

## **CAPITOLO SECONDO**

### **PSICHIATRIA E PSICOLOGIA ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO: PROBLEMATICHE CLINICHE EMERGENTI**

---

#### **C) VIOLENZA**

##### **IL SERIAL KILLER: TRA MITI, LEGGENDE E PSICOPATOLOGIA**

##### ***SERIAL KILLER: MYTH, LEGENDS AND PSYCHOPATHOLOGY***

**Alessandro Valchera\*, Massimo Salviati\*, Anna Maria Budoni\*\*\*,  
Maria Civita De Marco\*\*, Francesco Salvatore Marra\***

*\*III Clinica Psichiatrica,*

*\*\*Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica  
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"*

*\*\*\*Psicologo, Specialista in Psicodiagnostica*

---

**Riassunto**

È stata esaminata la relazione fra violenza e alcolismo, fra violenza e droga, fra violenza e alcuni Disturbi di Personalità secondo il DSM IV. In particolare, è stata esaminato il comportamento violento in relazione alle sindromi psicotiche. Tuttavia, le caratteristiche psicopatologiche del serial killer non appartengono a nessuna di queste categorie: sembrano costituire una sindrome psichiatrica particolare che include differenti psicopatologie che risultano essere connesse in particolare alle perversioni sessuali. È esaminata anche la classificazione del DSM IV delle perversioni sessuali. L'esperto che deve dire al Tribunale se il soggetto è imputabile deve valutare con attenzione la possibile presenza di queste psicopatologie e il loro possibile ruolo nel caso specifico.

**Parole chiave :** *violenza e alcolismo, violenza e droga, violenza e disturbi di personalità, violenza e sindromi psicotiche, serial killer e DSM-IV, serial killer e perversioni sessuali, tribunale, esperto e soggetto imputabile*

**Abstract**

In this study the relationship between violence and alcoholism, violence and drugs, violence and some Personality Disorders according to DSM-IV have been examined. In particular, the violent behaviour in relation to psychotic syndromes has been closely inspected. However, serial killer psychopathological characteristics do not belong to any of these categories: these characteristics seem to be a particular psychiatric syndrome which includes different psychopathologies that result to be connected in particular with sexual perversions. Also DSM-IV classification of sexual perversions has been examined. The expert, who must say to the Court if the subject is chargeable, has to, assess with attention the possible presence of these psychopathologies and their possibile role in the specific case.

**Key words:** *violence and alcoholism, violence and drugs, personality disorders and violence, violence and psychotic syndromes, serial killer and DSM-IV, serial killer and sexual perversions, the court, the expert and the chargeable subject*

## 1. Follia e violenza

L'associazione tra malattia mentale e comportamenti aggressivi fu notata sin dall'epoca classica: quasi 25 secoli or sono, Socrate suggeriva che in Atene gli episodi di violenza non fossero frequenti a causa della sanità mentale della maggior parte dei suoi concittadini (ASNIS, KAPLAN, 1997). Tale concezione è sopravvissuta fino ai nostri giorni, fornendo lo spunto ad una discussione che, dall'illuminismo in poi, si svolge in un campo in cui si incontrano la medicina ed il diritto, l'antropologia e la criminologia (BONUZZI, 1996), costituendo tuttora un problema fondamentale relativamente alla pericolosità dei soggetti affetti da disturbi psichici (BRUNO, 1990) e rappresentando la fonte del più importante pregiudizio comunemente applicato a questi ultimi, spesso considerati pericolosamente violenti e così ritratti dai *media*. Tuttavia, nonostante la sicura accentuazione del fenomeno, da parte dell'informazione e del pensare comune, il comportamento aggressivo sembra essere, secondo i dati di alcuni autori che si occupano dell'argomento, di più comune riscontro tra i pazienti psichiatrici che nella popolazione generale, allo stesso modo, tra le persone coinvolte in episodi di violenza si trovano diagnosi di disturbi psichici in misura significativamente maggiore rispetto alla norma (ASNIS, KAPLAN, 1997). Tuttavia ciò non è ancora ben chiarito, in quanto bisognerebbe distinguere tra patologia e patologia, ed anche distinguere il tipo di aggressività manifestata dai soggetti; frequentemente il paziente psichiatrico manifesta un'aggressività verso gli oggetti o verso sé stesso e tale aggressività è lontana da quella manifestata dal serial killer. Ricordiamoci quanto detto da Ponti e Fornari: "I folli poi non sono in realtà quel che i più credono, non sono più sanguinari e più violenti dei sani" (PONTI, FORNARI, 1995). È opportuno valutare quali siano le diagnosi psichiatriche maggiormente connesse con il fenomeno della violenza. L'abuso o la dipendenza da alcool o da altre sostanze ed il disturbo di personalità antisociale sono più frequentemente associate con il comportamento violento o l'omicidio; le diagnosi di schizofrenia, disturbi dell'umore e disturbi d'ansia sembrano altresì associate ad un aumentato rischio di tali comportamenti (CRO, VALCHERA, 2000).

