

LA MORALITÀ NEL DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ¹

Francesco Mancini*, Rosario Capo*, Livia Colle**

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC srl ed APC

** Università di Torino

Riassunto

In questo articolo si esaminano le prove a favore delle due tesi esplicative del disturbo antisociale di personalità che sono attualmente dominanti: le tesi del deficit di capacità empatica e la tesi del deficit di *fearfulness*. Entrambe le tesi presentano importanti limiti. Nella seconda parte dell'articolo si propone una tesi diversa perché riconduce il Disturbo Antisociale ad un particolare insieme di scopi ed assunzioni, appreso in seguito a peculiari esperienze precoci, e non ad un deficit, da cui deriverebbe principalmente scarso rispetto dei diritti degli altri e della autorità.

Parole chiave: Disturbo Antisociale di Personalità, moralità aggressività, psicopatia, senso di colpa.

MORALITY IN ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER

Abstract

In this article we examine and criticize two main thesis about Antisocial Personality Disorder: deficit of empathy and deficit of fearfulness. In the second part of the article we suggest a different explanation of APD. This explanation is in terms of assumptions and goals, depending on early experiences and causing poor sensitivity to others rights and to ethical authority.

Keywords: Antisocial Personality Disorder, morality, aggressiveness, psychopathy; guilt.

Introduzione

Per definizione i soggetti con Disturbo Antisociale di Personalità presentano scarso senso di colpa e a questa carenza è abitualmente ricondotta larga parte della fenomenologia del disturbo. Da questa considerazione introduttiva conseguono almeno due domande. La scarsità di freni morali che si osserva negli antisociali dipende da una scarsa sensibilità al senso di colpa altruistico o da una scarsa sensibilità al senso di colpa deontologico? Gli antisociali sono poco attenti alla sofferenza dell'altro o sono poco attenti al rispetto dei diritti dell'altro? La seconda domanda riguarda invece la ragione della scarsa sensibilità: essa dipende da un deficit di funzioni di base, come l'empatia, o da una particolare insieme di assunzioni e scopi? Nei primi due paragrafi esa-

¹ Articolo già pubblicato su *Psichiatria e Psicoterapia* 27, 3, 163-179: concessione ottenuta dall'Editore.

mineremo la letteratura scientifica che sostiene le due tesi attualmente dominanti, deficit di empatia e deficit di *fearfulness* e le esamineremo criticamente. Nella restante parte dell'articolo proporremo una tesi diversa che fa riferimento non a deficit ma piuttosto alla mente del soggetto cioè all'insieme dei suoi scopi e delle sue rappresentazioni e che enfatizza il ruolo della scarsa importanza, o addirittura del valore negativo, attribuito al rispetto dei diritti altrui e delle regole sociali.

Il Disturbo Antisociale di Personalità

Il Disturbo Antisociale è caratterizzato da sistematica e grave violazione dei diritti altrui come anche delle fondamentali regole morali e sociali nell'atto di soddisfare i propri desideri ed aspirazioni in associazione, generalmente, a scarsa empatia e senso di colpa (rimorso) per i danni inferti alle altre persone (APA 2002).

Il DSM-IV TR (2002) definisce i seguenti criteri diagnostici per delineare le caratteristiche del disturbo:

“Un quadro pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall'età di 15 anni, come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

- A) incapacità di conformarsi alle norme sociali per ciò che concerne il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di condotte suscettibili di arresto
- B) disonestà, come indicato dal mentire, usare falsi nomi, o truffare gli altri ripetutamente, per profitto o per piacere personale
- C) impulsività o incapacità di pianificare
- D) irritabilità e aggressività, come indicato da scontri o assalti fisici ripetuti
- E) inosservanza spericolata della sicurezza propria e degli altri
- F) irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere una attività lavorativa continuativa, o di far fronte ad obblighi finanziari
- G) mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato un altro.

L'individuo ha almeno 18 anni

Presenza di un Disturbo della Condotta con esordio prima dei 15 anni di età”

I criteri diagnostici del DSM-IV TR mettono in luce 2 dimensioni del Disturbo Antisociale:

- 1) l'inosservanza delle principali regole sociali (disonestà) e la scarsa considerazione per i diritti e la sofferenza delle altre persone in associazione a scarso o assente senso di colpa;
- 2) la frequente presenza di impulsività nelle decisioni e nell'atto di soddisfare i propri impulsi e desideri.

L'inosservanza delle regole e la scarsa considerazione per i diritti e la sofferenza altrui costituiscono caratteristiche imprescindibili del disturbo ma la seconda dimensione, ossia l'impulsività, non è sempre riscontrabile. Per questo motivo, ci si interroga ancora sull'opportunità di distinguere gli antisociali in due categorie distinte piuttosto che trattare le caratteristiche suddette solo dal punto di vista dimensionale (presenza/assenza di impulsività): (1) antisociali impulsivi e caratterizzati da aggressività reattiva e (2) antisociali caratterizzati da freddezza emotiva e aggressività proattiva (per una rassegna si veda Pardini, Lochman e Frick 2003).

I primi risultano essere iper-vigilanti nei confronti di provocazioni e minacce e reagiscono a presunte o reali istigazioni esibendo aggressività disregolata. In questi soggetti, non di rado, può essere presente senso di colpa per i danni inferti alla vittima (*ibidem*).

Il secondo gruppo appare essere caratterizzato, invece, da limitata reattività alla paura e da

una spiccata propensione alla dominanza e alla ricerca di vantaggi tangibili dall'attuazione di condotte aggressive ed etero-lesive. A queste caratteristiche si accompagna uno scarso senso di colpa e una scarsa considerazione per i diritti altrui e le regole sociali (*ibidem*). Questi soggetti esitano in stili di vita devianti e approdano più facilmente a bande e sub-culture criminali (Patterson et al. 1998). Nel presente lavoro ci occuperemo soltanto di quest'ultima tipologia di antisociali e, in particolare, dell'assenza di rimorso e senso di colpa che regge e mantiene i loro comportamenti psicopatici.

Il DSM-IV sottolinea, inoltre, il fatto che il Disturbo Antisociale di Personalità costituisce la tappa ultima di un percorso evolutivo che parte, molto spesso, dal Disturbo Oppositivo Provocatorio e, necessariamente, dal Disturbo della Condotta: "*il Disturbo Oppositivo Provocatorio diviene di solito evidente prima degli 8 anni di età e generalmente non più tardi dell'adolescenza. I sintomi di opposizione spesso emergono nell'ambiente familiare ma col tempo possono comparire anche in altri contesti. [...] In una quantità significativa di casi, il Disturbo Oppositivo Provocatorio precede lo sviluppo del Disturbo della Condotta*" (DSM-IV TR 2002).

I soggetti antisociali con alle spalle una storia di Disturbo della Condotta ad Esordio nella Fanciullezza, dunque, più precoce di quanto avviene nella maggior parte dei casi, costituiscono un sottotipo più grave e con esiti spesso cronici (Moffitt e Caspi 2001). Tali individui sono generalmente più aggressivi, manifestano menomazioni più marcate nel funzionamento (es.: deficit attentivi e nel controllo degli impulsi), hanno maggiori problemi temperamentalmente, presentano familiarità per il disturbo, provengono da ambienti più deprivati, hanno problemi sociali più gravi (*ibidem*).

Al fine di comprendere gli stati mentali e lo scarso senso di colpa sperimentato degli antisociali può essere di grande ausilio, dunque, approfondire le conoscenze relative al Disturbo Oppositivo-Provocatorio e al Disturbo della Condotta e le traiettorie di sviluppo che possono condurre al Disturbo Antisociale.

