



UNIVERSITÀ DELLA
VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA
VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

TESI DI LAUREA TRIENNALE

Psicopatia: comorbilità, genere e bias diagnostici

RELATORE

Martin Dodman

LAUREANDA

Nicole Collomb

Matricola: 22 D03 503

「葺焼けて障るものなき 月見哉」

“Ora che il tetto è bruciato, posso vedere la luna.”

(Mizuta Masabide)

Indice

INTRODUZIONE.....	2
CAPITOLO 1: MODELLI ESPLICATIVI DELLA PSICOPATIA: PROSPETTIVE TEORICHE, NEUROBIOLOGICHE E COMPORAMENTALI.....	5
1.1 PSICOPATIA E COMORBILITÀ: DEFINIZIONE E QUADRO TEORICO	5
1.2 LE BASI NEUROBIOLOGICHE E COGNITIVE DELLA PSICOPATIA	7
1.3 MANIFESTAZIONI CLINICHE E COMPORAMENTALI DELLA PSICOPATIA	10
1.4 DINAMICHE EVOLUTIVE DELLA PSICOPATIA	11
CAPITOLO 2: IL RUOLO DEL GENERE NELLA PSICOPATIA: MANIFESTAZIONI, VALUTAZIONE E PREVALENZA.....	15
2.1 IL GENERE COME COSTRUTTO MULTIDIMENSIONALE	15
2.2 L'INFLUENZA DEL GENERE NEI BIAS DIAGNOSTICI E FORENSI DELLA PSICOPATIA	16
2.3 DIFFERENZE DI GENERE NELLE CARATTERISTICHE INTERPERSONALI DELLA PSICOPATIA	19
2.4 DIFFERENZE DI GENERE NELLA PREVALENZA DELLA PSICOPATIA	21
CAPITOLO 3: COMORBILITÀ DELLA PSICOPATIA: PROFILI CLINICI E ASSOCIAZIONI PSICOPATOLOGICHE.....	24
3.1 COMORBILITÀ CON IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ (DBP).....	24
3.2 COMORBILITÀ CON IL DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ (DAP).....	28
3.3 COMORBILITÀ CON I DISTURBI DA USO DI SOSTANZE (DUS)	31
3.4 COMORBILITÀ CON I DISTURBI INTERNALIZZANTI	33
CONCLUSIONI.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	39

Introduzione

La psicopatia rappresenta uno dei costrutti più complessi e discussi nell'ambito della psicologia clinica e forense. In termini generali, il costrutto viene descritto come un insieme di tratti di personalità caratterizzati da ridotta empatia, insensibilità emotiva, manipolazione interpersonale, impulsività e tendenza a comportamenti antisociali. Tuttavia, nel corso della storia, sono stati numerosi gli sviluppi teorici e metodologici necessari per poter arrivare ad una definizione che tenesse conto delle differenti prospettive riguardo alla natura del disturbo e ai fattori che contribuiscono alla sua manifestazione. Tali caratteristiche contribuiscono a delineare un profilo psicologico complesso, che coinvolge dimensioni sia affettive, sia interpersonali che comportamentali.

Il contributo di Hervey Cleckley fu sicuramente uno dei più influenti nella definizione e sistematizzazione del costrutto della psicopatia. Nel suo volume *The Mask of Sanity* (1941), descrisse lo psicopatico come un individuo apparentemente adattato sul piano sociale, ma caratterizzato da profonde carenze emotive e morali. Proprio a partire da queste prime descrizioni cliniche ipotizzate da Cleckley, la ricerca successiva ha cercato di sviluppare modelli teorici più complessi e strumenti di valutazione più efficienti nell'identificazione dei tratti psicopatici. In questo contesto, il lavoro di Robert Hare ha avuto un ruolo centrale, grazie allo sviluppo di uno degli strumenti più utilizzati per la valutazione della psicopatia in ambito clinico e forense: la *Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*.

Nonostante la ricerca sia stata in grado di fornire una definizione del costrutto, la comprensione della psicopatia rimane ancora oggi oggetto di dibattito. Dal momento che il disturbo può manifestarsi attraverso configurazioni differenti di tratti e comportamenti, un primo ostacolo riguarda la difficoltà nell'identificazione e classificazione del costrutto all'interno dei sistemi diagnostici.

Inoltre, la ricerca ha evidenziato come i tratti psicopatici non si limitano esclusivamente agli ambienti forensi o carcerari, ma possano emergere in contesti molto diversi tra loro, tra cui anche nella popolazione generale.

Negli ultimi anni, un numero crescente di studi ha iniziato a porre attenzione su alcuni degli elementi strettamente legati al costrutto e capaci di influenzarne la

manifestazione. In particolare, l'attenzione è stata posta sul ruolo del genere nella manifestazione del disturbo, dal momento che gran parte delle ricerche sono state condotte su campioni prevalentemente maschili, spesso provenienti da ambienti forensi. Questa impostazione ha inevitabilmente influenzato lo sviluppo di modelli teorici e strumenti diagnostici basati su un modello maschile, contribuendo a consolidare una rappresentazione della psicopatia fortemente associata a comportamenti antisociali espliciti e a forme di aggressività.