È utile ricordare in quali sindromi psichiatriche è stato rinvenuto più frequentemente il comportamento aggressivo, e stabilire poi quali siano le patologie maggiormente connesse con il fenomeno del serial killer.

Nei pazienti che abusano di sostanze è piuttosto frequente riscontrare un elevato livello di aggressività; alcool, barbiturici, benzodiazepine, quando diventano sostanze d'abuso, possono favorire l'emergere di comportamenti

---

aggressivi. Nell'intossicazione alcolica i pazienti tendono ad essere violenti subito dopo l'uscita dallo stato soporoso; soggetti con intossicazione patologica possono presentarsi violenti anche senza essere alcolisti. Cocaina, amfetamine e derivati possono favorire comportamenti violenti inducendo irritabilità, disforia, agitazione, sospettosità o addirittura delirio. L'intossicazione da fenilciclidina, prodotto inizialmente usato in anestesia, divenuto in seguito sostanza d'abuso, è caratterizzata da una crisi di aggressività con belligeranza, agitazione psicomotoria e impulsività (MAREMMANI, DI MURO et al., 1992).

Nel "Disturbo Antisociale di Personalità", secondo il DSM-IV (1995), i pazienti hanno dei gravi deficit affettivi e impulsività, da ciò può derivare un comportamento in cui sono frequenti atti violenti, non seguiti da alcun rimorso data la totale mancanza di empatia, che è la capacità di comprendere la sofferenza dell'altro. In questo gruppo di pazienti non sono infrequenti criminali che spesso si giovano della loro capacità di commettere azioni violente per trovare spazio nel gruppo di appartenenza. Potremmo riconoscerli negli "psicopatici freddi" di Schneider: "...sono quelli che mancano completamente di compassione, di pudore, di senso dell'onore, di pentimento, di coscienza. Sono spesso torvi, burberi e secchi, e nelle loro azioni sono impulsivi e brutali" (SCHNEIDER, 1983). I soggetti affetti da questo disturbo di personalità sarebbero quelli che più si avvicinano al serial killer, o almeno ad alcuni tipi di serial killer, sicuramente il tratto antisociale non è sufficiente, sono presenti, come vedremo in seguito anche disturbi della sfera sessuale, inoltre è importante pensare a come l'atto tende ad una ripetizione così "ritualizzata".

Comportamenti aggressivi non sono infrequenti nei soggetti affetti da un altro disturbo di personalità secondo i criteri del DSM-IV, il "Disturbo Borderline di Personalità"; la violenza in questi pazienti tende ad essere soprattutto autodiretta, ma tali soggetti possono diventare omicidi o violenti se sotto l'effetto di alcool o altre sostanze di cui spesso tendono a fare abuso (MAREMMANI, DI MURO et al., 1992).

Per quanto riguarda la schizofrenia, che è la più grave delle patologie psichiatriche, è caratterizzata da una profonda distorsione soggettiva della realtà (deliri), da disturbi della sensopercezione (allucinazioni), da alterazioni della forma del linguaggio, come rappresentazione della forma del pensiero (dissociazione ideativa), a decorso frequentemente peggiorativo con progressivo impoverimento ideativo e dell'affettività con conseguente perdita delle capacità di adattamento lavorativo, sociale e familiare. Nel DSM-IV vi è una classificazione di questa patologia in cinque

---

tipi: tipo disorganizzato, tipo catatonico, tipo paranoideo, tipo residuo, tipo indifferenziato.