Teorie dominanti sull'Antisocialità

Perché gli psicopatici non provano Senso di Colpa? In letteratura si rintracciano due tesi dominanti che tentano di rispondere a questa domanda: (a) l'ipotesi del deficit empatico (Blair 1995) e (b) quella della carente *fearfulness* (propensione alla paura) (Hare 1970; Kochanska 1997; Lykken 1995; Patrick 1994).

La prima posizione sostiene la presenza di una significativa correlazione positiva tra empatia e rimorso.

Secondo la prospettiva della scarsa *fearfulness*, invece, il senso di colpa carente degli antisociali sarebbe il prodotto di una scarsa sensibilità e considerazione nei confronti delle possibili conseguenze "punitive" (effetti avversivi, costi) dell'azione lesiva (es.: minacce, danni, dolore fisico, paura, ecc.). Nei paragrafi successivi esamineremo le teorie in oggetto mettendone in luce alcuni aspetti critici e proporremo un'ipotesi alternativa circa lo scarso rimorso presente negli antisociali.

La tesi della scarsa empatia

La prima tesi è ben rappresentata da Blair (1995) secondo il quale gli psicopatici presenterebbero un'alterazione dell'amigdala da cui deriverebbe una significativa difficoltà a riconosce-

re le espressioni facciali altrui di paura e tristezza e quelle vocali di paura. A causa di ciò gli antisociali non sperimenterebbero la risonanza empatica necessaria per provare senso di colpa e dunque non avrebbero freni nel perseguire il male degli altri.

Questa tesi, che nelle sue linee generali si ispira largamente a Hume, presuppone che il senso morale, e dunque anche il senso di colpa, abbiano il loro fondamento nell'empatia e, quindi, nella risonanza emotiva che hanno in noi le emozioni negative dell'altro. L'empatia sarebbe perciò una condizione necessaria per provare senso di colpa e pertanto la sua assenza sarebbe sufficiente per non provare rimorso.

Va riconosciuto, che l'empatia è un modulatore del senso di colpa tant'è che la rappresentazione immediata e vivida della sofferenza di una vittima tende ad incrementare il rimorso e ad orientare le scelte. Ad esempio si sono riscontrati molti meno sensi di colpa nei piloti dei bombardieri che nei soldati di fanteria. Uccidere a distanza, a parità di altre condizioni, suscita molti meno rimorsi di quelli che si potrebbero provare infliggendo un colpo mortale a distanza ravvicinata e assistendo alle sofferenze della vittima (Cushman et al. 2006)

Ma gli antisociali hanno un deficit di empatia o fanno un uso diverso di questa rispetto ai non psicopatici?

La tesi dominante, come già esaminato, vuole che si tratti di un deficit conseguente ad un'anomalia della amigdala che renderebbe difficile il riconoscimento delle espressioni facciali di paura e tristezza. A sostegno di tale ipotesi sono presenti in letteratura alcune osservazioni sperimentali, ad ogni modo dai risultati controversi. Due studi dimostrano che gli adulti antisociali avrebbero difficoltà a riconoscere espressioni facciali spaventate o tristi (Blair et al. 2001; 2004). Blair et al. hanno evidenziato che ragazzi (12-15 anni) con tendenze psicopatiche manifestavano una difficoltà selettiva nel riconoscimento delle espressioni facciali ed anche vocali di paura.

Tuttavia altre due ricerche non hanno trovato differenze tra psicopatici e non psicopatici nel riconoscimento di espressioni facciali di paura e tristezza (Kosson et al. 2002; Glass e Newman 2006)

La contraddizione può essere risolta se si considera che il riconoscimento o meno delle emozioni altrui è pesantemente influenzato dal *focus* dell'attenzione. La capacità degli antisociali di riconoscere le espressioni dei volti, infatti, diventa normale se le espressioni corrispondono al *set* attentivo dei soggetti sperimentali (Newman e Lorenz 2003; Glass e Newman 2006). Tale fenomeno è stato riscontrato anche in bambini e adolescenti con tendenze psicopatiche (Dadds et al. 2006): in particolare la capacità di riconoscimento si normalizza se i soggetti sono invitati a guardare gli occhi delle persone coinvolte nello studio come stimolo sperimentale.

Sostegno a quest'ultima ipotesi proviene anche da un'altra ricerca di Richell et al (2003) in base alla quale risulta che la capacità di attribuire stati mentali nel test della lettura degli occhi non appare alterata negli antisociali. Quando si rintraccia una difficoltà nel riconoscimento questa sembrerebbe dipendere proprio dal *focus* dell'attenzione e dunque, plausibilmente, sarebbe funzione dello stato mentale attivo nella mente del soggetto psicopatico. Le difficoltà nel riconoscimento delle espressioni di paura che risultano da alcune ricerche su soggetti antisociali, potrebbero essere la conseguenza di una distrazione attiva dallo sguardo della vittima ed essere, dunque, parte di una strategia tesa a inibire l'attivazione di sentimenti prosociali e a mantenere un atteggiamento freddo, distaccato o aggressivo nei confronti dell'altro senza essere disturbati da emozioni che potrebbero essere suscitate se l'attenzione dovesse soffermarsi sullo sguardo della vittima. Del resto chi deve addestrare personale militare, cioè persone che possono essere chiamate ad uccidere altri esseri umani a distanza ravvicinata, istruisce a non guardare negli occhi la vittima mentre si usa un'arma contro di lei, altrimenti si potrebbero attivare sentimenti prosociali capaci di inibire la determinazione a colpire.

L'autismo può essere considerato un interessante banco di prova per gli autori che, come Blair, assumono una stretta relazione tra empatia e la capacità di provare senso di colpa. I pazienti autistici hanno infatti gravi deficit nella capacità di attribuire agli altri stati mentali (ToM), e, di conseguenza le loro interazioni con gli altri risultano il più delle volte poco empatiche e inappropriate.

A tale proposito però Kennett (2002) osserva: *“Cosa sottende l'amoralità dello psicopatico? Una risposta comune e plausibile a tale questione afferma che lo psicopatico manchi di empatia. La scarsa empatia è riconosciuta anche come una disfunzione cruciale nell'autismo, eppure non è affatto evidente che gli individui autistici evidenzino l'amoralità dello psicopatico”* e conclude dicendo: *“Un esame del pensiero morale negli autistici ad alto funzionamento consente di ridimensionare grandemente l'idea che l'empatia sia una condizione necessaria per la moralità e, dunque, per provare senso di colpa”*.

In aggiunta, lo stesso Blair (1997) dimostra che i bambini autistici che non superano il test della falsa credenza (indicatore della capacità di ToM) sono in grado di discriminare norme morali da norme convenzionali e dunque di esprimere giudizi morali appropriati. Leslie et al. (2006), danno prova del fatto che i bambini autistici che non superano il test della falsa credenza non sono diversi dai normali nel giudicare non moralmente condannabile un atto che causa in un coetaneo un pianto irragionevole ed ingiustificato (i cosiddetti capricci). Queste osservazioni permettono di rilevare che, anche in assenza di capacità empatiche, si può essere in grado di riconoscere il valore sociale ed etico di una regola e, quindi, si può essere motivati a rispettarla. L'empatia e la capacità di riconoscere ciò che è giusto ed opportuno (valori etici) possono, in certi casi, essere disgiunti.

