessuna risposta a tutti i trattamenti o semplicemente una risposta inferiore rispetto agli individui non-psicopatici.

Rispetto a quest'ultimo aspetto si dovrebbe anche considerare che nessun trattamento è stato specificamente progettato per la psicopatia e che molti degli studi condotti hanno difetti di progettazione. Da studi metodologicamente più corretti o più recenti (Skeem et al 2002; Oliver & Wong, 2009) si evince una minima speranza che un trattamento possa essere utile per almeno alcuni psicopatici adulti autori di reato. Maggiori speranze si possono invece nutrire se si considerano i risultati dei trattamenti in popolazioni non adulte: alcuni studi hanno mostrato qualche evidenza positiva relativamente a giovani psicopatici inseriti in programmi terapeutici (Caldwell et al, 2006; Salekin 2002; Skeem et al 2002). Per quanto riguarda studi condotti su bambini e adolescenti, è emerso che i punteggi di psicopatia sono stati correlati ad una cattiva condotta durante le sedute terapeutiche. Tuttavia sei su otto studi hanno dimostrato che il giovane adolescente psicopatico ha beneficiato di un trattamento o non ha avuto un outcome peggiore rispetto a giovani non psicopatici. Appare altresì promettente anche l'indicazione (cfr. Salekin et al., 2010) di trattare contestualmente i membri della famiglia, ma, chiaramente, sono necessari altri studi in questo settore per ritenere confermata la probabilità di conseguire un outcome positivo tramite il trattamento di bambini e adolescenti con tratti psicopatici

e l'indicazione di estendere il trattamento ai membri della famiglia.

Al di là delle poche evidenze ad oggi acquisite nel campo del trattamento, considerata in generale la diversa espressione fenotipica della psicopatia nei due sessi, dato che (in non pochi casi) i due generi hanno subito differenti esperienze di abuso, vista la tendenza nelle donne a dirigere l'aggressività verso se stesse con atti di autolesionismo rispetto agli uomini che tendono ad essere più proni a mettere in atto comportamenti aggressivi eterodiretti, sembra ragionevole sostenere la necessità di approntare e valutare programmi di trattamento differenziati per genere e per obiettivi: gli uomini, per esempio, potrebbero avere bisogno di più attenzione per il controllo del comportamento e la gestione della rabbia a causa della loro maggiore propensione a comportamenti di esternalizzazione (es: reati violenti e aggressioni fisiche), mentre le donne potrebbero richiedere maggior aiuto nella gestione delle emozioni interne e di comportamenti quali autolesionismo e sentimenti di rabbia.

L'obiettivo del trattamento di pazienti ricoverati in unità forensi è quello di apportare cambiamenti nei comportamenti disadattativi nel lungo termine, allo scopo di ridurre il rischio di recidiva di reato, fondando il trattamento per ognuno su un programma basato sui principi di rischio, bisogni e responsività e concentrandosi sullo sforzo di modificare le "predisposizioni mentali" (Hildebrand & de Ruiter, 2012) e i comportamenti che precipitano direttamente in agito violento.

Più in generale, seguendo Salekin et al (2010) i ricercatori dovrebbero adeguatamente elaborare una teoria del disfunzionamento, che si fondi su concetti ed ipotesi relativi ai fattori che possono portare alla psicopatia (ad esempio, anomalie dell'amigdala, deficit del lobo frontale, difficoltà nell'attaccamento) e come questi processi emergano ed agiscano, approntando quindi programmi trattamentali mirati che tengano conto delle evidenze che maturano.

Ad oggi, un obiettivo realistico del trattamento di soggetti aventi marcati tratti psicopatici, confermati da alti punteggi nelle scale di riferimento per l'assessment, non sarebbe quello di eliminare i core traits della psicopatia, ma piuttosto di ricercare nel corso della terapia gradualmente progressi su pochi sintomi e comportamenti bersaglio trattabili per quel che è lo stato dell'arte, selezionati a partire da bisogni, problemi e caratteristiche del soggetto interessato.