Per quanto riguarda l'aggressività presente in tali soggetti, Kraepelin affermava che nella forma di schizofrenia che chiamava demenza catatonica, fosse presente la tendenza al comportamento violento: "Vi è una facilitata trasformazione degli impulsi motori in azioni...gli infermi divengono irritabili, minacciosi, di cattivo umore, allucinati,...tentano di aggredire o di uccidere" (KRAEPELIN, 1907). Attualmente si ritiene che nella schizofrenia di tipo catatonico, i pazienti possono essere estremamente distruttivi. Ma il tipo di schizofrenia che può essere messo maggiormente in relazione con l'omicidio è la schizofrenia di tipo paranoideo; in questo caso la violenza è messa in relazione ad un delirio persecutorio o a voci imperative che spingono il soggetto a commettere il reato. Soprattutto nelle fasi iniziali della malattia schizofrenica sono possibili comportamenti violenti in conseguenza al cambiamento psicotico che si sta compiendo. In questo tipo di schizofrenia la violenza è generalmente indirizzata verso qualcuno in particolare, in relazione al proprio delirio (CARILLI, DELLE CHIAIE, 1992), non dovuta ad agitazione come nel caso del tipo catatonico.

Tra i disturbi dell'umore possiamo ricordare che nel disturbo bipolare, tipo maniacale, i pazienti hanno un livello di attività così elevato e una così bassa tolleranza alla frustrazione che la violenza fisica non risulta infrequente. Kraepelin, parlando della psicosi maniaco depressiva affermava che "...l'aumento della eccitabilità emotiva conduce per cause minime a scoppi di collera straordinariamente violenti, ...a distruzioni cieche ed assalti" (KRAEPELIN, 1907). Nella depressione grave con sintomi psicotici è presente l'aggressività, anche in misura notevole, questa può tradursi in omicidio, soprattutto delle persone care, e poi suicidio, i cosiddetti "suicidi allargati" (MAREMMANI, DI MURO et al., 1992).

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia non vi sono evidenze che sottendano una maggior presenza di comportamenti aggressivi rispetto alla popolazione generale. Nel "Disturbo Ossessivo Compulsivo", almeno in maniera generale, non è presente un comportamento aggressivo (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1996), forse in ragione all'egodistonia, che consiste nel riconoscere le ossessioni come estranee alla propria volontà e ai propri desideri, e nel sentirle fastidiose e invasive, con uno sforzo nel combatterle. Diversa è la situazione quando sono presenti sintomi compulsivi, che sono sintomi in cui il soggetto sente una spinta, anche in questo caso non accettata dal soggetto, a compiere un atto, secondari a patologia encefalitica, che è una patologia su base infettiva del cervello, come per i

---

pazienti sopravvissuti all'encefalite letargica del 1915-1925, che presentavano sintomi compulsivi e atti violenti e antisociali (RAJA, 1993). Alcuni autori (BRIEGER, BOLLING, 1997) hanno descritto il caso di un uomo di 45 anni con Disturbo Ossessivo Compulsivo che aveva l'impulso ossessivo di uccidere suo figlio di tre anni. Il paziente mostrava segni di encefalopatia di tipo vascolare, successiva ad un danno avutosi in periodo perinatale. Inoltre aveva sviluppato un sistema delirante di gravità moderata che gli giustificava il suo comportamento.

In generale, comunque, da ciò non si deve dedurre, come invece capita di frequente da parte dei *media*, che il paziente psichiatrico sia in quanto tale violento; tra i pazienti che afferiscono ai servizi ambulatoriali, infatti, solo il 2-4% ha manifestato comportamenti aggressivi nell'anno precedente: percentuale non difforme da quella della popolazione generale (CARILLI, DELLE CHIAIE, 1992).