Si potrebbe tuttavia contestare la posizione di Kennett (id.) sostenendo che i soggetti autistici riescono a formulare giudizi morali pertinenti e ad esibire una sensibilità morale sostanzialmente normale perché pur avendo una carente ToM non difettano di capacità empatiche. Questa argomentazione appare sostenibile sulla base di semplici osservazioni quotidiane e sulla base dei risultati di una *review* di Singer (2006). È del tutto possibile provare senso di colpa anche se la sofferenza della vittima non risuona dentro di noi, è sufficiente infatti sapere, nel senso di avere la nozione, che l'altro soffre. È sufficiente, infatti, che, grazie alla teoria della mente (ToM) (Premack, Woodruff 1978), attribuiamo alla vittima la percezione di aver subito un danno. Sappiamo, dunque, che egli soffre anche se non sentiamo risuonare dentro di noi, empaticamente, la sua sofferenza. Singer (2006) in una recente *review* illustra come la ToM e l'empatia siano due capacità completamente distinte a livello neurale, infatti, la ToM coinvolge il lobo temporale e la corteccia prefrontale mentre l'empatia ha il suo substrato neurale nella corteccia sensomotiva e nelle strutture limbiche e paralimbiche. Per cui la ToM e l'empatia sono capacità che presentano anche tempi di maturazione e di sviluppo differenti. È interessante notare, inoltre, che l'empatia non sembra coinvolgere l'amigdala.

Si potrebbe dunque sostenere che gli psicopatici oltre ad essere scarsamente empatici hanno un difetto di ToM? Ma una ricerca di Richell et al. (2003) ha dimostrato, al contrario, che i soggetti psicopatici non mostrano alcun danno generalizzato nella ToM. Del resto è ovvio che una persona abile nel truffare gli altri, nel profittarne e nel manipolarli a proprio vantaggio, necessariamente deve avere una discreta capacità di ToM.

D'altro canto il senso di colpa non è, per sua natura, necessariamente associato al dolore inferto ad un'altra persona. Possiamo normalmente sentirci in colpa anche se non facciamo del male a nessuno: è il caso delle colpe strettamente deontologiche come accade, ad esempio, ad un credente se trasgredisce precetti religiosi o come si verifica pressoché a chiunque nel caso di alcune condotte sessuali. Ad esempio i rapporti sessuali fra fratelli sono considerati peccamino-

si, almeno intuitivamente, in tutte le culture anche quando vi è certezza che non sussiste alcun rischio di procreazione e altresì se i due sono entrambi adulti e consenzienti (Haidt, Bjorklund e Murphy 2000).

Per provare colpa deontologica non è necessaria alcuna capacità empatica o ToM visto che non vi è alcuna vittima che soffre. La scarsa empatia mostrata dagli psicopatici, dunque, non può spiegare l'assenza di senso di colpa quando trasgrediscono norme deontologiche che non implicano danni o sofferenze dirette per qualcuno in particolare, come ad esempio nel caso di furti o truffe commessi ai danni dello Stato.

Ne consegue che l'empatia non è una condizione necessaria per provare senso di colpa e la sua assenza, quindi, non è sufficiente per annullare il rimorso.

Pergiunta Lovett e Sheffield (2007), da una rassegna di 17 ricerche, concludono che non si rileva alcuna relazione significativa tra empatia e aggressività nei bambini ma è stata invece evidenziata una correlazione negativa in adolescenza. Per questa ragione è possibile, soprattutto nell'infanzia, che l'aggressività sia disgiunta dall'empatia.

È opportuno aggiungere altre considerazioni a riguardo delle diverse valenze che normalmente, in tutti gli esseri umani, può assumere l'empatia. In tutti gli esseri umani la risonanza empatica della sofferenza di un'altra persona può avere diverse implicazioni, non soltanto implicazioni compassionevoli, benevole e altruistiche. La capacità di cogliere la paura o la tristezza di un altro non si accompagna necessariamente ad un atteggiamento positivo verso colui che soffre. Che ciò accada o meno dipende dalla rappresentazione che si ha dell'altro. Da una ricerca di Singer et al. (2006) risulta, infatti, che le risposte neurali alla sofferenza di un altro individuo sono diverse a seconda se colui che soffre è stato giudicato sleale o meno. Nel primo caso assistere alla sofferenza dell'altro implica l'attivazione delle aree cerebrali che plausibilmente sottendono la soddisfazione del desiderio di vendetta.

La risonanza empatica della sofferenza altrui, inoltre, può essere addirittura al servizio di desideri sadici e francamente immorali. Un episodio di cronaca di diversi anni fa può chiarire la questione (cit. in Hauser 2006): John Gacy appariva come un solido cittadino con una personalità affascinante. Ad esempio, era un venditore e venne nominato "Uomo dell'anno" dalla Camera di Commercio, per giunta spesso partecipava come clown alle feste dei bambini. Uccise 32 uomini e li sotterrò sotto casa sua. Si può credere che Gacy fosse privo di empatia o piuttosto si deve ritenere che usava la sua empatia per fini moralmente positivi, ad esempio svolgere bene il proprio lavoro di venditore, costruire buone relazioni con i colleghi e far divertire i bambini ma anche per fini sadici e perversi, far soffrire e uccidere delle persone? Il problema era un deficit di empatia o un uso della empatia per fini immorali?

In estrema sintesi, quindi, quanto esaminato fino ad ora rende legittimo ipotizzare che piuttosto che avere un deficit di empatia gli psicopatici potrebbero avere scopi antisociali, come può accadere in modo eclatante negli psicopatici sadici e nei truffatori, e non avere quelle motivazioni che danno peso morale alla rappresentazione della sofferenza dell'altro, empatica o intellettuale che sia.

La tesi della scarsa fearfulness

La seconda tesi, ben rappresentata da Kochanska (1997), e precedentemente da Hare (1970), Lykken (1995) e Patrick (1994), sostiene che alla base della psicopatia vi sia comunque un'alterazione dell'amigdala ma che ciò si estrinsecerebbe nella scarsa *fearfulness*, cioè nella bassa reattività agli stimoli nocivi o minacciosi. La bassa reattività alla paura implicherebbe, come

conseguenza, insufficiente sensibilità alle punizioni e, di conseguenza, una limitata rilevanza attribuita al rispetto delle norme morali.

Questa tesi si presta ad alcune critiche. In primo luogo non è del tutto convincente ritenere che la scarsa reattività alla paura e alle conseguenze dolorose delle proprie azioni sia una condizione sufficiente per avere scarsa sensibilità alle punizioni. La punizione non è, infatti, sovrapponibile alla somministrazione di stimoli dolorosi come ad esempio uno *shock* elettrico o alla sottrazione di risorse e benefici concreti. La punizione include, al contrario, diverse possibilità tra cui l'induzione di umiliazione, di vergogna, di disgusto, di colpa tramite le colpevolizzazioni, oltre all'infliggere un danno. Pertanto si può essere scarsamente sensibili a danni e minacce ma senza essere al contempo meno sensibili ad altri aspetti che caratterizzano le punizioni, ad esempio l'umiliazione. Di conseguenza avere scarsa *fearfulness* non sembra essere una condizione sufficiente per non apprendere il rispetto delle norme.

