

ALCUNI ASPETTI SOCIALI E GIURIDICI SUL FENOMENO DEI SERIAL KILLER

Colazzo Adele*

Scopo della nostra indagine è quello tentare di dare una spiegazione sul fenomeno serial-killer e in particolar modo sul comportamento che il nostro sistema penale adotta nei loro confronti. Dopo la cattura del serial-killer, compito della giustizia è quello di stabilire le condizioni psichiche in cui si trovava il soggetto al momento del compimento degli omicidi cioè se l'assassino era, per usare un termine giuridico, **imputabile**. L'articolo 85 del codice penale stabilisce, infatti, proprio le condizioni di imputabilità. Esso precisamente afferma: *"Capacità di intendere e di volere. Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. E' imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere"*. Il nostro sistema penale inoltre non stabilisce una relazione diretta malattia mentale-crimine: vuole accertare innanzi tutto se la patologia è davvero presente, dunque valutare quanto la stessa abbia influito nel compimento del reato e, nel caso specifico, dell'omicidio seriale. L'articolo 88 del codice penale recita. *"Vizio totale di mente. Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e volere"*. L'articolo 89 invece afferma: *"vizio parziale di mente. Chi nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e volere, risponde al reato commesso, ma la pena è diminuita"*. Quindi il codice di procedura penale prevede, per chi viene riconosciuto incapace di intendere e volere, la detenzione in strutture psichiatriche al fine di ricevere le cure di cui ha bisogno. Nei serial-killer vengono diagnosticati i seguenti disturbi: disturbo antisociale di personalità (o caratteropatia o sociopatia), disturbi della sfera sessuale, schizofrenia paranoide, disturbo multiplo di personalità. Iniziamo con i disturbi della personalità, e con quello che è certamente il più comune negli omicidi seriali: il disturbo antisociale di personalità. Esso è accompagnato al disturbo narcisistico di personalità. Secondo il DSM-II (1968, 43) *"questo termine si applica a individui fondamentalmente non integrati nella società e i cui modelli di*

* via Megrelli, 32 Nardò(LE)

comportamento li pongono continuamente in conflitto con essa. Tali persone sono incapaci di autentica lealtà verso persone, gruppi o valori sociali. Sono molto egoisti, insensibili, irresponsabili, impulsivi e incapaci di provare colpa o di imparare dall'esperienza e dalla punizione. Tollerano poco la frustrazione. Tendono a biasimare gli altri e a razionalizzare il proprio comportamento". Il vero psicopatico non prova senso di colpa per i reati commessi, è spinto da desideri incontrollabili che non vuole modificare per adattarsi alla vita con gli altri, non mostra senso di responsabilità nei confronti dei suoi doveri, tende a reagire con rabbia incontrollata, il suo modo di amare ignora la passione e il calore. Kernberg (1975) definisce la personalità antisociale un "*sottogruppo della personalità narcisistica*" (op. cit., 236). La personalità narcisistica viene spiegata attraverso l'uso dei seguenti tratti: senso di grandiosità, tendenza ad incentrare tutto su sé, mancanza di empatia, incapacità di capire le emozioni complesse degli altri e di provare sentimenti genuini come il rimpianto e il lutto. Un tratto rilevante di questa personalità è dato dall'impossibilità di provare reazioni depressive.

In altri serial-killer viene invece diagnosticata la schizofrenia paranoide. Essa presenta come elemento principale il delirio di grandezza e onnipotenza. Lo schizofrenico si allontana progressivamente dalla realtà, la vita quotidiana cede pian piano il posto al suo mondo di allucinazione e delirio. E' in questo modo che sorgono i delitti: il soggetto, in certi casi, sente di essere superiore agli altri, a volte ascolta il comando di Dio che lo obbliga a uccidere, altre volte decide di esercitare il diritto di punizione sugli uomini che, nel suo mondo, sono considerati indegni. Il disturbo di personalità multipla si riscontra invece in quei serial-killer, i quali attribuiscono l'azione omicidaria ad un'altra personalità con cui condividono il corpo. Per questo si ritengono innocenti.

Per ultimo ci occupiamo delle perversioni sessuali in quanto la maggior parte degli omicidi seriali è proprio a sfondo sessuale. Freud (1905) definisce la tendenza verso la perversione assolutamente naturale perché essa deriverebbe dall'emergere di parziali pulsioni della sessualità infantile perversa e polimorfa.