6. Alcune considerazioni conclusive

Per certo, anche quando non si concordi con Blackburn (1988) che considera la personalità psicopatica "un mito" e non si abbiano le perplessità di Webster (1999) sulla trasferibilità del disturbo al genere femminile, quanto sin qui scritto dimostra che (anche) della psicopatia ignoriamo ancora molte più cose di quanto ne sappiamo: limitandoci a considerare solo le questioni più importanti, rimane infatti controverso se

- essa rappresenti un disturbo dovuto a fattori organici o se invece sia mediata in modo significativo da fattori ambientali; non può sorprendere pertanto il fatto che "non è ancora chiaro se le cause di alcune delle diffe-

renze tra maschi e femmine rifletta differenze di genere (per esempio una costruzione socio-culturale) o di sesso (componenti biologiche e genetiche) o una qualche combinazione delle due" (Nicholls e Petrila, 2005);

- la psicopatia in adolescenza sia essenzialmente simile alla forma adulta o se invece ne differisca sostanzialmente;
- debba essere considerata un disturbo categoriale (ma tale diagnosi non compare né nel recente DSM 5, né nel più datato ICD-10) o se sia invece un'estensione dimensionale di caratteristiche anormali della personalità rilevabili anche in altri disturbi. E rispetto al porre diagnosi di psicopatia, dopo i rigorosi rilievi metodologici che si leggono in Skeem & Cooke (2010), come di fatto ammette anche chi la ha approntata (cfr. Hare & Neumann, 2010), non si possono più continuare ad usare i punteggi di cut-off della PCL-R a fini diagnostici senza fare un'"operazione in qualche misura arbitraria".

Purtroppo, non c'è invece controversia sul fatto che manca un modello del costrutto in questione su cui si registri una sostanziale convergenza di consensi tra gli studiosi e soprattutto sul fatto che è tuttora assente una chiara concettualizzazione della psicopatia femminile. Per quest'ultima fascia di popolazione risultano non del tutto affidabili anche gli strumenti di assessment disponibili: la PCL-R, che di essi resta tuttora il *gold standard*, essendo stata sviluppata in ambito carcerario e con detenuti di sesso maschile, risulta poco sensibile quando applicata alla popolazione generale e, sebbene sulla scorta dei molti studi eseguiti quando utilizzata sulla popolazione carceraria di genere femminile si sia mostrata strumento valido ed applicabile, la maggior parte degli autori ritiene oggi che la PCL-R per le donne potrebbe funzionare meglio come strumento dimensionale (questo aspetto costituisce oggetto di una ricerca condotta nell'OPG di Castiglione delle Stiviere dagli stessi Autori, tuttora in corso) piuttosto che categoriale e che la sua principale indicazione di utilizzo, in ambo i sessi, consista nella previsione della recidiva di reato.

Per quanto attiene la CAPP, pensata per una definizione della psicopatia che si basi prevalentemente su una prospettiva clinica invece che sul comportamento criminale, pur mostrandosi negli studi preliminari eseguiti più affidabile della PCL-R quando applicata al genere femminile, necessita ancora di una compiuta validazione, al presente considerabile solo in fase iniziale. Tuttavia, già oggi, gli studi basati sulla CAPP uniti alle descrizioni ed ai risultati emersi in più studi in cui detto strumento non è stato utilizzato, ci consegnano un credibile identikit di donna psicopatica, che appare essere maggiormente instabile dal punto di vista emotivo, più empatica, meno grandiosa e meno incline a commettere violenza fisica dei maschi psicopatici, più caratterizzata dall'aggressività relazionale e dall'uso della seduttività per manipolare e dominare gli altri. Un passo avanti nella conoscenza della psicopatia femminile che però non è sufficiente a rendere meno vero quanto scrivevano nel "lontano" 2005 Nicholls & Petrila: "*gli studi sulla psicopatia femminile sono pochi e non è chiaro se, quando applicata a popolazioni femminili, debba essere modificato il costrutto o le sue misure di valutazione [...]; la ricerca deve chiarire se le differenze riscontrate tra psicopatici maschi e femmine riflettano reali differenze di genere o semplicemente dei bias nelle misure quando i criteri della psicopatia sono applicati alle donne*".

Auspichiamo che la ricerca faccia luce sulle tante controversie e le tante criticità segnalate in questo nostro contributo soprattutto al fine di conseguire migliori esiti nel trattamento dei soggetti psicopatici. E, poiché sappiamo che non pochi psicopatici tendono a “spegnersi” ed a commettere meno reati dopo i 40 anni d’età, lo auspichiamo anche per non lasciare che lo scorrere del tempo sia, negli anni a venire, ancora l’unica o la più efficace forma di “trattamento” della psicopatia.