Inoltre è da notare che l'esperienza di subire punizioni esclusivamente fisiche, ad esempio percosse, è diversa dall'esperienza di essere vittima di un'aggressione in cui si subiscono gli stessi maltrattamenti fisici. Subire una punizione è esperienza diversa da subire una aggressione anche a parità di sofferenza fisica patita. Nella prima vi è l'umiliazione del punito e il ritiro del sostegno da parte del gruppo (vedi anche nei primati De Waals 1995) mentre nella seconda generalmente questo non avviene. Tra le scimmie bonobo, ad esempio, se un conspecifico viene aggredito da un predatore il branco si stringe a protezione dell'individuo attaccato. Quando, invece, è il capo branco ad attuare un comportamento aggressivo verso un sottoposto, a titolo di punizione (ristabilire il rango), i conspecifici si fanno da parte lasciando il malcapitato esposto all'assalto del leader.

Di fronte alla minaccia dello stesso danno da parte di un aggressore si ha più paura se l'aggressore è un'autorità autorevole piuttosto che una persona neutra o un'autorità ingiusta.

Tutto ciò suggerisce che nella punizione intervenga un elemento non riducibile al semplice danno e che riguarda la rappresentazione dell'autorità come autorevole.

Oltretutto la base neurologica della reazione alle punizioni è l'insula (Seymour et al. 2007) e non l'amigdala, che media le reazioni di paura, e l'insula media anche la reazione al disgusto, emozione che ha importanti relazioni con la salvaguardia della dignità personale e, quindi, con l'etica: chi si lascia andare alla "sozzura" (anche morale), infatti, si espone facilmente all'ostracismo da parte dei pari come conseguenza della perdita di dignità sociale (Des Pres 1976).

La sottovalutazione della probabilità e della gravità delle minacce, per giunta, può essere una conseguenza dello scarso senso morale. La probabilità e la gravità attribuite ad un evento negativo o alla conseguenza negativa di un proprio atto dipendono, inoltre, da quanto ci si sente dalla parte della ragione o del torto e, quindi, risente della sensibilità individuale nei confronti di scopi e principi etici (Mancini e Gangemi 2002; 2003; 2006; Gangemi, Mancini e van den Hout 2007). I pazienti ossessivi, ad esempio, particolarmente spaventati dalla possibilità di avere una colpa, per cui temono spesso di essere dalla parte del torto, percepiscono in maniera sistematicamente accentuata, rispetto alla popolazione generale, la probabilità e la gravità di conseguenze negative possibilmente innescate da una loro azione od omissione (*ibidem*). E a sostegno dell'idea che negli antisociali la scarsa sensibilità alle conseguenze negative dei propri atti possa essere una conseguenza più che una causa vi sono i risultati di Dadds e Salmon (2003), i quali dimostrano la possibilità che lo psicopatico sia generalmente iper-concentrato sulla meta (i propri desideri; l'agonismo con gli altri individui) e, di conseguenza, non riesca a tener in debito conto i costi della condotta e, perciò, delle punizioni. Se, al contrario, la prevenzione di conseguenze negative rientra tra i suoi scopi attivi allora riesce benissimo a tenerne conto.

Se la scarsa *fearfulness* non giustifica la bassa sensibilità alle punizioni e più in generale lo

scarso valore degli scopi morali, che cosa allora entra in gioco?

Gli studi sui bambini e gli adolescenti con il Disturbo Oppositivo-Provocatorio e con il Disturbo della Condotta suggeriscono di guardare alla rappresentazione della autorità.

Scopi morali e senso di colpa

Il problema che si pone, dunque, è duplice: ci sono scopi sociali che gli psicopatici perseguono in modo caratteristico e quali sono? Perché non hanno tra i loro scopi sociali intenzioni morali?

Che non abbiano scopi morali in senso stretto lo si comprende da alcuni risultati sperimentali. Gli antisociali, infatti, hanno una conoscenza adeguata delle regole morali ma le considerano sullo stesso piano delle norme convenzionali (Hauser 2006) per quanto riguarda la permissibilità, la gravità e la contingenza della loro trasgressione. Da notare che la distinzione tra norme morali e norme convenzionali è familiare a bambini già molto piccoli e, come già detto, anche ai bambini autistici che non superano il test della falsa credenza. Questa capacità non dipende, dunque, da eventuali deficit cognitivi o metacognitivi.

Di solito anche i bambini intuiscono una differenza tra la norma “*non si tirano i capelli dei compagni*” e la regola “*non si mastica la gomma americana in classe*”. Il rispetto delle norme morali è invece per gli antisociali uno scopo equivalente all’intenzione di rispettare la buona educazione e le convenzioni sociali (Blair 1995). La norma morale, dunque, non ha per gli psicopatici un peso particolare.

Lo scarso peso attribuito alla sofferenza degli altri, al pari dello scarso senso morale, sembra nascere pertanto dalla limitata importanza attribuita al rispetto degli scopi morali e al peso rilevante attribuito a scopi esplicitamente antisociali (dominanza, vendetta, ecc.) (Lochman et al. 1993).

La mente dell’antisociale

Quali scopi e quali credenze, quindi, sottendono lo scarso senso morale e, quindi, la bassa propensione alla colpa evidente negli antisociali? Per rispondere a questa domanda è utile un’analisi degli scopi e delle credenze di bambini e adolescenti con il Disturbo Oppositivo-Provocatorio e con il Disturbo della Condotta che, come noto, in molti casi diventano adulti con disturbo antisociale. In questi ragazzi si evidenziano particolari set cognitivi. In particolare, i bambini aggressivi inferiscono molto più spesso degli altri soggetti (con uno scarto del 50%) che l’autore di un ipotetico danno nei loro confronti sia mosso da un’intenzione deliberatamente ostile, piuttosto che neutrale o benigna (Dodge 1993). Questo *bias* attributivo circa le intenzioni altrui è stato rilevato in numerosi studi, sia con ragazzi che con ragazze antisociali, utilizzando stimoli sperimentali che consistevano in scene di interazione sociale disegnate o videoregistrate. Inoltre, il “*bias* attributivo ostile” (Lochman e Dodge 1994) sembra essere equamente presente sia nei bambini che nei preadolescenti. Tale osservazione suggerisce che questo tunnel mentale tende a stabilizzarsi durante le prime esperienze di socializzazione in ambito familiare e con il gruppo dei pari e a rimanere stabile nel tempo.

È stato anche notato che gli adolescenti antisociali sono meno propensi a mettere in atto comportamenti prosociali, dal momento che tali soggetti ritengono che avranno meno successo attuando comportamenti solidali e collaborativi, piuttosto che i consueti comportamenti aggressivi.

sivi (Dodge et al. 1986): ritengono, quindi, che l'essere collaborativi sia infruttuoso e/o dannoso e che l'aggressività paghi. In uno studio sull'effetto diretto degli scopi sociali degli adolescenti sulle soluzioni da loro generate per fronteggiare problemi sociali, Lochman et al. (1993) hanno constatato che i ragazzi psicopatici attribuivano un valore significativamente più elevato alla dominanza e alla vendetta e livelli più bassi, in termini di importanza, allo scopo dell'affiliazione, rispetto ai ragazzi non aggressivi.

I bambini con Disturbo Oppositivo-Provocatorio, precursore del disturbo antisociale in almeno 1/3 dei casi, e con Disturbo della Condotta, non riconoscono l'autorità come legittima e giusta (Lochman et al. 1993; Patterson et al. 1998; Crittenden 1994) in quanto percepita, a seconda dei casi: (1) arbitraria e non prevedibile; (2) non disinteressata e non imparziale; (3) trascurante e/o assente; (4) debole/inadeguata; (5) lesiva e/o abusante; (6) eccessivamente autoritaria/controlante e, quindi, poco sensibile verso le loro preferenze ed avversioni.