Secondo Laplanche e Pontalis (1984) la perversione è una deviazione del rapporto sessuale normale, in cui l'orgasmo non viene raggiunto attraverso un rapporto con un partner di sesso opposto ma attraverso l'uso di altri oggetti (bambini, animali ecc...), di altre parti del corpo (coito anale o orale) oppure attraverso percosse e violenze di altro genere. La perversione consiste nel fatto che queste azioni possono provocare l'orgasmo e l'eccitamento escludendo l'altro partner. Fondamentalmente l'assassino seriale si divide in sadico e necrofilo. Il sadico è colui che per eccitarsi, anche sessualmente, ha bisogno di sottoporre l'altro al suo completo e indiscusso controllo anche attraverso l'uso della violenza. Il più efferato è sicuramente lo squartatore: egli

ama squartare la vittima quando è ancora viva e questo gesto gli procura un'eccitazione tale da sfociare, spesso, nell'orgasmo. Obiettivo primario del sadico è quello di immobilizzare la vittima per poi infierire su di lei.

Kaplan (1979) ha cercato di spiegare il sadismo eterosessuale facendolo risalire ad un disturbo dell'identità di genere: i sadici, inclusi gli assassini seriali, sono degli omosessuali egodistonici, persone cioè che ripudiano la loro natura sessuale e che si ostinano a ricercare relazioni eterosessuali: queste però non riescono a procurare loro alcuna gratificazione, così essi cercano di dimostrare la loro superiorità sessuale con l'omicidio. Uccidere una donna, in questo caso, vuol dire eliminare la parte di sé che non si accetta, squartare i simboli della femminilità significa annientare quella parte di sé che si odia. In altri casi, invece, l'impulso omicidario può derivare o da impotenza sessuale o, viceversa, da ipereccitazione sessuale.

Il sadico odia la vittima e la sua maggiore preoccupazione è quella di farla morire tra sofferenze atroci; il necrofilo invece la ama, egli vuole avere accanto a sé un corpo completamente inerte: solo così può amarlo veramente. Per lui il sesso con una persona viva sarebbe inconcepibile perché ne ha troppa paura. Nel necrofilo lo sviluppo sessuale si è fermato alla fase pre-genitale. La sua attività sessuale preferita è la masturbazione. A lui piace contemplare un cadavere inerme, accarezzarlo, sezionarlo e conservarne i pezzi (feticismo). Spesso a queste perversioni se ne accompagnano altre: cannibalismo, pedofilia...

Dobbiamo dire che, l'omicidio seriale a sfondo sessuale è commesso esclusivamente da uomini. Nelle donne vi sono altre modalità e bisogni.

A differenza degli uomini serial-killer, che uccidono prevalentemente persone sconosciute, la donna sceglie le sue vittime tra parenti e amici; ella poi non si eccita sessualmente e non è solita torturare o infierire sui cadaveri: la sua arma preferita è il veleno. La categoria della donna serial-killer è stata ancora poco studiata, perché, in passato, presso molti autori, vi era una sorta di riluttanza ad accostare la brutalità e crudeltà dell'assassino alla figura materna e protettiva della donna (Smart, 1976).

Smart (op. cit.) analizza il fenomeno della donna serial-killer in America dove esso ha una frequenza maggiore. Egli nota che, con l'andare del tempo, i delitti diventano più efferati e più "mascolini" (op. cit., 87), il perché di questo cambiamento è riconducibile per lui al movimento femminile il quale si propone di imitare l'operato maschile in tutti i campi e, quindi, anche in quello del crimine. Solitamente le donne, quando agiscono da sole, mostrano di soffrire di due comportamenti patologici: "*Complesso di Medea*" e la sindrome di "*Münchhausen per procura*". Merzagora (1996) dà una chiara spiegazione dei due comportamenti rivolti contro i figli e che, perpetrati nel tempo, possono dare luogo a omicidi seriali. Il complesso di Medea, prende il nome dalla protagonista del mito greco che, secondo quel che narra la

leggenda, uccise i suoi figli per vendicarsi del tradimento del suo coniuge Giasone. Lo stesso atteggiamento vendicativo è utilizzato da alcune donne le quali, desiderose di far soffrire il coniuge che non le ama più, uccidono i loro figli.