Quanto emerso da tali studi suggerisce che i tratti psicopatici possano manifestarsi in modo differente nei due sessi, in particolare è osservabile come, nelle donne, la manifestazione possa assumere forme meno direttamente violente o antisociali. L'espressione sembrerebbe infatti essere più orientata verso modalità relazionali caratterizzate da manipolazione affettiva, seduttività o strategie interpersonali di controllo. Queste differenze non implicano necessariamente una minore gravità del disturbo, ma piuttosto il fatto che la psicopatia possa assumere manifestazioni diverse, influenzate da processi di socializzazione, esperienza e contesti relazionali.

Per mezzo degli studi e delle evidenze empiriche è stato inoltre possibile osservare come raramente la psicopatia si presenti in forma isolata. Il costrutto, infatti, si caratterizza per un'elevata frequenza di comorbilità con altri quadri psicopatologici, principalmente associati a disturbi di personalità, i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia e i disturbi da uso di sostanze. La presenza di comorbilità contribuisce ad aumentare la complessità del profilo e può influenzare sia l'espressione dei tratti psicopatici sia le modalità di valutazione e intervento.

Alla luce di queste considerazioni, lo studio della psicopatia richiede una prospettiva integrata capace di considerare l'interazione tra fattori biologici, psicologici e ambientali, al fine di comprendere la complessità del fenomeno. L'obiettivo è quello di superare la visione parziale che ha caratterizzato il costrutto per molti anni, riconoscendo la sinergia dei processi neurobiologici, delle dinamiche relazionali e dei fattori socioculturali nello sviluppo dei tratti psicopatici.

A partire da tali premesse, il presente elaborato è strutturato in modo tale da analizzare il costrutto della psicopatia attraverso tre principali ambiti. Nel primo capitolo verranno analizzati i principali modelli esplicativi della psicopatia, ponendo particolare attenzione alle prospettive teoriche, neurobiologiche e comportamentali. Il secondo capitolo sarà centrato sul ruolo del genere nella psicopatia, soffermandosi

sulle differenze nella manifestazione dei tratti psicopatici, nelle modalità di valutazione e nei dati di prevalenza. Infine, il terzo capitolo approfondirà il tema della comorbilità, descrivendo le associazioni tra psicopatia e altri disturbi psicopatologici.

CAPITOLO 1

Modelli esplicativi della psicopatia: prospettive teoriche, neurobiologiche e comportamentali

La psicopatia è un costrutto complesso tradizionalmente definito come disturbo della personalità caratterizzato da una combinazione di elementi quali freddezza emotiva, manipolatività, superficialità affettiva e comportamento antisociale (Hare, 2003). Inoltre, presenta frequentemente comorbidità e sovrapposizioni con altri disturbi della personalità.

1.1 Psicopatia e comorbidità: definizione e quadro teorico

Al contrario di altri disturbi di personalità, la psicopatia non comprende solamente un'unica dimensione, ossia quella comportamentale, ma va ad intrecciarsi con ulteriori deficit affettivi e cognitivi che influenzano a loro volta la regolazione delle emozioni, l'empatia e la moralità (Blair, 2008; Patrick et al., 2009).

I primi contributi fondamentali per comprendere l'eziologia e la natura della psicopatia risalgono a Hervey Cleckley (1941), che nel volume *The Mask of Sanity* descrisse il soggetto psicopatico come un individuo solo apparentemente normale, ma affettivamente vuoto e di conseguenza incapace di provare senso di colpa e stabilire legami emotivi autentici. A partire dagli anni '70 e facendo proprio ciò che aveva concettualizzato Cleckley, Robert Hare, psicologo canadese, sviluppò una propria base empirica del costrutto, culminata nella formulazione della *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R). Tale strumento, oggi considerato il reference tool per la valutazione clinica e forense della psicopatia, permette di identificare due elementi fondamentali: un

fattore interpersonale e affettivo associato a tratti di insensibilità, narcisismo e manipolatività; e un fattore comportamentale legato ad impulsività, responsabilità e antisocialità (Hare & Neumann, 2008).

Le ricerche successive hanno ampliato la comprensione del costrutto, soffermandosi anche sull'aspetto multidimensionale e introducendo modelli teorici come il *Triarchic Model of Psychopathy* (Patrick et al., 2009). Quest'ultimo va a descrivere quelle che sono le tre componenti principali: *boldness* (bassa paura e spregiudicatezza), *meanness* (freddezza emotiva e distacco) e *disinhibition* (impulsività e scarsa capacità di controllo), sottolineando come la psicopatia non appartenga ad una categoria diagnostica rigida, bensì rappresenti un insieme di tratti di personalità che variano la loro manifestazione in base a fattori ambientali, biologici e sociali.