In estrema sintesi, quindi, lo stato mentale che caratterizza i soggetti antisociali implica:

- 1) rappresentazione dell'Autorità come inadeguata, non protettiva e/o ingiusta,
- 2) visione degli altri come ostili (non collaborativi e/o iniqui),
- 3) percezione delle norme come arbitrarie e/o il rispettarle come infruttuoso o dannoso.

Da ciò consegue una spiccata avversione per il controllo da parte dell'Autorità e per l'omologazione a regole eteronome, un iper-investimento nello scopo della dominanza (al fine di ottenere autonomia ed esercitare controllo in virtù del proprio rango) ed il contemporaneo disinvestimento rispetto allo scopo dell'affiliazione (cooperazione e pariteticità). In ultimo, la percezione degli altri come ostili e l'attribuzione di scarsa equità ed autorevolezza all'autorità costituiscono la base per legittimare la propria attitudine ad ottenere vantaggi anche a discapito degli altri.

Esperienze di apprendimento e antisocialità

All'interno della letteratura orientata ad individuare possibili meccanismi e processi di sviluppo e stabilizzazione di attitudini antisociali è largamente rappresentata una linea di studi focalizzati sulle caratteristiche della relazione di attaccamento genitore-bambino. Greenberg et al. (1993), ad esempio, rilevano che attaccamenti insicuri in età pre-scolare e scolare predicono relazioni difficili con il gruppo dei pari e problemi di irritabilità, rabbia ed oppositività. In particolare, è stata più volte osservata una correlazione tra i sottotipi di attaccamento insicuro ambivalente-resistente e disorientato-disorganizzato con problemi di aggressività e condotta nei bambini (Fagot e Pears 1996).

In accordo con la teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969), la responsività genitoriale costituirebbe un elemento critico per lo sviluppo di abilità di auto-regolazione e di interazione sociale. Si ritiene, infatti, che le differenze nella sensibilità del *caregiver* e i risultanti *pattern* relazionali siano importanti fattori nello sviluppo di successivi atteggiamenti interpersonali (Lyons-Ruth 1996). Greenberg et al. (1993), ad esempio, rilevano che i bambini sottoposti a cure ed attenzioni carenti tenderebbero ad agire modalità più aggressive al fine di ottenere la vicinanza e la considerazione da parte dei propri genitori.

Inoltre, Shaw e Winslow (1997) osservano che la relazione genitore-bambino, caratterizzata da scarsa attenzione ai segnali emotivi del piccolo, correla con problemi esternalizzanti in età scolare.

Insufficienti interazioni tra la madre e il piccolo, inoltre, influenzerebbero lo sviluppo del

bambino in vario modo (Marshall e Watt 1999): *modelling* inappropriato da parte della madre rispetto ai comportamenti interpersonali; sviluppo da parte del bambino di obiettivi e standard irrealistici; scarsa conoscenza delle regole sociali necessarie per la partecipazione e l'appartenenza a gruppi sociali; concetto di sé negativo in virtù dello scarso calore affettivo ricevuto (Patterson et al. 1998).

Tali osservazioni, per quanto interessanti, sono pressoché sovrapponibili alle correlazioni rintracciabili in letteratura tra l'attaccamento e la maggior parte delle altre forme di disagio psicologico in età evolutiva (Greenberg et al. 1993; Lyons-Ruth and Jacobvitz 1999; Green and Goldwyn 2002).

Il ricorso a variabili troppo macroscopiche, infatti, quali ad esempio l'attaccamento disorganizzato, delle quali si indica la covarianza con i problemi di aggressività (come anche con la maggior parte dei disturbi gravi in età evolutiva) ma non i meccaniche fini di interazione tra aspetti specifici della relazione genitore-bambino e le attitudini antisociali nel piccolo, non permette, a nostro avviso, di comprendere *in che modo* (attraverso l'alterazione di quali variabili psicologiche) l'interazione *caregiver*-bambino sarebbe in grado di influenzare e stabilizzare le attitudini antisociali e, in particolare, lo scarso senso di colpa.

Alcuni tentativi più specifici sono stati attuati associando allo sviluppo di attitudini antisociali il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento (*Reactive Attachment Disorder* – RAD) (APA 2002). Il RAD è definito da distinti *pattern* di comportamenti “anomali” (rispetto alle tipiche regolarità osservate dagli studiosi dell'attaccamento) nei bambini sottoposti a maltrattamento o cresciuti in ambienti che limitano in maniera significative le opportunità di costruire un attaccamento selettivo e stabile.

Nonostante ci siano ancora pochi studi in letteratura che coinvolgano bambini con diagnosi di RAD, utilizzando i criteri del DSM-IV-TR (APA 2002), esiste un consenso crescente relativamente ai principi per l'*assessment* e il trattamento del RAD. Intanto va detto che il RAD non costituisce semplicemente un pattern di attaccamento insicuro ma una condizione clinica diagnosticabile che possiede caratteristiche definite e discriminanti (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002; 2003). Infatti, seppure il RAD può somigliare al Disturbo Oppositivo-Provocatorio o al Disturbo della Condotta, dal momento che è costituito da numerosi comportamenti sovrapponibili, la caratteristica distintiva è fondata sul fatto che il RAD si riferisce ad alterazioni precoci dell'attaccamento (*ibidem*).

In accordo con il DSM-IV-TR, la caratteristica essenziale del RAD sarebbe costituita dal precoce sviluppo di attitudini sociali anomale, rispetto a quelle previste dagli studi sull'attaccamento, effetto di “cure patogene” (APA 2002) e presenti in forma stabile e, dunque, indipendentemente dai contesti, oltre che distinguibili dai disturbi pervasivi dello sviluppo.

Essenzialmente i bambini con il RAD presentano spesso una storia di sviluppo all'interno di ambienti caratterizzati da estrema trascuratezza e manifestano comportamenti interpersonali anomali quali scarsa responsività, eccessiva inibizione, iper-vigilanza, socialità indiscriminata o anche comportamenti di attaccamento pervasivamente disorganizzati. Tra i criteri è implicita, seppur non indicata direttamente, l'assenza di una figura di attaccamento chiaramente preferita (Zeanah 1996; Zeanah e Emde 1994).

È generalmente accettato il fatto che le caratteristiche centrali del RAD non vengano assorbite da altre categorie diagnostiche (O'Connor 2002). Eppure, l'evoluzione del RAD non è ben studiata. Appare evidente che una parte dei bambini con una storia di incuria o istituzionalizzazione manifestino segni di RAD ma si rintracciano scarsi tentativi di esaminare i possibili sviluppi sintomatici nel corso del tempo (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002; 2003). Nonostante ciò, esistono in letteratura alcuni *report* che evidenziano la possibile diagnosi

di RAD per molti bambini in età scolare con disturbo oppositivo-provocatorio o della condotta, specialmente in quelli gravemente maltrattati o cresciuti in istituto (Levy e Orlans 2000). Va detto però che queste osservazioni sono basate su un insieme dilatato di criteri diagnostici per il RAD, diversi da quelli indicati dal DSM-IV-TR (APA 2002). Tali criteri addizionali si sovrappongono con quelli indicanti il disturbo oppositivo-provocatorio, il disturbo da deficit dell'attenzione e quello della condotta: tali correlazioni, dunque, potrebbero indicare l'utilizzo di indicatori scarsamente discriminanti e specifici (Levy e Orlans 2000). In effetti, i criteri del DSM-IV-TR sono stati ampiamente trasformati dai gruppi di clinici implicati nei suddetti studi correlazionali, includendo caratteristiche psicopatiche quali: relazione superficiale con gli altri, scarsa considerazione per le emozioni altrui, assenza di rimorso e scarsa o assente empatia (Levy e Orlans 1999; 2000). Ci sono sicuramente alcune evidenze circa il fatto che alcuni bambini maltrattati presentino contemporaneamente sia gravi problemi nell'attaccamento (RAD) che condotte interpersonali antisociali. Eppure, l'ipotesi che i bambini affettivamente deprivati a causa dell'istituzionalizzazione esibiscano facilmente caratteristiche dei così detti "psicopatici anaffettivi" (Wolkind 1974), non è mai stata validata (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2002; 2003).