Abbiamo menzionato solo le patologie psichiatriche più note e più frequenti, tuttavia esistono forme patologiche in cui è presente notevole aggressività, ma non sono presenti con frequenza tale nel nostro paese da essere qui menzionate, come la "sindrome Amok" (PAL, 1997) e il "Koro" (LEWIS, EDNIE, 1997), sindromi psicotiche, presenti in particolare in alcune popolazioni a bassa industrializzazione, caratterizzate da notevole aggressività, studiate fundamentalmente da coloro che si occupano di psichiatria transculturale.

Tuttavia vi sono alcuni disturbi psichiatrici che si caratterizzano per il comportamento aggressivo. Forse in seno a questi disturbi potremmo trovare alcune caratteristiche che si avvicinano al serial killer. Bruno ha parlato di serial killer che sono schiavi di un impulso, tuttavia ha affermato di non aver trovato un serial killer con una patologia specifica ben definita "Hanno personalità disturbate, molte perversioni sessuali ... Siamo di fronte ad una categoria psichiatrica particolare, di cui per anni non ci siamo occupati. E che dobbiamo studiare per fermarli e sapere cosa fare di loro". Potremmo quindi analizzare quelle forme di patologia psichiatrica, più vicine al serial killer, o meglio quelle patologie che tra loro composte formano il quadro unico dell'omicida seriale.

Abbiamo parlato in precedenza del disturbo antisociale di personalità, quel disturbo che in passato veniva chiamato psicopatia o sociopatia, i soggetti descritti da Schneider come "psicopatici freddi". Ora descriviamo l'altra componente importante, il sesso, o meglio la sessualità deviata del serial killer, in quanto, anche a quanto dicono Ponti e Fornari (PONTI, FORNARI, 1995) "nel serial killer si realizza la perversa associazione di sesso e morte".

---

Le parafilie, secondo il DSM-IV (1995) sono caratterizzate da “ricorrenti e intensi impulsi, fantasie o comportamenti sessuali che implicano oggetti, attività o situazioni inusuali e causano disagio clinicamente significativo o compromissione dell’area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento”. Analizzeremo alcuni tipi di parafilie in quanto connesse con il fenomeno del serial killer:

- **Sadismo:** "Durante un periodo di almeno sei mesi, fantasie, impulsi sessuali o comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti sessualmente che comportano atti (reali, non simulati) in cui la sofferenza psicologica o fisica (compresa l’umiliazione) della vittima è sessualmente eccitante per il soggetto. Le fantasie, gli impulsi sessuali o i comportamenti causano disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre importanti aree". Così il DSM-IV categorizza il sadismo. Il disturbo ha preso il nome dal Marchese De Sade, scrittore francese del XVIII secolo che fu imprigionato per i suoi atti sessuali violenti contro le donne. L’esordio avviene prima dei 18 anni e la maggior parte sono di sesso maschile (KAPLAN, SADOK, GREBB, 1996). Galimberti (1992) afferma che il sadismo sarebbe “una perversione sessuale in cui il soggetto trae godimento dalla sofferenza che infligge ad altri” e ancora “un tratto del carattere proprio di chi si compiace della crudeltà”. Il DSM-IV precisa ancora “Alcuni soggetti possono dedicarsi ad atti sadici per molti anni senza bisogno di aumentare la possibilità di infliggere agli altri gravi danni fisici. Solitamente, tuttavia, la gravità di tali atti tende ad aumentare con il tempo. Quando il disturbo è grave e quando è associato col disturbo antisociale di personalità e con tratti sadici di personalità, questi soggetti possono ferire gravemente o uccidere le loro vittime” (DSM-IV, 1995). Una manifestazione estrema del sadismo sessuale è l’omicidio per libidine, di cui ha parlato il primo autore che introdotta i termini di sadismo e di masochismo nel lessico psichiatrico, l’autore in questione era Krafft-Ebing, che, definendo tale reato, scrisse: “Riserviamo quest’espressione a quei soli casi in cui l’omicidio funge da stimolo diretto del piacere sessuale. Ci può essere un’assenza di ogni desiderio per il coito, in quanto il godimento è effetto diretto della crudeltà. Può avvenire che, uccisa la vittima, il mostro compia altri atti di brutalità sul cadavere come ad esempio quello di farlo a pezzi e di affondare le mani nelle interiora frugandovi con avidità e voluttuosità. L’uccidere ferocemente e barbaramente (il trucidamento sadistico) rappresenta da solo un sostitutivo del coito” (KRAFFT-EBING, 1966). Questa sembra una descrizione accurata di Dahmer, un serial killer
-