Nello studio della psicopatia, una delle caratteristiche principali riguarda la sua alta comorbidità con altri disturbi psicopatologici. Il termine comorbidità fu introdotto da Feinstein (1970) con l'obiettivo di riferirsi alla compresenza di due o più disturbi in uno stesso individuo (sovrapposizione frequente nel caso della psicopatia a tal punto da rappresentare una delle sue manifestazioni cliniche più ricorrenti). Numerose evidenze empiriche hanno infatti documentato la coesistenza di tratti psicopatici con disturbi di personalità (in particolar modo quello borderline e narcisistico), disturbi dell'umore e dell'ansia, e infine disturbi legati all'uso di sostanze (Skeem et al., 2011). Per poter spiegare tale fenomeno di coesistenza, bisogna far riferimento a molteplici fattori, comprendendo un punto di vista neurobiologico, uno cognitivo e psicologico e infine uno ambientale e di apprendimento. Per quanto riguarda il primo, diversi studi hanno individuato anomalie all'interno di aree cerebrali adibite alla regolazione delle emozioni e alla risposta empatica: ad esempio l'amigdala, la corteccia orbitofrontale e la corteccia prefrontale ventromediale (Blair, 2008; Kiehl, 2006). Tali anomalie sono disfunzionali e vanno a compromettere quelli che sono i processi di elaborazione affettiva e di inibizione comportamentale, aumentando le probabilità di sviluppo di sintomi legati a impulsività, disregolazione emotiva e comportamenti ad alto rischio, spesso condivisi con molteplici altri disturbi di personalità e dell'umore (Glenn & Raine, 2014).

Per ciò che concerne il piano cognitivo e psicologico, nei soggetti psicopatici la relazione tra psicopatia e altri disturbi potrebbe essere legata alla difficoltà di riconoscere e manipolare le proprie emozioni. Tali soggetti si distinguono per una

ridotta sensibilità affettiva e una continua ricerca di stimoli, che inducono spesso a comportamenti impulsivi, abuso di sostanze e scarso controllo della volontà e della consapevolezza, aumentando l'esposizione verso altri tipi di psicopatologia (Hicks & Patrick, 2006). Inoltre, come già detto, alcuni degli attributi tipici di questi soggetti sono l'oscillazione tra freddezza emotiva e comportamenti di acting-out, ossia pattern comportamentali che possono favorire lo sviluppo di tratti borderline o antisociali in comorbilità con la psicopatologia (Rogstad & Rogers, 2008).

In ultima analisi, per quanto riguarda il punto di vista ambientale e di apprendimento, un contesto familiare disfunzionale caratterizzato da traumi precoci, abuso, modelli genitoriali non coerenti o trascuratezza rappresenta un fattore di vulnerabilità che può associarsi a difficoltà emotive e relazionali, incluse problematiche dell'umore e dell'attaccamento. Questi rappresentano i casi emblematici in cui la psicopatologia risulta essere un feedback adattivo alla disfunzione relazionale, e la simultanea presenza di più disturbi è il risultato del rapporto tra vulnerabilità biologica e stress ambientali.

In termini clinici, la condizione psicopatologica evidenziata in precedenza mostra come questi soggetti segnalano maggiori livelli di impulsività, una limitata regolazione delle emozioni e una percentuale di probabilità maggiore di drop-out terapeutico rispetto a soggetti con psicopatologia "pura" (Salekin et al., 2010). In aggiunta, anche la distinzione tra disturbi internalizzanti, come ansia o depressione, ed esternalizzanti, come l'abuso di sostanze e la devianza sociale, sembra essere un fattore che influisce sulla mutabilità del costrutto. Nel primo caso la psicopatologia può assumere una forma meno evidente sul piano comportamentale. Al contrario, la simultanea presenza di disturbi esternalizzanti potrebbe favorire la propensione verso comportamenti antisociali ricorrenti.

1.2 Le basi neurobiologiche e cognitive della psicopatologia

Sulla base di quanto illustrato nel paragrafo precedente, è ormai chiaro che la psicopatologia debba essere considerata come una combinazione complessa di componenti biologiche, cognitive e ambientali che interagiscono tra di loro, determinando il corretto funzionamento della psiche del soggetto; pertanto, non si

tratta di un costrutto unicamente interpretabile come disturbo della condotta o della personalità.

A seguito delle conoscenze emerse, relative alle alterazioni nella regolazione delle emozioni, numerose sono state le ricerche attuate nell'ambito dei processi decisionali e nell'elaborazione della risposta empatica, con lo scopo di individuare le fondamenta neurobiologiche e cognitive che caratterizzano il profilo psicopatico. Comprendere tali meccanismi è necessario sia per definire il modo con cui la psicopatia interagisce con altri disturbi e condizioni cliniche, sia per chiarire quelle che possono essere le differenti forme di manifestazione del costrutto.