Inoltre, esistono due fondamentali problemi in relazione alla tendenza ad estendere i criteri per il RAD per descrivere e comprendere il comportamento dei bambini più grandi (età scolare). In primo luogo, viene pesantemente compromessa la precisione diagnostica quando si considerano i segni e i sintomi di oppositività e aggressività, in bambini in età scolare, come espressione di comportamenti anomali di attaccamento (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002; 2003). Affermare che il bambino non ha un Disturbo della Condotta o un Disturbo Oppositivo-Provocatorio in quanto i suoi comportamenti sono più chiaramente comprensibili se considerati come espressione di negative esperienze di attaccamento, inoltre, corrisponde all'ipotizzare un meccanismo etiologico che potrebbe non essere mai dimostrato o disconfermato (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002; 2003). In seconda istanza, sono state in passato sviluppate ed implementate, in alcuni casi con tragiche conseguenze, terapie alternative mai testate e, soprattutto, basate esclusivamente sul modello etiologico suddetto (*ibidem*). Un esempio eclatante e drammatico è quello relativo al trattamento dei bambini autistici intorno agli anni '50: i genitori venivano spesso allontanati dai loro figli in quanto si ipotizzava che la scarsa sensibilità genitoriale fosse responsabile del disturbo. Inoltre, i genitori di bambini aggressivi di età scolare, nei casi in cui si ipotizzava una "possibile" relazione tra il disturbo e le esperienze di attaccamento, venivano indotti a "contenere fisicamente" il bambino al fine di favorirne un ri-attaccamento.

In conclusione, dunque, per quanto gli studi sull'attaccamento sono in grado di indicare, in modo generico, la presenza di un problema nel rapporto di accudimento-attaccamento in relazione allo sviluppo di attitudini antisociali, non sembrano attualmente capaci di fornire spiegazioni sufficientemente puntuali dei meccanismi e delle variabili specifiche responsabili della genesi e della stabilizzazione di comportamenti oppositivi ed aggressivi, come anche lo scarso senso di colpa osservabile nei soggetti antisociali

A tal proposito va sottolineato, inoltre, che nelle tesi dominanti sull'antisocialità viene spesso ignorata una larga parte della letteratura che descrive i contesti di apprendimento di attitudini etiche più o meno adeguate, all'interno dei quali è anche possibile sviluppare un'apparente insensibilità alle punizioni e alla colpa. Queste descrizioni sono sovrapponibili ai dati empirici sulle famiglie dei bambini che esibiscono gravi problemi di condotta ed aggressività (Dadds e Salmon 2003). Quello che si ritrova generalmente nella storia evolutiva dei soggetti

antisociali, infatti, sono esperienze di *parenting* disfunzionali, ben descritto da Patterson e collaboratori (1991; 1998).

Attraverso numerosi studi empirici basati su osservazioni naturalistiche Patterson ha formulato la “teoria della coercizione” secondo la quale il comportamento antisociale (compreso quello oppositivo e provocatorio) verrebbe appreso all’interno della famiglia e poi generalizzato anche ad altri contesti e situazioni, compresi i coetanei e gli insegnanti (Patterson et al. 1991; Dadds e Salmon 2003). I comportamenti scarsamente collaborativi dei bambini sarebbero, secondo le osservazioni di Patterson, frequentemente conseguenza delle interazioni coercitive tra genitori e figli, in cui l’aspetto centrale è dato dal “rinforzo negativo” (Kilgore, Snyder e Lentz 2000). Questo fenomeno si verifica quando genitore o bambino, mediante rifiuti ed opposizione, causano nell’altro ritiro o accettazione passiva e rassegnata del proprio volere (tentativi reciproci di controllare l’altro e di sottrarsi al controllo eteronomo). Un esempio tipico è quello di un genitore che fa una richiesta al bambino o gli pone un vincolo ma questi oppone resistenza con accessi d’ira, fino a quando il primo non recede dalle sue precedenti intenzioni. Il comportamento dei genitori caratterizzante tali esperienze coercitive è anche caratterizzato da: disciplina inconsistente o, al contrario, eccessivamente severa; bassa supervisione e monitoraggio; insufficiente espressione dell’affetto; alto numero di verbalizzazioni negative ed elevata emotività espressa (Cornah et al. 2003; Portier e Day 2007).

Dalle ricerche di Patterson e colleghi (1991; 1998) si evince anche che i genitori dei soggetti antisociali raramente esercitano una punizione significativa e contingente al comportamento aggressivo e non collaborativo che intendono ridurre, inoltre, non forniscono istruzioni al figlio attraverso stimoli avversivi efficaci ma non violenti quali, ad esempio, la sottrazione di privilegi e, se lo fanno, questo viene attuato sull’onda emotiva del momento (atteggiamento rabbioso, esagerazione della punizione poi ritrattata, incoerenza nel gestire le contingenze, ecc.). Le punizioni, nei rari casi in cui seguono in modo puntuale il comportamento disfunzionale del figlio, sono di solito dispensate nei termini di conseguenze sgradevoli leggere e nel breve periodo senza effetti seri per il bambino (es. perdita di vantaggi significativi per tempi prolungati): assomigliano cioè a degli “sfoghi” estemporanei, incoerenti e con scarse conseguenze.

Queste osservazioni sono coerenti con la tesi secondo la quale i soggetti antisociali (scarso senso di colpa) sarebbero propensi a percepire l’autorità come iniqua, inconsistente e/o inadeguata in virtù delle proprie esperienze di apprendimento.

Dagli studi longitudinali effettuati da Patterson e collaboratori (1991; 1998) è stato evidenziato, inoltre, che le interazioni coercitive appena descritte tra genitori e bambino predicono relazioni aggressive con i coetanei e l’affiliazione a gruppi devianti in età adolescenziale.

Nella letteratura sui soggetti antisociali in età evolutiva si riscontrano ulteriori dati a sostegno della correlazione tra comportamenti oppositivi (non collaborativi) ed eterolesivi ed esperienza dell’autorità come inaffidabile.

Frequentemente, infatti, si rintracciano alti livelli di depressione nelle madri di pazienti antisociali (Nigg e Hinshaw 1998). Questa osservazione è particolarmente rilevante, perché le madri depresse hanno evidenti problemi nell’accudimento dei bambini e, involontariamente, producono interazioni problematiche con i loro figli (Harnish, Dodge e Valente 1995). Lovejoy et al. (2000) hanno condotto una meta-analisi su 46 studi osservativi riscontrando che la depressione nelle madri è associata con comportamenti negativi/coercitivi, attitudini di rinuncia al controllo e, in numerosi casi, con basse interazioni positive (attenzione, calore ed affetto) nei confronti dei loro figli.