statunitense, ucciso in carcere nel 1994, il quale a volte apriva il corpo delle vittime e aveva un rapporto sessuale con le sue viscere.

Nei serial killer, sono presenti anche altre parafilie, quali feticismo, necrofilia e cannibalismo.

- Feticismo: “Durante un periodo di almeno sei mesi, fantasie, impulsi sessuali, comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti sessualmente che comportano l’uso di oggetti inanimati. Le fantasie, gli impulsi sessuali o i comportamenti causano disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre importanti aree. Gli oggetti feticistici non sono limitati a capi di abbigliamento femminile usati per travestirsi oppure a strumenti progettati per la stimolazione tattile dei genitali” (DSM-IV, 1995). Così definisce tale parafilia il DSM-IV. Tra i serial killer che hanno manifestato tale comportamento ricordiamo sempre Dahmer, che custodiva, prima dell’inizio della serie criminale, un manichino in un armadio. Un feticcio che per Galimberti “è un oggetto rivestito di significato simbolico a cui viene spesso associato un potere magico e prende il posto dell’oggetto d’amore” (GALIMBERTI, 1992). Nonostante secondo Krafft-Ebing il desiderio di possedere un feticcio possa essere intriso di valenze sadiche, tuttavia il disturbo raramente conduce ad atti di violenza, limitandosi per lo più al furto dell’oggetto. Non sembra che per appropriarsi di un oggetto feticistico il soggetto commetta un crimine come l’omicidio, forse l’oggetto portato via dal cadavere o dal luogo del crimine può divenire in seguito un feticcio della supremazia manifestata nell’atto di uccidere e, quindi, l’oggetto assume una valenza evocativa dell’evento in cui si è dominato l’altro, uccidendolo.
  - Necrofilia: Il DSM-IV non riporta direttamente questa forma di parafilia, la sua collocazione è nella “Parafilia Non Altrimenti Specificata” (DSM-IV, 1995). “È l’ossessione di ottenere gratificazione sessuale da cadaveri. La maggior parte di persone con necrofilia approfitta dei cadaveri presso gli obitori ... a volte le persone uccidono per soddisfare i propri impulsi sessuali” (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1996). Krafft-Ebing l’ha valutata come una forma particolarmente sadica di feticismo per i cadaveri. Per Galimberti la necrofilia “consiste in un investimento erotico di scene macabre che approda a rituali con significati funerei ricercati, contemplati ed eseguiti, fino a giungere in casi rari a rapporti sessuali con i cadaveri. Associata a pulsioni sadiche, la necrofilia non è esente da un tratto feticistico, inteso
-



come feticismo del cadavere. Rientra in questo quadro il necrosadismo (mutilazione e scempio dei cadaveri con cui si sono avuti in precedenza rapporti sessuali)” (GALIMBERTI, 1992).

- Cannibalismo: questo termine si riferisce alla pratica reale o rituale di mangiare la carne dei propri simili, secondo Galimberti “una forma di sadismo (orale), in cui l’atto è connesso alla funzione fantasticata della bocca e dei denti. Ha un significato totemico nel senso che l’incorporazione dell’oggetto consente a colui che lo incorpora di impadronirsi delle qualità che gli sono proprie (il cannibalismo dei primitivi)” (GALIMBERTI, 1992).