La sindrome di Münchhausen per procura prende il nome dal bizzarro e grottesco personaggio della letteratura che, pur di stare al centro dell'attenzione, raccontava ai suoi ospiti delle avventure impossibili. Nel 1977 il termine "*sindrome di Münchhausen per procura*" fu adoperato da Roy Meadow per descrivere la situazione in cui i genitori inventano delle malattie o sottopongono i figli a infinite analisi senza necessità alcuna. Il genitore può rendersi responsabile della malattia del figlio nei seguenti modi: può avvelenarlo lentamente o può rallentarne la guarigione non somministrando i farmaci di cui il piccolo ha bisogno. Nella maggior parte dei casi a soffrire di tale sindrome è la madre. Ella si dimostra affettuosa e premurosa coi figli, ha con loro un buon rapporto, in una situazione di emergenza ama stare al centro dell'attenzione. Si può sospettare che ella soffra di depressione. Altre donne possono arrivare ad uccidere i figli immediatamente dopo il parto. Sono donne che soffrono di "psicosi post-puerperale". Sanford e Hines (Coston, 1995) ritengono che questa depressione sia un disturbo naturale che coinvolge tutte le neo mamme e che, in condizioni normali, guarisce nel giro di poche settimane. In alcuni casi però tale depressione non guarisce nel tempo dovuto, così la psicosi può spingere la madre, in preda alla disperazione, ad uccidere il bambino. E' stato inoltre dimostrato che una donna affetta da psicosi post-puerperale alla prima gravidanza possa soffrirne nuovamente in seguito ad altre e ciò dà origine al crimine seriale.

Altre donne serial-killer operano nell'ambito ospedaliero: esse uccidono prevalentemente dei malati terminali, avvelenandoli. Il motivo di tale omicidio dipende dal senso di onnipotenza che deriva dalla possibilità di esercitare il diritto di vita o di morte sugli altri esseri viventi sostituendosi in tal modo a Dio. Questo genere di omicidio, attuato non solo dalle donne, è molto difficile da scoprire perché, nella maggior parte, dei casi si è portati ad attribuire la morte a cause naturali.

Fin qui abbiamo cercato di illustrare quei disturbi che sono ritenuti responsabili degli omicidi seriali. A questo punto vediamo cosa accade quando, con l'arresto, l'assassino deve interrompere la serie omicidaria. La cattura è il punto di inizio di un lungo processo investigativo che terminerà con la sentenza del giudice. Alcuni serial-killer, subito dopo la cattura, tendono a confessare, senza alcuna esitazione, i delitti che hanno commesso. Reik (1945) sostiene che questo gesto abbia una funzione masochistica in quanto il super-io del reo vuole autodanneggiarsi per espiare le colpe della persona. Parallelamente la confessione è anche un momento di

piacere, piacere che scaturisce dal rivivere le sensazioni di ebbrezza e di eccitazione generate dall'omicidio stesso. Altri serial-killer invece si rifiutano di confessare, questa opposizione può dipendere o dalla volontà dell'assassino di tenere sulla corda gli investigatori, continuando così a rimanere al centro dell'attenzione e confessando al massimo un delitto per volta, o dal fatto che la confessione manderebbe in frantumi il debole equilibrio psichico del soggetto. Giova comunque molto, ai fini della confessione, l'abilità dell'investigatore. Molte volte, per ottenere che il sospettato confessi, è necessario far leva sul narcisismo ed egocentrismo del reo, oppure occorre condurre l'interrogatorio in terza persona, per evitare di mettere il killer di fronte alle sue responsabilità. Gli assassini sociopatici difficilmente si dichiarano colpevoli, e, se lo fanno, non è per rimorso ma per la possibilità di ottenere dei vantaggi. Dopo l'arresto, il giudice chiede di sottoporre il serial-killer ad una perizia psichiatrica penale al fine di valutare se, al momento dei fatti, il soggetto era perfettamente in grado di intendere e di volere. E' bene precisare che tale perizia rappresenta una anomalia del rapporto tra psicologo e cliente per almeno tre motivi.