Le diverse indagini condotte e i relativi risultati mostrano come ci sia un nesso tra soggetti con alti punteggi di psicopatia e alterazioni nella struttura e nella funzione di aree fondamentali per il sistema limbico, in particolare per quanto riguarda l'amigdala e la corteccia prefrontale ventromediale (vmPFC), regioni fondamentali per regolare la risposta e il riconoscimento emotivo altrui (Kiehl, 2006).

L'amigdala normalmente ha il compito di codificare la paura e il valore affettivo degli stimoli, ma nel caso di soggetti psicopatici tende a mostrare una minore attivazione in risposta alla sofferenza o alla paura, compromettendo la capacità di apprendere legami tra emozioni negative e comportamenti antisociali. Allo stesso modo possibili anomalie nella corteccia prefrontale sembrano avere un impatto sul controllo inibitorio, sull'impulsività e sulla difficoltà di valutare le conseguenze morali e sociali delle proprie azioni, riducendone l'efficacia (Blair, 2008). Tali esiti sono coerenti con il *paralimbic dysfunction model* proposto da Kiehl (2006), il quale associa la psicopatia a un funzionamento atipico che comprende amigdala, ippocampo, corteccia cingolata anteriore, insulina e aree prefrontali. Tutto ciò interferisce sulla regolazione affettiva e sulla presa di decisioni morali, determinando una ridotta risposta emotiva per quanto riguarda le conseguenze delle proprie azioni e anche la capacità di trarre insegnamenti dalle punizioni.

Per quanto riguarda la parte strutturale delle aree sopra citate, è stato riscontrato che una riduzione di volume della materia grigia di amigdala, corteccia orbitofrontale e insulina, sono fattori che vanno a favore dell'ipotesi di un'anomalia neuroanatomica generalizzata (De Brito et al., 2021; Poepl et al., 2019). Tali carenze possono ben spiegare la freddezza emotiva e la mancanza di empatia che

caratterizzano i soggetti con tratti psicopatici, poiché le basi neurobiologiche coinvolgono anche diversi circuiti interconnessi appartenenti al circuito limbico.

Inoltre, sono state riscontrate difficoltà nella capacità di mettere in relazione processi emotivi e cognitivi nella valutazione di condotte moralmente significative, più semplicemente definite come *decision-making*. Pertanto, per quanto riguarda il costrutto preso in analisi, può emergere una scarsa integrazione tra l'elaborazione cognitiva delle norme morali e il corrispondente coinvolgimento emotivo, con una risposta affettiva attenuata durante l'elaborazione di informazioni sociali e rilevanti dal punto di vista morale. Tale quadro risulta coerente con l'ipotesi di alterazioni nei circuiti fronto- limbici coinvolti nella regolazione emotiva e nei processi decisionali in ambito sociale (Glenn & Raine, 2008).

Questo potrebbe anche spiegare l'ipotesi di una dissociazione tra empatia cognitiva, riguardante la capacità di riconoscere e intendere le emozioni altrui, ed empatia affettiva, ossia lo stato affettivo delle emozioni che risulta essere compromesso in modo profondo (van Dongen, 2020). Ciò non significa che i soggetti psicopatici non siano in grado di riconoscere la sofferenza altrui, ma piuttosto che non siano in grado di essere coinvolti a livello emotivo con la persona corrispondente; perciò, mostrano quella che sembrerebbe un'empatia più "fredda", adottando comportamenti manipolativi e finalizzati.

Attraverso le molteplici ricerche neuroscientifiche, è stato possibile comprendere come la psicopatia tenda a manifestarsi in comorbilità con altri disturbi psicopatologici in maniera molto frequente. L'origine di tale condizione risulterebbe ad alterazioni funzionali riguardanti la connettività tra amigdala, corteccia cingolata anteriore e orbitofrontale; tali alterazioni rappresentano pertanto un pattern che coinvolge anche altre condizioni caratterizzate da disregolazione emotiva e impulsiva, come ad esempio nei soggetti borderline e bipolari (Ruocco et al., 2013; Goodkind et al., 2015). La combinazione della ridotta attività del sistema serotoninico, unita ad un'iperattività del sistema dopaminergico, va infatti a favorire comportamenti che accomunano la psicopatia ai disturbi da uso di sostanze, come quelli impulsivi e la ricerca di emozioni intense (Buckholz et al., 2010). Allo stesso modo, il fatto che ci sia un malfunzionamento nell'interazione tra le aree prefrontali del cervello e l'amigdala, serve a spiegare la sovrapposizione con disturbi di personalità come quello narcisistico o antisociale (Blair, 2008).