Bibliografia

- Andershed H. (2012). *There are differences between men and women with psychopathic personality traits regarding sub-types of psychopathy, criminality, aggression and victimization*. Sweden: Conference in Orebro University.
- AAVV. (1968). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders II*. New York: APA Publications.
- AAVV. (1980). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders III*. New York: APA Publications.
- AAVV. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders IV*. New York: APA Publications.
- AAVV. (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders V*. New York: APA Publications.
- Baron-Cohen S. (2012). *La scienza del male. Alle origini della crudeltà*. Milano: Raffaello Cortina.
- Blackburn R. et al., (1998). Psychopathy and personality disorders: the myth of psychopathic personality revisited. *British Journal of Psychiatry*, 153, 505-512.
- Blackburn, R. (1975). An empirical classification of psychopathic personality. *British Journal of Psychiatry*, 127, 456-460.
- Blackburn, R. (1988). On moral judgments and Personality Disorders: The Myth of Psychopathic Personality Revisited. *British Journal of Psychiatry*, CLIII, 505-512
- Bloom, B., Owen, B., & Covington, S. (2003). *Gender-responsive strategies: research, practice and guiding principles for women offenders*. Washington DC: National Institute of Corrections.
- Caldwell, M., Skeem, J.L., Salekin, R. T., & Van Rybroek, G. (2006). Treatment response of adolescent offenders with psychopathy features: A 2-years follow-up. *Criminal Justice and Behavior*, 33, 571-596.
- Cale, E.M. & Lilienfeld, S.O (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 22, 1179-1207.
- Caretti, V., Manzi G.S., Schimmenti A., Seragusa L. (eds.) (2011). PCL-R. Hare Psychopathy Checklist-Revised di Hare RD. Firenze: Giunti O.S.
- Chapman, A.L, Specht, M. W., Cellucci T. (2005). Factors associated with suicide attempts in female inmates: the hegemony of hopelessness. *Suicide life threat behaviour* 35(5), 558-69.
- Charles N.E., Acheson A., Mathias C.W., Furr M., Dougherty D.M. (2012). Psychopathic traits and their association with adjustment problems in girls. *Behavioral Sciences & the Law*, 631-642.
- Cima M. & Raine A. (2009). Distinct characteristics of psychopathy relate to different subtypes of aggression. *Personality and individual differences*, 47, 835-840.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity*. (1st ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity*. (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Zhang, T., Sizmur, S., Roberts, C. et al. (2009). Gender differences in structured risk assessment: comparing the accuracy of five instruments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (2), 337-348.
- Cooke D.J., Michie C., Hart S.D. & Clark D. (2005) Assessing psychopathy in the United Kingdom: concerns about cross-cultural generalisability. *British Journal of Psychiatry*, 186, 335-341.
- Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., & Michie, C. (2004). *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality-Institutional Rating Scale (CAPP-IRS)*. Unpublished manuscript.
- Cooke, D.J. & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13, 171-188.
- Dolan, M., Völlm, B.B. (2009). Antisocial personality disorder and psychopathy in women: A literature review on the reliability and validity of assessment instruments. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 2-9.
- Forouzan, E. (2003). *Psychopathy among women: conceptualisation and assessment problems*. Third Annual International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS) Conference, Miami, FL.
- Forouzan, E. & Cooke, D.J. (2005). Figuring Out la femme fatale: Conceptual and Assessment Issues Concerning Psychopathy in Females. *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 765-778.
- Fowles D.C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*, 17, 87-104.
- Glenn, A.L., Raine, A. & Schug, R.A. (2009). The Neural Correlates of Moral Decision-Making in Psychopathy. *International Journal Of Law and Psychiatry*, 14, 5-9.
- Grann, M. (2000). Brief Report: The PCL-R and gender. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 147- 149.
- Hare, R.D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 25-54.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed) . Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (2009). *La Psicopatia. Valutazione diagnostica e ricerca empirica*. Roma: Astrolabio.
- Hare, R.D. (2009). *Psicopatia. Valutazione diagnostica e ricerca empirica* (eds. By V. Caretti & A. Schimmenti) Roma: Astrolabio (Ed. Or. *Without conscience: The disturbing world of the Psychopaths among us*, Guilford Press., 1998).
- Hare, R.D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 623-645.
- Hare, R.D., Harpur, T.J., Hakstian, A.R., Forth, A. E., Hart, S. D., & Newman, J. P. (1990). The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1 (1), 6-17.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harris, G.T., & Rice, M.E. (2006). Treatment of psychopathy: A review of empirical findings. In C.J. Patrick (ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 555-572). New York: Guilford.
- Hemphill J., Templeman, R., Wong, S., & Hare, R. D. (1998). Psychopathy and crime: Recidivism and criminal careers. In D.J. Cooke, A. E. Forth, & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 375-398). Boston: Kluwer.
- Hicks B.M et al. (2004). Identifying Psychopathy Subtypes on the Basis of Personality Structure. *Psychological Assessment*, (3), 276-288.
- Hicks, B.M., Vaidyanathan, U. & Patrick, C.J. (2010) Validating female psychopathy subtypes: Differences in personality antisocial and violent behaviour, substance abuse, trauma and mental health. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 1, 38-57.
- Hildebrand M, & de Ruitter C. (2012). Psychopathic traits and change on indicators of dynamic risk factors during inpatient forensic psychiatric treatment. *International journal of Law and Psychiatry*; 35: 276-28.
- Hyman, S.M. (2007). Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nature Reviews Neuroscience*, 8, 725-732.
- International Classification of Diseases 10 (2000) OMS, Geneva.