Inoltre i figli di uomini che abusano di sostanze manifestano alti livelli di aggressività molto più spesso rispetto ai figli di padri che non fanno uso di droghe e alcol (Malo e Tremblay

1997). Tale correlazione sembra avere a che fare con l'imprevedibilità delle reazioni emotive e comportamentali e con l'aggressività espresse dai genitori che abusano di sostanze.

Scott (1998), inoltre, evidenzia cinque caratteristiche distintive dei genitori di bambini e adolescenti aggressivi, ripetutamente individuate in relazione con lo sviluppo di disturbi della condotta: (a) scarsa supervisione; (b) disciplina episodicamente dura e punitiva; (c) discordie tra genitori; (d) rifiuto del bambino; (e) scarso coinvolgimento dei genitori nelle attività del piccolo.

Webster-Stratton e Hammond (1999) hanno rilevato, inoltre, che i genitori dei bambini con disturbi della condotta mancano delle fondamentali abilità educative e mostrano scarsi atteggiamenti suppositivi ed affettivi. In più, per la gestione della disciplina ricorrono non di rado alla violenza e al criticismo, sono nel contempo più permissivi di altri genitori, risultano generalmente incoerenti ed attuano punizioni con modalità casuali ed episodiche, falliscono, inoltre, nel monitorare il comportamento dei figli così da rischiare spesso di rinforzare comportamenti inappropriati e ignorare o disincentivare atteggiamenti pro-sociali.

A partire dalle prime esperienze familiari si verificano sovente ulteriori condizioni precipitanti. I bambini che a scuola esibiscono comportamenti distruttivi e disattenzione, infatti, tendono a sviluppare consistenti difficoltà di apprendimento (Moffitt 1993), che si aggiungono alle loro già gravi frustrazioni interpersonali. Le difficoltà di apprendimento, sommate alle risposte avverse degli insegnanti producono un'esperienza scolastica molto negativa, che accelera i problemi nella condotta in quanto favoriscono un precoce disinvestimento nei confronti dello scopo dell'affiliazione al gruppo e rispetto alle attività comuni (Campbell 1991).

Le difficoltà di studio alle scuole elementari ed il fallimento scolastico si associano al marciare la scuola e al drop-out in età adolescenziale e tali eventualità costituiscono, inoltre, ulteriori fattori precipitanti nello sviluppo di seri comportamenti antisociali (Loeber 1990).

In ultimo, l'insorgere di relazioni conflittuali con il gruppo dei pari costituisce un successivo segnale di aumentato rischio di cronicizzazione delle condotte aggressive e antisociali in quanto, molto facilmente, i soggetti con aggressività e condotta vengono rifiutati dal gruppo più ampio di coetanei e, di conseguenza, vengono attratti da gruppi e sub-culture devianti (Dishion et al. 1991).

Considerazioni conclusive

Nella prima parte di questo articolo abbiamo esaminato due tesi dominanti che intendono spiegare lo scarso senso di colpa nei soggetti antisociali: l'ipotesi del deficit di empatia e la tesi della bassa *fearfulness*. L'esame critico di questa letteratura ci ha permesso di evidenziare alcune questioni dubbiose delle suddette tesi: l'empatia e la paura della punizione non costituiscono infatti condizioni necessarie per provare senso di colpa e per sentirsi vincolati da norme etiche.

Lo scarso senso di colpa dei soggetti antisociali e la bassa propensione a rispettare norme sociali ed etiche possono essere spiegati, quindi, piuttosto che come l'effetto di deficit di empatia o come conseguenza di scarsa *fearfulness*, come il frutto di particolari esperienze evolutive in grado di predisporre il soggetto a specifici investimenti (scopi) e credenze: (a) propensione a percepire gli altri ostili, iniqui e rifiutanti; (b) esperienza dell'autorità come ingiusta ed inadeguata al suo ruolo (eccessivamente controllante o lassista e disinteressata); (c) investimento sulla dominanza e avversione per l'eteronomia; (d) esperienze di non appartenenza e diversità

rispetto al gruppo generale dei coetanei.

Evidentemente, sposare la tesi del deficit o quella fondata su scopi e credenze implica numerose differenze sul piano clinico. Ritenendo lo scarso senso di colpa come l'effetto di specifiche esperienze con l'autorità e con i pari, piuttosto che come l'espressione di un deficit cognitivo, implica, infatti, il preferire ad interventi riabilitativi atti a recuperare funzioni mentali carenti (training incentrati sulla ToM e sull'empatia), procedure specifiche indirizzate a: (a) indurre il soggetto a comprendere la natura e le ragioni del proprio comportamento attraverso un riesame della propria storia di apprendimento (al fine di ridurre la percezione di "essere nati cattivi ed aggressivi"); (b) favorire esperienze più positive dell'autorità (evidenziandone, ad esempio, la funzione protettiva e di vigilanza rispetto ai diritti e ai doveri reciproci); (c) gestire le contingenze in maniera da rendere certe e prevedibili le conseguenze dell'azione sia in riferimento alle "punizioni" (certezza della pena) che ai "guadagni" meritati; (d) ridurre il *bias* attributivo ostile; (e) incoraggiare la costruzione di un ruolo sociale (atteggiamenti, competenze, ecc.) utile a favorire l'appartenenza e la cooperazione; (f) far sperimentare il piacere e la funzionalità dell'affiliazione e della prosocialità; (g) connettere il valore personale e la buona immagine con il comportamento eticamente corretto.

Bibliografia

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2002). Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior with special reference to exclusion and restraint. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Supplement* 41, 4-25.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2003). *Policy statement: Coercive interventions for reactive attachment disorder*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Washington DC.
- American Psychiatric Association (2002), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*. Masson, Milano.
- Blair R (1995). A cognitive developmental approach to morality: Investigating the psychopath. *Cognition* 57 (1), 1-29.
- Blair R (2004). The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain and Cognition* 55, 198-208.
- Blair R, Colledge E, Murray L e Mitchell D (2001). A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. *Journal of Abnormal Child Psychology* 29, 491-498.
- Blair R, Jones L, Clark F e Smith M (1997). The psychopathic individual: a lack of responsiveness to distress cues? *Psychophysiology* 34, 192-8.
- Bowlby J (1969). *Attachment and loss. Vol. 1, Attachment*. Basic Books, New York.
- Campbell SB (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers: Individual differences in early behavior and in outcome. In D Cicchetti e SL Toth (Eds.). *Rochester symposium on developmental psychopathology: Internalizing and externalizing expressions of dysfunction, Vol. 2*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Cicchetti D e Toth SL (Eds.) (1991). *Rochester symposium on developmental psychopathology: Internalizing and externalizing expression of dysfunction, Vol. 2*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Cornah D, Sonuga-Barke E, Stevenson J e Thompson M. (2003). The impact of maternal mental health and child's behavioural difficulties on attributions about child behaviours. *British Journal of Clinical Psychology* 42 (1), 69-79.