Tali evidenze mostrano come la comorbidità legata alla psicopatia sia l'effetto della condivisione di circuiti neurali e meccanismi cognitivi non adattivi, che si manifestano con sintomi diversi. Seguendo questo punto di vista, la psicopatia potrebbero essere considerata come una condizione legata e connessa a diversi domini della psicopatologia, e in qualche modo transdiagnostica, ossia che si sofferma su processi psicologici comuni che sono presenti in diversi disturbi.

Una volta conosciute le caratteristiche neurobiologiche, è fondamentale comprendere il modo in cui queste si manifestano clinicamente a livello comportamentale, mettendo in evidenza anche come possano variare in base a fattori contestuali, di sviluppo o di genere.

1.3 Manifestazioni cliniche e comportamentali della psicopatia

Una volta evidenziate e comprese le caratteristiche neurobiologiche e cognitive della psicopatia, è fondamentale analizzare in che modo si manifestano nei comportamenti osservabili. Infatti, la psicopatia riguarda un ampio quadro di comportamenti interpersonali, emotivi e antisociali, che riflettono il rapporto tra vulnerabilità individuale e fattori ambientali; dunque, non si tratta soltanto di un insieme di deficit o tratti di personalità (Hare, 2003; Patrick et al., 2009).

Il soggetto psicopatico, a partire dalle prime osservazioni di Cleckley (1941), viene generalmente descritto come un individuo privo di reali legami affettivi e di senso morale, anche se sembra adattato dal punto di vista sociale. Tale “maschera”, la quale fa apparire il soggetto come sano, rappresenta proprio uno dei tratti principali del costrutto, ossia la sua capacità di apparire affidabile ed empatico, ma il fine è quello di manipolare gli altri a proprio vantaggio (Babiak & Hare, 2006). Ovviamente questa caratteristica, unita all'incapacità di instaurare legami profondi e a una totale assenza di rimorso, porta i soggetti psicopatici a diventare insidiosi sia in contesti relazionali che lavorativi.

Dal punto di vista interpersonale, il fatto di strumentalizzare le relazioni allo scopo di ottenere vantaggi o potere, si accompagna spesso a una tendenza al controllo interpersonale. Non a caso, queste due inclinazioni, associate a soggetti con alti tratti psicopatici, coesistono con comportamenti dominanti, seduttivi e manipolativi, uniti

a un atteggiamento emotivamente freddo e indifferente alle conseguenze delle proprie azioni sugli altri (Hare & Neumann, 2008; Glenn & Sellbom, 2015).

Sul piano emotivo e comportamentale, gli individui affetti da psicopatia mostrano una minore capacità di apprendere dall'esperienza, come nel caso delle punizioni o delle conseguenze negative delle proprie azioni; in costoro, come dimostrano vari studi di neuroimaging, si può notare una minore attivazione delle aree prefrontali e dell'amigdala durante compiti di condizionamento avversivo (Viding & McCrory, 2019). Come già detto in precedenza, la manifestazione dei tratti psicopatici avviene attraverso comportamenti impulsivi, ricerca di sensazioni forti e bassa tolleranza alla frustrazione: proprio la difficoltà nel modulare le emozioni negative porta come conseguenza comportamenti antisociali, irresponsabilità e tendenza alla trasgressione delle norme sociali (Blair, 2008; Kiehl, 2006).

È tuttavia importante sottolineare che la psicopatia non coincide con la criminalità, nonostante sia rilevante il numero di soggetti con alti punteggi alla PCL-R. Molteplici sono state infatti le ricerche che hanno dimostrato l'esistenza di una forma di psicopatia più lieve, in cui i tratti principali, come freddezza e controllo emotivo, possono tradursi in comportamenti funzionali a livello sociale, tanto da conseguire il successo professionale o addirittura di leadership in ambito politico e culturale (Lilienfeld et al., 2012). In casi come questi la parte “manipolativa” e la mancanza di empatia dei soggetti vengono gestite da un corretto controllo cognitivo, evitando l'esito in una condotta antisociale tipica delle forme più disfunzionali della psicopatia.

Tali differenze supportano l'ipotesi secondo cui il modello biopsicosociale rappresenta l'approccio interpretativo più efficace, in cui le tre dimensioni - neurobiologica, psicologica e sociale - interagiscono tra di loro per determinare le modalità di espressione del costrutto. La psicopatia rappresenta un esempio paradigmatico di come un insieme di tratti possa esprimersi in comportamenti differenti a seconda sia del contesto sia delle caratteristiche individuali.