In primo luogo perché il committente non coincide con il cliente: a scegliere il perito non è il diretto interessato, il reo, ma un magistrato, cioè un soggetto istituzionale che rappresenta gli interessi della società e non del paziente. Scopo dell'analisi peritale è fornire un giudizio circa lo stato psichico del soggetto. Lo psicologo, nel fare ciò deve comprendere le ragioni dell'altro, per Landry (1976) comprendere "*non è semplicemente capire ma intendere l'altro e prenderlo dentro di sé*", occorre cioè stabilire una comunicazione autentica che consenta un'apertura completa allo psicologo. Per avere una ricostruzione il più attendibile possibile è necessario prestare attenzione al modo con cui la perizia viene effettuata perché spesso, la forma delle domande e il tipo di test adoperato possono alterare la ricostruzione mnemonica del periziando. Altro elemento che rende diversa la perizia psichiatrica è il significato nuovo che essa dà al segreto professionale. Nei normali rapporti psicologo-paziente, tale segreto è inviolabile e costituisce anche una solida garanzia di fiducia del malato nei confronti del terapeuta. I risultati della perizia, invece, devono essere resi pubblici e quindi il perito può avere difficoltà ad instaurare un rapporto autentico ed empatico. Del Corno e Lang (1996) suggeriscono come soluzione quella di divulgare le conclusioni senza descrivere tutte le varie informazioni emerse nel corso della perizia. Ultimo elemento da considerare nella perizia è la necessità di descrivere i resoconti finali del lavoro con un linguaggio accessibile ai non specialisti. Il perito, dunque, compie non solo un lavoro clinico ma anche pedagogico perché si impegna ad adoperare tutti quegli strumenti che consentono al lettore non specialista una comprensione autonoma dell'esito della perizia.

Nel processo valutativo vengono adoperati due tipi di strumenti: il colloquio clinico e i test psicodiagnostici. Questi due strumenti si completano a vicenda: "poiché i metodi clinici danno un campione di comportamento esteso ma non sistematico, mentre l'uso dei reattivi dà un campione sistematico ma non esteso, per una valida pratica clinica si devono sempre adoperare entrambi in modo che ciascuno compensi gli svantaggi dell'altro". (Rapaport, 1950).

I test offrono come vantaggio quello di analizzare un determinato comportamento in più individui permettendo così di confrontare i risultati e di quantificare i dati, cosa che consente anche di dare attendibilità e validità ai sondaggi di opinione. I test assumono valore solo se uniti ad un colloquio clinico. Esso permette di stabilire un rapporto interpersonale con il paziente e di comprendere i problemi e le ansie che lo accompagnano. Dello Russo (1974) sostiene che il "colloquio psichiatrico è un atto medico con cui si cura l'anima, cioè la persona". Esso deve poter dare una prima valutazione del soggetto e perciò durante il colloquio vengono presi in considerazione alcuni elementi: livello del linguaggio, il modo di gesticolare... Questi elementi sono utili per comprendere meglio l'altro e scoprire anche se sta mentendo. Mastronardi (1989) infatti nota che il 65% della comunicazione è di carattere non verbale: perciò dal modo di apparire del soggetto si possono evincere molte informazioni utili ad attuare una diagnosi preliminare.

La metodologia dei test è finalizzata all'acquisizione di una specifica conoscenza relativa alla comprensione della personalità dell'individuo. La pratica clinica si serve dell'ausilio di molti test come ad es. i reattivi proiettivi (Rorschach, TAT), inventari di personalità (MMPI) e test di intelligenza (WAIS). Nell'ambito di un processo di valutazione ci si avvale dell'ausilio di una batteria di test che permette di avere una valutazione globale del soggetto. Il MMPI è un inventario di personalità costituito da tre scale di controllo e undici scale cliniche. Se il soggetto tenta di falsare i risultati (ad esempio, se vuol fingere una malattia mentale) le scale di controllo presenteranno dei punteggi alti. Le scale cliniche invece servono per indicare la presenza di disturbi quali: isteria, depressione, deviazione psicopatica. Il MMPI registra solo i disturbi di personalità. Il 16 PF di Cattell fornisce invece un profilo della struttura caratteriale e non si riferisce solo alla presenza di disturbi psichici. Il test individua sedici fattori di personalità su scale bipolari a dieci livelli di punteggio. Lo studio delle funzioni intellettive viene attuato attraverso il Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS). Questo test è formato da sei reattivi verbali e da cinque o sei prove di performance (percettiva, attentiva, mnemonica, etc.) attraverso le quali si può avere la misura del quoziente di intelligenza, cioè un punteggio globale che è il quoziente fra i punti del soggetto e la norma di popolazione. Altri test che possono rientrare nella batteria sono quelli proiettivi: TAT e Macchie di Rorschach. Questi test si basano sull'interpretazione di figure o immagini ambigue cui il soggetto deve