- Karpman B. (1941). On the need of separating psychopathy into two distinct clinical types: The symptomatic and the idiopathic. *Journal of Criminal Psychopathology*, 3, 112-137.
- Kraepelin, E. (1904). *Psychiatrie: ein Lehrbuch* (7th ed.). Leipzig: Barth.
- Kreis, M. & Cooke, D.J. (2011). Capturing the psychopathic female: a prototypical analysis of Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) across gender. *Behavioral Sciences and the Law*, 29, 634-648.
- Krueger, R.F. & Eaton, N. (2010). Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 1, 97-118.
- Lehmann, A. & Ittel, A. (2012). Aggressive behaviour and measurement of psychopathy in female inmates of German prisons – A preliminary study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 190-197.
- Likken, D.T. (1995). *The Antisocial Personalities*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lilienfeld, S. O., & Widows, M. R. (2005). *Professional manual for the Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Loucks, A. D. (1995). *Criminal behavior, violent behavior, and prison maladjustment in federal female offenders*. Unpublished doctoral dissertation, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada.
- Marcus, D.K., John, S.L. & Edens, J.F. (2004). A taxometric analysis of psychopathic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 626-635.
- McCord, W. & McCord, J. (1964). *The Psychopath: An essay on the criminal mind*. Princeton, N.J.: Van Nostrand.
- McKeown, A. (2010). Assessment of risk in forensic settings. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 422-429.
- Miller J.D., Dir A., Gentile B., Wilson L., Pryor L.R., Campbell W.K. (2010). Searching for a vulnerable dark triad: Comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *Journal of Personality*, 78, 1529-1564.
- Miller; J.D., Watts A. & Jones, S.E. (2011). Does psychopathy manifest divergent relations with components of its nomological network depending on gender? *Personality and Individual Differences*, 50, 564-569.
- Neary, A. (1990). *DSM-III and psychopathy checklist assessment of Antisocial Personality Disorder in Black and White female felons*. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri, St. Louis.
- Nicholls, T.L. & Petrila, J. (2005). Gender and Psychopathy: An Overview of Important Issues and Introduction to the Special Issue. *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 729-741.
- Ogloff, J. R. P., Wong, S., & Greenwood, A. (1990). Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 181-190.
- Oliver, M. E., & Wong, S.C. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 328-36.
- Partridge, G.E. (1928). A study of 50 cases of psychopathic personalities. *American Journal of Psychiatry*, 7, 953-973.
- Patrick, C.J., Fowles, D.C. & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, 21, 913-938.
- Pinel, P. (1985). *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale* (Ed. or. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*, 1800).
- Porter, S. (1996). Without conscience or without active conscience? The etiology of psychopathy revisited. *Aggression and Violent Behavior*, 1, 1-11.
- Poytress, N. G. et al (2010). Using the PCL-R to Help Estimate the Validity two Self- Report Measures of Psychopathy with offenders. *Assessment*, 17 (2), 206-219.
- Quinsey et al., (2002). Identifying persistently antisocial offenders using the Hare Psychopathy Checklist and the DSM Antisocial Personality Disorder Criteria. *Psychological Assessment*, 14, 27-38.
- Richards, H.J., Casey, J.O., & Lucente, S.W. (2003). Psychopathy and treatment response in incarcerated female substance abusers. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 251-276.
- Robbins, P., Manohan, J., & Silver, E. (2003). Mental disorder, violence, and gender. *Law and Human Behavior*, 27, 561-571.
- Robins L.N. (1978). Sturdy predictors of adult antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 8, 611-622.
- Rogstad, J. E. & Rogers, R. (2008). Gender differences in contributions of emotion to psychopathy and antisocial personality disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 1472-1484.
- Rutherford et al., (1997). Validity of the Psychopathy Checklist-Revised in male methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 143-149.
- Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., Alterman, A. I., & McKay, J. R. (1996). Reliability and validity of the revised psychopathy checklist in women methadone patients. *Assessment*, 3, 145-156.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: *Clinical lore or clinical reality?* *Clinical Psychology Review*, 22, 79-112.
- Salekin, R. T., Rogers, R., & Sewell, K.W. (1997). Construct validity of psychopathy in a female offender sample. A multitrait-multimethod evaluation. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 576-585.
- Salekin, R. T., Rogers, R., Ustad, K. L., & Sewell, K.W. (1998). Psychopathy and recidivism among female inmates. *Law and Human Behavior*, 22, 109-128.
- Salekin, R. T. (2010). Treatment of child and adolescent psychopathy: Focusing on change. In R. T. Salekin & D. Lynam (eds.), *Handbook of child and adolescent psychopathy*. New York: Guilford.
- Serin, R. C., Peters, R. D., & Barbaree, H. E. (1990). Predictors of psychopathy and release outcome in a criminal population. *Psychological assessment*, 2, 419-422.
- Serin, R.C. (1994). Psychopathy and violence in criminals. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 423-431.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G. & Krischer, M.K. (2009). Examining relations between psychopathology and psychopathy dimensions among adolescent female and male offenders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 85-95.
- Shine et al., (1997). Construct validity of the Hare Psychopathy Checklist-Revised on a U.K. prison population. *Journal of Forensic Psychiatry*, 8, 546-561.
- Skeem, J. et al. (2007). Two Subtypes of Psychopathic Violent Offenders That Parallel Primary and Secondary Variants. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, (2), 395-409.
- Skeem, J. L., Monahan, J., & Mulvey, E.P. (2002). Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26, 577-603.
- Sprague, J., Javdani, S., Sadeh, N., Newman, J. P., & Verona, E. (2012). Borderline personality disorder as a female phenotypic expression of psychopathy? *Personality Disorders: Theory, research, and treatment*, 3, 127-139.
- Sprague, J., Javdani, S., Sadeh, N., Newman, J. P., & Verona, E. (2012). Borderline personality disorder as a female phenotypic expression of psychopathy? *Personality Disorders: Theory, research, and treatment*, 3, 127-139.
- Stafford, E. & Cornell, D.G. Psychopathy scores predict adolescent inpatient aggression. *Assessment*, 10 (1), 102-112.
- Stone, M. H. (1998). The personalities of murderers: the importance of psychopathy and sadism. In A.E. Skodol (ed.), *Psychopathology and violent crime* (pp. 29-52). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Strachan, C. E. (1993). *The assessment of psychopathy in female offenders*. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.