1.4 Dinamiche evolutive della psicopatia

Storicamente, la psicopatia è stata erroneamente descritta come disturbo statico, caratterizzato da tratti rigidi che non mutano nel tempo. Tuttavia, ricerche più recenti hanno dimostrato come l'espressione del costrutto varia in rapporto a fattori biologici, cognitivi, ambientali e sociali durante tutto il corso dello sviluppo. Tale

prospettiva ha permesso di spostare l'attenzione da una concezione più statica a una più dinamica del disturbo. (Frick & Viding, 2009). L'analisi della progressione del disturbo nel tempo in relazione all'età, al contesto ambientale e alla presenza di comorbidità, è fondamentale poiché consente di comprendere i meccanismi che influiscono sulla stabilità o sui cambiamenti del disturbo. Inoltre, approfondire la progressione del fenomeno comporta benefici in ottica preventiva: a partire da tali osservazioni si possono individuare aspetti di vulnerabilità evolutiva che possono limitare o bloccare l'insorgenza di condotte antisociali.

Un primo punto di svolta nella ricerca riguarda l'identificazione dei tratti *callous-unemotional* (CU), ovvero un insieme di caratteristiche affettive e interpersonali, che spaziano tra freddezza emotiva, mancanza di empatia, assenza di rimorso e indifferenza verso i sentimenti altrui. Generalmente l'insieme delle caratteristiche sopracitate si manifesta in bambini che presentano alterazioni sia nella reattività emotiva agli stimoli sociali negativi, sia nella risposta al senso di colpa. È fondamentale in quest'ottica interpretare questi tratti non come unici indicatori di condotta antisociale, ma piuttosto come dimensioni affettive e stabili, in grado di influenzare l'interpretazione e la risposta dell'individuo a stimoli di natura sociale ed emotiva.

L'utilizzo di studi longitudinali ha permesso di creare una relazione tra alti livelli di tratti CU in infanzia e stabilità dei comportamenti antisociali/esordio della psicopatia in età adulta (Kimonis & McDonogh, 2025). Ciò nonostante, la presenza di tali tratti non determina inevitabilmente l'insorgenza del disturbo per via di un terzo fattore fondamentale: l'ambiente, il quale influisce sia sull'espressione sia sul mantenimento dei tratti. Al contempo fattori come la qualità dell'attaccamento, la coerenza genitoriale e possibili esperienze traumatiche possono modellare la traiettoria evolutiva dei soggetti già tendenti alla psicopatia; freddezza, incoerenza o coercizione da parte dei genitori tendono inoltre a rafforzare i tratti CU, al contrario relazioni e pratiche possono ridurre la stabilità nel tempo (Pardini & Loeber, 2008).

Seguendo una prospettiva neurobiologica, le alterazioni nei circuiti limbico-frontali, osservate negli adulti con psicopatia, potrebbero essere presenti fin dall'adolescenza (Blair, 2013) e manifestarsi attraverso una ridotta attivazione dell'amigdala in risposta a stimoli di sofferenza altrui, e attraverso una disfunzione nella corteccia orbitofrontale. La configurazione neurofunzionale, data dal fatto che entrambe le aree sono coinvolte nel riconoscimento delle emozioni e

nell'apprendimento associativo, spiegherebbe la difficoltà di imparare a seguito di esperienze negative e la tendenza a riproporre comportamenti antisociali nonostante le conseguenze.

Donald R. Lynam (1967), psicologo e ricercatore statunitense, diventò noto per aver contribuito a collegare il modello della psicopatia adulta di Hare con i disturbi della condotta infantile. Nel 2002 introdusse il concetto di *fledgling psychopathy* riferendosi a una forma di psicopatia che si manifesta in adolescenza con eccessi di impulsività, mancanza di rimorso e comportamenti manipolativi, seppure non sempre evolva poi in un disturbo stabile nell'età adulta. L'adolescenza, infatti, rappresenta un punto cruciale per la progressione della psicopatia: è in questo momento che i tratti affettivi e interpersonali possono radicarsi o, al contrario, attenuarsi attraverso la prevenzione. Il passaggio dall'adolescenza all'età adulta sembra, quindi, essere determinato dal rapporto tra la predisposizione temperamentale e i fattori ambientali, quali l'esposizione a contesti che implicano la devianza, l'abuso di sostanze o la marginalità sociale (Glenn et al., 2013).

Sebbene la parte affettivo-interpersonale (dominata da freddezza, mancanza di rimorso) riesca a mantenersi stabile nel tempo, la parte comportamentale (caratterizzata da impulsività, irresponsabilità, tratti antisociali) sembra essere più facilmente condizionabile dall'ambiente e dalle opportunità di cambiamento (Frick & Viding 2009; Kimonis & McDonogh, 2025). Numerose ricerche longitudinali hanno infatti evidenziato che la stabilità dei tratti psicopatici è del tutto parziale: ciò significa che non bisogna interpretare il costrutto in modo immutabile e statico, ma percepirlo come una configurazione multidimensionale estremamente sensibile alle esperienze di vita e alle possibilità di intervento.