dare una spiegazione. Quest'interpretazione non riflette che in minima parte ciò che è nella figura: essa è invece un riflesso dei contenuti inconsci o subconsci del periziando. Il test di Rorschach è costituito da dieci tavole di cartone su cui sono stampate delle macchie di inchiostro. Il soggetto deve interpretarle, attribuendo ad esse delle qualità che appartengono alla sfera dell'inconscio. Il TAT (Test di Appercezione Tematica) consiste nel mostrare alcune figure, strutturate ma ambigue, che il soggetto deve spiegare. Anche in questo caso l'indagine è proiettiva però, ad emergere, sono i contenuti subconsci, più facilmente interpretabili e più attendibili.

Poi, per individuare la presenza di danni neurologici si attuano test come l'EEG e l'esame del sonno. Si ricorre all'ipnosi solo quando si sospetta la presenza del disturbo multiplo di personalità.

L'esame psichico, deve essere condotto con estrema cura, spesso, per evitare errori di interpretazione, si ricorre al parere di più periti. Come detto più sopra la richiesta di uno studio peritale mira a stabilire, al momento dei fatti, la capacità di intendere e di volere del soggetto. Nel caso specifico, come abbiamo già analizzato, dalla perizia risulta che i serial-killer soffrono dei seguenti disturbi: disturbo antisociale di personalità, disturbi della sfera sessuale, schizofrenia paranoide, disturbo di personalità multipla.

I primi due non alterano la capacità di intendere e di volere, né attenuano la responsabilità per ciò che si è commesso. I serial-killer, in questi casi, agiscono per assecondare i loro impulsi primari e perversi con assoluta lucidità. Gli impulsi distruttivi, infatti, sono presenti in tutti gli uomini, ma, il più delle volte, essi vengono indirizzati verso mete socialmente accettabili, oppure, nel caso dei nevrotici, rimossi e destinati ad esistere sotto forma di paure o ansie. I serial-killer, invece, pongono i loro impulsi primitivi in vetta alla loro scala di valori, nel far ciò, non perdono assolutamente il contatto con la realtà ed elaborano esattamente ciò che stanno facendo.

La psicosi schizofrenica e il disturbo di personalità multipla, invece, costituiscono delle condizioni di non imputabilità. La realtà nello psicotico è allucinata, gli impulsi profondi non sono elaborati e si perde completamente il contatto con la realtà. Nel disturbo di personalità multipla, il soggetto, quando è animato da una personalità agisce in maniera "normale" ed è portato ad aborreire l'operato dell'altra personalità criminale con cui convive, abietta e malvagia.

Comunque, nella maggior parte dei casi, i serial-killer vengono ritenuti perfettamente in grado di intendere e di volere e quindi, secondo ciò che prevede la nostra legislazione penale, sono affidati al sistema carcerario.

In ultimo va fatta una considerazione: questi assassini hanno avuto una vita difficile, l'ambiente in cui hanno trascorso la loro infanzia non ha conosciuto l'affetto e calore. Tutto ciò ha inibito la loro capacità di amare, di considerare l'altro una persona e non un semplice oggetto e da qui la necessità di prestare maggiore attenzione a questo periodo cruciale nella vita di tutti, un periodo in cui

viene forgiata non solo la personalità ma anche il modo di rapportarsi con il resto del mondo, modo che può essere empatico o, al contrario ostile.

Riassunto-

Di fronte all'aumento degli omicidi seriali si pone urgentemente la necessità di attuare un'analisi sul fenomeno serial-killer. Il seguente testo mira a spiegare i meccanismi che spingono al compimento di tali crimini soffermandosi sull'ancora poco studiato fenomeno della donna serial-killer ma anche sull'atteggiamento adoperato dal nostro sistema penale per affrontare questo problema.