- Crittenden PM (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento: Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Guerini, Milano.
- Cushman F, Young L e Hauser M (2006). The role of conscious reasoning and intuition in moral judgments: testing three principles of harm. *Psychological Science*, in press.
- Dadds M e Salmon K (2003). Punishment insensitivity and parenting: Temperament and learning as interacting risks for antisocial behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review* 6 (2), 69-86.
- Dadds M, Perry Y, Hawes D, Merz S, Riddel A, Haines D, Solak E e Abeygunawardane A (2006). Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *The British Journal of Psychiatry* 189, 280-281.
- der Waals F (1995). *Good natured*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Des Pres T (1976). *The survivor: An anatomy of life in the death camps*. Oxford University Press, Oxford.
- Dishion TJ, Andrews D e Crosby L (1995). Antisocial boys and their friends in early adolescence: Relationship characteristics, quality and interactional process. *Child Development* 66, 1, 139-151.
- Dishion TJ, Patterson GR, Stoolmiller M e Skinner ML (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology* 27, 172-180.
- Dodge KA (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology* 44, 559-584.
- Dodge KA, Pettit GS, McClaskey CL e Brown MM (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Children Development*, 51 (2, Serial No. 213).
- Fagot BI e Pears KC (1996). Changes in attachment during the third years: Consequences and predictions. *Development and Psychopathology* 8, 325-344.
- Gangemi A, Mancini F e van den Hout M (2007). Feeling guilty as a source of information about threat and performance. *Behaviour Research and Therapy* 45(10), 2387-2396.
- Glass S e Newman J (2006). Recognition of facial affect in psychopathic offenders. *Journal of Abnormal Psychology* 115 (4), 815-820.
- Green J e Goldwyn R (2002). Attachment disorganization and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43, 835-846.
- Greenberg MT, Speltz ML e De Klyen M (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology* 5, 191-213.
- Hare R (1970). *Psychopathy: Theory and Research*. Wiley, New York.
- Harnish J, Dodge K, Valente E (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Development* 66, 3, 739-753.
- Hauser M (2006). *Moral minds: How nature designed our universal sense of right and wrong*. HarperCollins Publisher, New York.
- Kennett J (2002). Autism, empathy and moral agency. *The Philosophical Quarterly* 52, 340-357.
- Kilgore K, Snyder J e Lentz C (2000). The contribution of parental discipline, parental monitoring, and school risk to early-onset conduct problems in African-American boys and girls. *Developmental Psychology* 36, 835-845.
- Kochanska G (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development* 68 (1), 94-112.
- Kosson D, Cyterski T, Steuerwald B, Neumann C e Walker-Matthews S (2002). The reliability and validity of the psychopathy checklist: Youth version (PCL:YV) in nonincarcerated adolescent males. *Psychological Assessment* 14 (1), 97-109.
- Leslie A, Mallon R e DiCorcia J (2006). Transgressors, victims, and cry babies: Is basic moral judgment spared in autism? *Social Neuroscience* 1, 270-283.

- Levy T e Orlans M (2000). Attachment disorders as an antecedent to violence and antisocial patterns in children. In T Levy (Ed), *Handbook of Attachment Interventions*. Academic Press, San Diego.
- Likken D (1995). *The Antisocial Personality Disorders*. Earlbaum, Hillsdale, NJ.
- Lochman J, Dodge K (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consultant of Clinical Psychology* 62(2), 366-74.
- Lochman J, Wayland K e White K (1993). Social goals: Relationship to adolescent adjustment and to social problem-solving. *Journal of Abnormal Child Psychology* 21 (2), 135-151.
- Loeber R (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behaviour and delinquency. *Clinical Psychology Review* 10, 1-42.
- Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E e Neuman G (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 20, 561-592.
- Lovett B e Sheffield R (2007). Affective empathy deficits in aggressive children and adolescents: A critical review. *Clinical Psychology Review* 27 (1), 1-13.
- Lyons-Ruth K (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 64-73.
- Lyons-Ruth K e Jacobvitz D (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J Cassidy e PR Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. Guilford Press, New York.
- Malo J e Tremblay RE (1997). The impact of paternal alcoholism and maternal social position on boys' school adjustment, pubertal maturation and sexual behavior: A test of two competing hypotheses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38, 2, 187-197.
- Mancini F e Gangemi A (2002). Role of responsibility in conditional reasoning. *Psychological Reports* 91 (1), 275-288.
- Mancini F e Gangemi A (2003). Responsibility, guilt, and decision under risk. *Psychological Reports*, 93 (3 Pt 2): 1077-1079.
- Mancini F e Gangemi A (2006). The role of responsibility and fear of guilt in hypothesis-testing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 37 (4), 333-346.
- Marshall J e Watt P (1999). *Child behaviour problems: A literature review of its size and nature and prevention intervention*. The Interagency Committee on Children's Futures, Perth.
- Moffitt TE (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 100, 4, 674-701.
- Moffitt TE e Caspi A (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology* 13, 355-375.
- Murphy S, Haidt J e Bjorklund F (2000). *Moral dumbfounding: When intuition finds no reason*. Unpublished manuscript.
- Newman J e Lorenz A (2003). Response modulation and emotion processing: Implications for the psychopathy and other disregulatory psychopathology. In RJ Davidson, KR Scherer e HH Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences*. Oxford University Press, New York.
- Nigg JT, Hinshaw SP, Carte E e Treuting J (1998). Neuropsychological correlates of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder: Explainable by comorbid disruptive behavior or reading problems? *Journal of Abnormal Psychology* 107 (3), 468-80.
- Nigg JT e Hinshaw SP (1998). Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and psychiatry* 39, 145-159.
- O'Connor TG (2002). Attachment disorders in infancy and childhood. In M Rutter e E Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches. Fourth editino*. Blackwell, Oxford.

- Pardini D, Lochman J e Frick P (2003). Callous/Unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42 (3), 364-371.
- Patrick C (1994). Emotion and psychopathy: Startling new insights. *Psychophysiology* 31(4), 319-330.
- Patterson GR, Capaldi D e Bank L (1991). *The development and treatment of childhood aggression*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Patterson GR, Forgatch MS, Yoerger KL e Stoolmiller M (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and Psychopathology* 10, 531-547.
- Patterson GR, Capaldi D e Bank L (1991). An early starter model of predicting delinquency. In DJ Pepler e KH Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression*. Erlbaum, New York.
- Portier J e Day C (2007). Childhood onset conduct problems: A preliminary investigation into the role of mothers' interpersonal schemas and their relationship to parenting behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 35, 457-472.
- Premack D e Woodruff G (1978). Chimpanzee problem-solving: A test for comprehension. *Science* 202, 4367, 532 – 535.
- Richell R, Mitchell D, Newman C, Leonard A, Baron-Cohen S. e Blair R (2003). Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the 'language of the eyes'? *Neuropsychologia* 41, 523-526.
- Scott S (1998). Aggressive behaviour in childhood. *Clinical Review* 31b, 202 – 206.
- Seymour B, Singer T e Dolan R (2007). The neurobiology of punishment. *Neuroscience* 8 (4), 300-311.
- Shaw DS e Winslow EB (1997). Precursors and correlates of antisocial behavior from infancy to preschool. In D Stoff, J Breiling e JD Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior*. John Wiley & Sons, New York.
- Singer T (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 30, 855-863.
- Singer T, Seymour B, O'Doherty J, Stephan K, Dolan R e Frith C (2006). Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. *Nature* 439, 466-469.
- Webster-Stratton C e Hammond M (1999). Marital conflict, management skills, parenting style, and early-onset conduct problems: Processes and pathways. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40, 917-927.
- Wolkind SN (1974). The components of "affectionless psychopathy" in institutionalized children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 15, 215-220.
- Zeanah CH (1996). Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders of infancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 42-52.
- Zeanah CH, Emde RN (1994). Attachment disorders in infancy. In M Rutter, L Hersov e E Taylor (Eds.). *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Blackwell, Oxford.