Un ulteriore aspetto rilevante riguarda il rapporto tra sviluppo della psicopatia e la comorbilità. Elevati livelli di tratti psicopatici durante l'adolescenza possono portare a sviluppare, nel corso del tempo disturbi esternalizzanti - come abuso di sostanze e comportamenti antisociali persistenti (Pardini & Loeber, 2008) - ma anche internalizzanti - come ansia o depressione - in risposta a stress ambientale o fallimenti relazionali. Il fatto che ci siano due traiettorie suggerisce che la psicopatia possa evolvere sia in base alla prevalenza dei fattori di rischio biologici e di contesto, sia all'intensità delle esperienze traumatiche precoci e dunque basarsi su modelli differenti.

Brazil e Forth (2020) hanno invece proposto un nuovo punto di vista, un modo di leggere la psicopatia secondo una prospettiva di life history. Il disturbo, in quest'ottica, rappresenterebbe una strategia di adattamento a contesti percepiti come ostili o imprevedibili; di conseguenza i tratti caratterizzanti (manipolazione, freddezza e impulsività) sarebbero risposte evolutive con obiettivo la sopravvivenza e il vantaggio individuale a breve termine; cioè non si tratterebbe solo di disfunzioni, anche se nel contesto sociale moderno tali tratti risultano maladattivi e predittivi di comportamenti antisociali.

In conclusione, la psicopatia è il risultato di un fenomeno complesso e dinamico che richiede di considerare non solo le predisposizioni individuali, ma anche le esperienze e il contesto in cui è immerso l'individuo. Frick e Viding (2009) evidenziano che la psicopatia non deve essere intesa come un tratto immutabile, ma come un insieme di caratteristiche che può modificarsi nel corso dello sviluppo in funzione delle esperienze e delle relazioni.

CAPITOLO 2

Il ruolo del genere nella psicopatia: manifestazioni, valutazione e prevalenza

Il concetto di genere rappresenta ad oggi una delle dimensioni più complesse all'interno delle scienze psicologiche, poiché si collega simultaneamente ad aspetti biologici, psicologici e socioculturali, e richiede di distinguere tra la nozione di sesso e quella di genere. Mentre il sesso va considerato come una categoria biologica, influenzata da caratteristiche fisiologiche e anatomiche, il genere, al contrario, fa riferimento ad un costrutto socioculturale che definisce i ruoli, i comportamenti e le aspettative all'interno di una certa cultura (West e Zimmerman, 1987; Hyde et al., 2019).

2.1 Il genere come costrutto multidimensionale

Tuttavia, il genere non è influenzato da una sola variabile socioculturale. Piuttosto deve essere inteso come un fenomeno interpretativo, capace di integrare fattori biologici, ambientali e psicologici se si vuole comprendere il comportamento umano nel suo complesso.

Secondo Rippon (2019), non esiste un cervello maschile o un cervello femminile. Le differenze che si possono osservare nei cervelli di persone a cui alla nascita è stato assegnato il sesso maschio o femmina sono gli effetti dell'esperienza. Il cervello è modellato e rimodellato dal mondo in cui si sviluppa. La plasticità del cervello fa sì che esso viene costantemente modificato a seguito dell'interazione continua tra biologia e ambiente. Di conseguenza, le differenze nei comportamenti maschili o femminili e la vulnerabilità agli aspetti psicopatologici derivano da un insieme di fattori neurobiologici e di socializzazione. In quest'ottica l'influenza del

genere riguarda anche le modalità qualitative con cui tali disturbi si manifestano, vengono interpretati e trattati, non solo di differenze quantitative come accade in prevalenza. Tale prospettiva è fondamentale per riconoscere come nella ricerca possano crearsi bias che influenzano le domande poste, chi partecipa agli studi e il modo in cui vengono interpretati i risultati.

Durante il corso della storia, la ricerca si è concentrata quasi esclusivamente su campioni maschili, di conseguenza i modelli teorici che sono stati creati e gli strumenti diagnostici utilizzati riflettono perlopiù comportamenti tipici degli uomini, come aggressività, impulsività e devianza antisociale (Forouzan & Cooke, 2005; Vitale et al., 2018). Come conseguenza la psicopatologia femminile è stata spesso sottostimata o interpretata attraverso schemi diagnostici non adeguati, impedendo di coglierne le specificità. Studi successivi hanno evidenziato che, nelle donne, i tratti psicopatici possono manifestarsi attraverso modalità meno sovrapponibili ai prototipi antisociali tradizionalmente descritti, includendo condotte autolesive, seduttività, manipolazione affettiva e controllo interpersonale (Cale & Lilienfeld, 2002; Verona & Vitale, 2006).

La differenziazione in base al genere nello studio della psicopatologia porta ad ampliare la prospettiva teorica e clinica del disturbo, superando l'idea di un modello puramente maschile e statico. Di conseguenza diventa fondamentale riconoscere eventuali bias di genere (diagnostici o forensi) e capire come essi influenzino la percezione, la valutazione e la gestione dei soggetti con tratti psicopatici. In particolare, le donne spesso vengono valutate come più emotivamente instabili ma meno pericolose, ricevendo talvolta diagnosi alternative (ad esempio il disturbo borderline) che impediscono di arrivare ad una corretta identificazione della psicopatologia (Nicholls et al., 2005; Forouzan & Cooke, 2005).