Abstract-

In front of the rise of serial-murders it is necessary to realize an analysis about the serial-killer phenomenon. The next aims at explain the mechanism who lead up the execution of those crimes, it pauses about the neglected phenomenon of women serial-killer and also about the way, used by our penal sistem, to front this problem.

BIBLIOGRAFIA

1. ABBATE L. e FERRACUTI F., *Pornografia e criminalità*, in *Trattato di criminologia, medicina e psichiatria forense*, vol. VIII, (a cura di Ferracuti F.), Giuffè, Milano, 1988.
2. ABBOT J., *In the Belly of the Beast*, New York Vintage, 1992.
3. ALEXANDER F. , STAUB H., *Il delinquente e i suoi giudici*, Giuffrè, Milano 1948.
4. ANDREOLI M., *Così ragiona un serial killer*, in *Panorama*, 18/2/99, pp. 66-70.
5. APSCHE J., *Probing the Mind of a Serial Killer*, International Information Associates, Morrisville, 1993.
6. BANDINI T., GATTI U., *Dinamica familiare e delinquenza giovanile*, Giuffrè, Milano, 1972.
7. CANESTRARI R., GODINO A., *Manuale di psicologia*, CLUEB, Bologna, 1994.
8. CANESTRARI R., GODINO A., *Trattato di psicologia*, CLUEB, Bologna, 1997.
9. CAPRI P., LANOTTE A., *Rorschach e impulso omicidario*, in *Criminologia, psichiatria forense e psicologia giudiziaria*, (a cura di Mastronardi V.), Delfino, Roma, 1996.
10. COHEN A., *Delinquent Boys*, Free Pass, New York, 1995.

11. COSTON J., *Sleep, My Child forever*, Onyx, New York, 1995.
12. CRANACH VON, HARRE' R., *L'analisi dell'azione*, Giuffrè, Milano, 1991.
13. DE LEO G., *L'adolescenza lunga*, UNICOPLI, Milano 1992.
14. DE LUCA R., *Anatomia del serial killer*, Giuffrè, Milano, 1998.
15. DEL CORNO F., LANG M., (a cura di), *Psicologia clinica. La relazione con il paziente*, Franco Angeli, Milano, 1996.
16. DELLO RUSSO G., *Il medico e la persona*, Adriatica, Bari, 1974.
17. DOUGLAS J. e OLSHAKER M., *Journey Into Darkness*, tr. it. *Caccia nelle tenebre*, Rizzoli, Milano, 1997.
18. DOUGLAS J. et al., *Crime Classification Manual*, Lexington Books, New York, 1992.
19. DOUGLAS J. et al., *Sexual Homicide Pattern and Motives*, Simon & Schustes, London, 1988.
20. DSM II, American Psychiatric Association, 1968.
21. DSM III, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 1988.
22. DSM IV, American Psychiatric Association, 1994.
23. DUFLOT, FAVORI C., *Le psychologue expert en justice*, PUF, Paris, 1988.
24. DURKHEIM E.(1897), *Il suicidio. L'educazione morale*, Utet, Torino, 1969.
25. DURKHEIM E.(1893), *La divisione del lavoro sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1971.
26. FATHY T., et. al., *Werewolves, Vampires, and Cannibals*; in *Medicine, Science, and Law*, (28,2, pp. 145-.149).
27. FENICHEL O., *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, tr. it. *Trattato delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma, 1951.
28. FERRACUTI F., *Le teorie socio-psicologiche*, in *trattato di criminologia e psichiatria forense*, (a cura di F. Ferracuti), Giuffrè, Milano, vol. VI, 1989.
29. FOX J. A. e LEWIN J., *Overkill: Mass Murder and Serial Killer Exposed*, Plenum, New York, 1994.
30. FRANCHINI A., INTRONA F., *Delinquenza minorile*, CEDAM, Padova, 1972.