Quindi nella psicopatologia del serial killer concorrono diversi elementi, patologici o devianti, alcuni solo nella frequenza dalla norma. Però in alcuni casi può esserci una schizofrenia paranoidea che spinge il soggetto a numerosi delitti, ma non sarebbe un serial killer se non nelle modalità formali. Allora cosa delinea e definisce il serial killer come entità a sé, cosa lo rende così unico? Secondo Bruno (A.A. V.V., 1997) alla base di tali comportamenti vi è qualcosa di diverso dalle parafilie, la *necromania*. Indicando così “la perversione dell’istinto di repulsione verso i cadaveri”. Infatti mentre l’uomo normalmente rifugge la morte in ogni suo aspetto, qui “l’elemento produttivo del piacere consiste nel rendere morto il corpo di un’altra persona”: il serial killer cerca il rapporto diretto con la morte come fonte di piacere. Differentemente dal necrofilo, il serial killer, solo dopo aver dato la morte può “usare” il corpo reso esanime per ricavarne ulteriore piacere sessuale.

Tuttavia un altro elemento deve essere presente per attuare il comportamento omicida, la difficoltà del controllo degli impulsi. Gli impulsi sono presenti in un’ampia gamma di comportamenti umani, dalla normalità fino ai più efferati atti criminosi. Pinel (1809) definì la patologia degli impulsi come “manie sans délire”. Con Kraepelin (1907) si parla di “pazzia impulsiva” che, secondo l’autore era vicina alla “pazzia coatta”, quella forma morbosa che nel DSM-IV (1995) è chiamata Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). Tuttavia nella “pazzia coatta”, i malati non vogliono compiere gli atti che si presentano ossessivamente alla loro mente e tentano di resistere (egodistonia), si sentono malati e chiedono aiuto; nella pazzia impulsiva non c’è egodistonia, il soggetto desidera fortemente soddisfare l’impulso, anche se è cosciente di rompere alcune regole della società. Gli stati psicopatologici caratterizzati da comportamento impulsivo come abuso di sostanze, violenza, atti autodistruttivi o suicidari, promiscuità sessuale, esplosioni di rabbia sono stati classificati nel DSM-

---

IV come “disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove”: disturbo esplosivo intermittente, cleptomania, piromania, gioco d’azzardo patologico, tricotillomania e disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato. I tratti essenziali sono: incapacità a resistere a una spinta o a una tentazione di compiere un atto dannoso per sé o per gli altri; un aumentato senso di tensione prima di compiere l’atto e un’esperienza di piacere, nel momento in cui si commette l’atto.

Fornari parla di “progressione irreversibile e inarrestabile di condotte distruttive, il cui succedersi viene interrotto solo da un intervento esterno (denuncia o arresto). L’atto, più o meno a lungo fantasticato, deve essere ripetuto in maniera imperativa. Il bisogno perverso, viene solo temporaneamente placato dal passaggio all’atto, l’effetto dell’aggressione presto svanisce e così il rituale deve essere ripetuto” (FORNARI, BIRKHOFF, 1996). L’appagamento derivato dall’assassinio determina un periodo di benessere, più o meno lungo in cui la persona ritrova un apparente equilibrio, costituendo il periodo di latenza tra un omicidio ed un altro, periodo che diviene sempre più breve, con il passare del tempo, come per i tossicodipendenti che devono sempre aumentare la dose e diminuire il tempo di astinenza, poiché l’attività fantastica del serial killer non è più sufficiente e si ha nuovamente il bisogno dell’omicidio reale.

Da quanto detto finora il serial killer non rispecchierebbe comunque una di queste categorie che gli psichiatri hanno creato per etichettare i malati, o almeno non rientrerebbe in una sola di queste. Vi sono atti che si rifanno al sadismo, alla necrofilia e a parafilie in genere, con un atteggiamento verso l’uomo privo di empatia, tipico del “Disturbo Antisociale di Personalità” (DSM-IV, 1995), vi è una tendenza “compulsiva” a ripetere il reato, spesso sempre simile a sé stesso, vi è, d’altra parte, una egosintonia nel soddisfare l’impulso, spesso i serial killer sono o sono stati in passato anche piromani, o giocatori d’azzardo o hanno manifestato un altro disturbo del controllo degli impulsi. Inoltre non si deve dimenticare che, almeno a volte, i delitti potrebbero essere suggeriti da una patologia che ha la caratteristica di creare una distorsione della realtà, la schizofrenia, i soggetti possono obbedire a “voci imperative” che gli ordinano di uccidere, oppure sono posseduti da convinzioni deliranti che li portano a commettere tali delitti, in tali casi vi è la non imputabilità.