- Strand, S., & Belfrage, H. (2005). Gender differences in psychopathy in a Swedish offender sample. *Behavioral Sciences & the Law*, 23, 837-850.
- Tien, G., Lamb, D., Bond, L., Gillstrom, B., & Paris, F. (1993, May). *Report on the needs assessment of women at the Burnaby Correctional Centre for Women*. Burnaby, British Columbia, Canada: BC Institute on family Violence.
- Vitale, J.E., Smith, S.S., Brinkley, C.A., & Newman, J. P. (2002). The reliability and validity of the PCL-R in a sample of female offenders. *Criminal Justice and Behaviour*, 29, 202-231.
- Walsh Z., Kosson D.S. (2008). Psychopathy and violence: The importance of factor level interactions. *Psychological Assessment*, 20, 114-120.
- Warren, J.I., Burnette, M., South, S.C., Chauhan, P., Bale, R., Friend, R., et al. (2003). Psychopathy in women: Structural modelling and comorbidity. *International Journal Of Law and Psychiatry*, 26, 223-242.
- Webster, C.D. (1999). *Risk assessment and risk management with woman offenders*. Report to the National Parole Board, Ottawa.
- Weizmann-Henelius, G., Putkonen, H., Grnroos, M., Lindberg, N., Eronen, M., Häkkänen-Nyholm, H. (2010). Examination of psychopathy in female homicide offenders — Confirmatory factor analysis of the PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 177-183.
- Wong, S., & Hare, R.D. (2005). *Guidelines for a psychopathy treatment program*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Wynn, R. M., Marita H Høiseth, M. H. & Pettersenn, G. (2012) . Psychopathy in women: theoretical and clinical perspectives. *International Journal Womens Health*, 4, 257-263.