31. FREUD S., (1913), *Totem und Tabu*, tr. it. *Totem e tabù: alcune concordanze nella vita psichica dei selvaggi e dei nevrotici*, in *Opere* vol. VII, Boringheri, Torino, 1975.
32. FREUD S., (1899), *Traumdeutung*, tr. it. *Interpretazione dei sogni*, in *Opere* vol. VI, Boringheri, Torino, 1979.
33. FREUD S., (1905), *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, tr.it. *Tre saggi sulla teoria sessuale* in *Opere* vol IV, Boringheri, Torino, 1966.
34. FREUD S., (1916), *I delinquenti per senso di colpa*, in *Shakespeare, Ibsen, Dostoievsky*, Boringheri, Torino, 1976
35. FREUD S., (1920), *Jenseits des Lustprinzips*, tr. it. *Al di là del principio del piacere*, in *Opere* vol. IX, Boringheri, Torino, 1977.
36. FREUD S., (1929), *Das Unbehagen in der Kultur*, tr. it. *Il disagio della civiltà*, in *Opere* vol. X, Boringheri, Torino, 1978.
37. FROMM E., (1964), *The Heart of Man. Its Genius for Good and Evil*, tr. it *Psicoanalisi dell'amore*, Roma, Newton Compton, 1995.
38. FROMM E., (1973), *The Anatomy of Human Destructiveness*, tr. it. *Anatomia della distruttività umana*, Mondadori, Milano, 1975.
39. GRASSO M., LOMBARDO G. P., PINKUS L., *Psicologia clinica. Teorie, metodi e applicazioni della psicodinamica*, NIS, Roma, 1988.
40. GROS D., *Le sein Dévoilé*, tr. it. *Il senso svelato*, SugarCo, Milano, 1987.
41. HICKEY E. W., *Serial Murders and their Victims*, Wordsworth, California, 1991.
42. HILLMANN J., *The Soul's Code*, tr. it. *Il codice dell'anima*, Adelphi, Milano, 1996.
43. HIRSCHI, *Causes of Delinquency*, University of California press, Berkeley, 1969.
44. HOLLYDAY L., *The Violent Sex*, Bluestocking, Guerneville, 1978.
45. HOLMES R., DE BURGER J., *Serial Murder*, Sage, Newbury Park, 1988.
46. HUBER W., *La Psychologie clinique aujourd'hui*, tr.it. *La psicologia clinica oggi*, CLUEB, Bologna, 1999.
47. KAPLAN H., *I disturbi del desiderio sessuale*, Mondadori, Milano, 1979.
48. KATZ J., *Seductions of Crime, Moral and Sensual Attractions in Doing Evil*, Basic Books, 1988.
49. KERNBERG O., *Aggressività disturbi della personalità e perversioni*, Cortina, Milano, 1993

50. KERNBERG O., *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologica*, Boringheri, Torino, 1975.
51. LANDRY M., *Le psychiatre au tribunal*, Privat, Paris, 1976.
52. LANE B., *The Murder Yearbook*, Headline, London, 1992.
53. LAPLANCHE e PONTALIS, *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari, 1984.
54. LAVORINO C., *I serial killers: il movente, la vittima e l'azione assassina*, in *Detective and Crime*, I/2, pp. 48-51, 1993.
55. LEMERT E., *Social Pathology*, McGraw Hill, New York, 1951.
56. LEWIS D., et al., *Biopsychosocial Characteristics of Children, who later murder: e Prospective study*, *American J. of Psychiatry*, 142, pp 1161-1167, 1985.
57. LEYTON E., *Hunting Humans: the Rise of the Modern Multiple Murderer*, Penguin, London, 1986.
58. LOMBROSO C. e FERRERO G., *La donna delinquente*, Fratelli Bocca, Torino, 1892.
59. LOMBROSO C. e FERRERO G., *Cesare Lombroso*, Bologna, 1921.
60. LORAND S., BALINT M., *Perversion psychodynamics and therapy*, tr. it. *Perversioni sessuali*, Feltrinelli, Milano, 1956.
61. LUNDE D., *Murder and Madness*, *San Francisco Book Company*, San Francisco, 1975
62. MAILLOX N., *Delinquenza e ripetizione compulsiva*, in *Arc. di psicologia, neurologia e psichiatria* (25, 7, 1966).
63. MALAGOLA TOGLIATTI, ROCCHETTA TOFANI, *Famiglie multiproblematiche*, NIS, Roma, 1987.
64. MASTRONARDI V., *Manuale per operatori criminologici*, Giuffrè, Milano, 1989.
65. MASTRONARDI V., VILLANOVA M., *Serial Killer*, relazione al convegno *Mostri o Serial Killers?*, Aula Occorsio Tribunale di Roma, 1-2 dicembre 1995.
66. McCLAIN J. et al., *Human Cannibalism: Case Report*, in *The Journal of Forensic Medicine and Pathology*, (7,2 pp. 172-173).
67. McCORD W., McCORD J., *The psychopath: an Essay on the Criminal Mind*, tr. it. *Lo psicopatico*, Astrolabio, Roma, 1964.
68. MERTON R., *Struttura sociale e anomia: revisione e ampliamento*, in *La famiglia, la sua funzione, il suo destino*, (a cura di Anshen R. N.), Bompiani, Milano, 1970.