Quindi era necessario trattare le patologie psichiatriche, in quanto anche il giurista, seppur superficialmente, deve conoscere quante sono le possibilità che hanno portato il soggetto al reato, così da chiedere, in maniera competente, l’aiuto agli esperti di tali questioni. Questo paragrafo, quindi, deve essere necessariamente seguito da quello in cui si chiede al perito di

---

spiegare, soggetto per soggetto, la motivazione all'atto e la capacità di essere processato, ovvero dimostrare l'imputabilità del soggetto che per rispondere a tale requisito deve avere la capacità di intendere e di volere. Quindi il paragrafo appena terminato ci ha fornito solo un piccolo esempio di quanto il perito deve tenere presente davanti alla richiesta del giudice di valutare l'imputabilità del reo.

### **Bibliografia**

AA.VV., *Vivere per uccidere. Anatomia del serial killer*, Calusca, Padova 1997

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Masson, Milano 1995

ASNIS M., KAPLAN M.L., "Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders", *Psychiatric Cli. North Am.*, 20, 405-425, 1997

BONUZZI L., "Psicopatologia e criminalità", *Quaderni Italiani di Psichiatria*, XV, 228-279, 1996

BRIEGER P., BOLLING S., "Compulsive disorder with homicidal impulses and paranoid symptoms in vascular encephalopathy", *Psychiatr. Prax.*, 24, 5, 245-247, 1997

BRUNO F., "La pericolosità sociale psichiatrica", in *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, a cura di Ferracuti F., Giuffré, Milano 1990

CARILLI L., DELLE CHIAIE R., "Clinica dei disturbi schizofrenici", in *Trattato Italiano di Psichiatria*, a cura di Pancheri P., Cassano G.B., Masson, Milano 1992

CRO F., VALCHERA A., "Funzione serotoninergica centrale e aggressività: modelli sperimentali, evidenze cliniche e risvolti terapeutici", *Rivista Italiana di Psichiatria*, in corso di stampa, 2000

FORNARI U., BIRKHOFF J., *L'infelicità dei mostri*, Centro scientifico torinese, Torino 1996

---

GALIMBERTI U., *Dizionario di psicologia*. U.T.E.T., Torino 1992

KAPLAN H.I., SADOCK B.J., GREBB J.A., “Disturbi d’ansia”, in *Psichiatria Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. Settima edizione. Ed. it. Centro Scientifico Internazionale, Torino 1996

KAPLAN H.I., SADOCK B.J., GREBB J.A., “La sessualità umana”, in *Psichiatria Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. Settima edizione. Ed. it. Centro Scientifico Internazionale, Torino 1996

KRAEPELIN E., *Trattato di psichiatria*, VII edizione, Vallardi, Milano 1907

KRAFFT-EBING R., *Psicopatologia sessuale* (1900). Ed. it. Manfredi, Milano 1966

LEWIS C.F., EDNIE K., “Koro and homicidal behavior”. *Am. J. Psychiat.*, 154, 8, 1169, 1997

MAREMMANI I., DI MURO A. et al., “La violenza, il suicidio, l’inibizione nel comportamento”, in *Trattato Italiano di Psichiatria*, a cura di Pancheri P., Cassano G.B. Masson, Milano 1992

PAL S., “Mental disorders in abnormal offenders in Papua New Guinea”, *Med. Law*, 16, 1, 87-95, 1997

PINEL P., *Traité Médico-Philosophique de l’alienation mentale*. Brosson, Paris 1809

PONTI G., FORNARI U., *Il fascino del male*. Raffaello Cortina, Milano 1995

RAJA M., “Il paziente violento”, *Minerva Psichiatr.*, 34, 239-257, 1993

SCHNEIDER K., *Psicopatologia clinica* (1966). Città Nuova Editrice, Roma 1983

---