69. MERTON R., *Teoria e struttura sociale*, il Mulino, Bologna, 1966.
70. MERZAGORA I., In *La criminalità femminile tra stereotipi culturali e malintese realtà*, (a cura di De Cataldo Neuburger), CEDAM, Padova, 1996.
71. MILLER W., *Lower Culture as a Generating Milieu of Gang Delinquency*, in *Journal of social issues*, (14, 55, 119), 1958.
72. NEWTON M., *Hunting Humans: an Encyclopedia of Modern Serial Killer*, Loompanics, Washington, 1990.
73. NORRIS J., *Serial Killer*, Anchor Books, New York, 1992.
74. PASINI W., *Cibo e amore*, Mondadori, Milano, 1994.
75. PETIZIOL A., *La prostituta*, Edizioni Nazionali, Roma, 1963.
76. PONTI G., FORNARI U., *Il fascino del male*, Cortina, Milano, 1995.
77. PONTI G., *Compendio di criminologia*, Cortina, Milano, 1990.
78. RAPAPORT D., *Implicazioni teoretiche dei procedimenti psico-diaagnostici*, in *Il modello concettuale della psicoanalisi. Scritti, 1942-1960*, (a cura di Gill M.M.), Feltrinelli, Milano, 1977.
79. RAPAPORT D., *Reattivi psicodiagnostici*, Boringheri, Torino, 1975
80. REIK T. , *The Compulsion to Confess*, tr. it. *L'impulso a confessare*, Feltrinelli, Milano, 1945.
81. ROCCIA C. e FOTI C., *Pedofilia: dal bambino abusato all'adulto perverso*, in *Il bambino incompiuto*, n° 6, pp. 9-21.
82. ROVEDA P., *La pace cambia*, La Scuola, Brescia, 1990.
83. RUTTER M., GILLER H., *Juvenile Delinquency: Trends and Prospectives*, Penguin, New York, 1983.
84. SCARDACCIONE G., *Aspetti attuali della devianza minorile*, in *Criminologia, psichiatria forense e psicologia giudiziaria*, (a cura di Mastronardi V.), Delfino, Roma, 1996.
85. SHAW C. R., McKAY H. D., *Juvenile Delinquency and Urban Areas*, University of Chicago, 1942.
86. SHAW C. R., McKAY H. D., *Social Factors*, in *Juvenile Delinquency, Report on Causes of Crime*, National Commission of Observance and Enforcement, Government Printing Office Washington, 1937.

87. SIMON R., *Bad Man Do what Good Men Dream*, tr. it. *I buoni lo seguono i cattivi lo fanno*, Cortina, Milano, 1996.
88. SMART C., *Woman crimen and criminology*, tr. it. *Donne, crimine e criminologia*, Armando, Roma, 1976.
89. SPALTRO E., *Lotta per e lotta contro*, Celuc libri, Milano, 1977.
90. SUTHERLAND E. H., CRESSEY D. R., *Principles of Criminology*, Lippincott, Chicago, 1967.
91. SUTHERLAND E. H., CRESSEY D. R., *Criminology*, tr.it. *Criminologia*, Giuffrè, Milano.
92. TANNENBAUM F., *Crime and Community*, Columbia University Press, New York, 1938.
93. von KRAFFT-EBING R., *Psychopatia Sexualis*, Manfredi, Milano, 1900.
94. WATZLAWICK P., et al., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1967.
95. WILSON C., SEAMAN D., *The Serial-Killers: A Study in the Psychology of Violence*, True Crime, London, 1990
96. WOLFGANG M. E., FERRACUTI F., *The Subculture of Violence*, Tavistock, Londra, 1967.