2.2 L'influenza del genere nei bias diagnostici e forensi della psicopatologia

Dopo aver analizzato l'influenza del genere nell'ambito della psicopatologia, è importante considerare in che modo esso incida anche nell'ambito clinico-forense. In continuità con l'asimmetria riportata in letteratura, il fatto che la maggior parte degli studi compiuti nel corso della storia siano androcentrici, ha avuto ricadute dirette sugli strumenti di valutazione della psicopatologia, contribuendo alla costruzione di criteri

maggiormente sensibili alle manifestazioni tipicamente maschili del disturbo (Forouzan & Cooke, 2005).

Per interpretare correttamente i bias diagnostici e peritali descritti in questo paragrafo, è necessario richiamare la struttura della Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) e le logiche che guidano l'attribuzione dei punteggi. La scala è composta da 20 item, ognuno dei quali viene valutato su scala a tre intervalli (0-2) in base al grado di corrispondenza con le caratteristiche dell'individuo. Il punteggio totale varia da 0 a 40, in ambito di ricerca una soglia di 30 è spesso usata come criterio operativo per identificare livelli elevati di tratti psicopatici, non sempre però il limite stabilito è lo stesso poiché in alcuni contesti culturali e nazionali è stata proposta una soglia più bassa (ad esempio in Scandinavia 25) per l'utilizzo clinico. Gli item comprendono caratteristiche interpersonali e affettive (ad esempio superficialità, grandiosità, menzogna, senso di colpa, scarsa empatia) e comportamentali legate allo stile di vita (come impulsività, scarso controllo comportamentale, assenza di pianificazione a lungo termine, comportamento irresponsabile, stile di vita parassitario), oltre a indicatori legati alla storia comportamentale precoce e adolescenziale, come condotte devianti e diversificazione della criminalità. La PCL-R è considerata una misura solida e associata in letteratura ad una capacità predittiva rispetto alla violenza futura, ai comportamenti antisociali e alla recidiva criminale.

Dal momento che le manifestazioni dei disturbi tendono a subire l'influenza del genere, la sintomatologia differente nelle donne - tipicamente meno antisociale e più relazionale - non sempre permette a strumenti come la PCL-R di riconoscere le manifestazioni psicopatiche. Questa rigidità diagnostica porta inevitabilmente alla creazione di un bias che contribuisce o alla sottodiagnosi o a diagnosi alternative. (Nicholls et al., 2005; Warren et al., 2005).

Su un piano ipotetico, due soggetti che presentano livelli comparabili di freddezza emotiva, manipolazione interpersonale e impulsività possono comunque ottenere punteggi significativamente diversi alla PCL-R esclusivamente in funzione della presenza o assenza di comportamenti antisociali osservabili. Nello specifico, un profilo con una storia criminale manifesta tenderà ad ottenere punteggi più elevati rispetto a profilo con la stessa gravità psicopatologica, espressa però attraverso modalità relazionali o indirette.

In ambito clinico, la presenza di bias di genere può avere ricadute significative sul giudizio di psicologi o altri professionisti della salute mentale. Le valutazioni molto

spesso non sono neutrali, ma subiscono l'influenza di credenze implicite legate al concetto di genere, di conseguenza le pazienti donne vengono più facilmente interpretate su un piano emotivo, mentre i pazienti uomini sono più spesso associati a comportamenti violenti o pericolosi (Schug et al., 2007). Un possibile esempio di distorsione valutativa riguarda l'interpretazione di comportamenti economicamente dipendenti: in base alla divisione socioculturale dei ruoli, tale dipendenza può essere percepita come più 'attesa' nelle donne, con il rischio di ridurre l'impatto clinico-forense dell'item relativo allo stile di vita parassitario, mentre negli uomini la stessa condizione può essere più facilmente interpretata in ottica antisociale.

In tal senso, gli uomini con psicopatologia vengono percepiti maggiormente pericolosi o minacciosi rispetto alle donne, le quali, nonostante la parità nella gravità del disturbo, vengono considerate meno violente ma più manipolative; di conseguenza il trattamento per queste ultime riguarda percorsi più riabilitativi o psicoterapeutici. (Vitale et al., 2002; Warren et al., 2005).

Per quanto concerne l'ambito forense, l'asimmetria di genere si manifesta sia durante la valutazione clinica sia durante il processo giudiziario. Tali dinamiche emergono con particolare evidenza nelle popolazioni carcerarie femminili, molte donne infatti entrano nel sistema penale per reati legati all'uso di sostanze o contesti relazionali disfunzionali spesso caratterizzati da esperienze traumatiche. Queste traiettorie, essendo differenti da quelle tipicamente maschili, vengono tuttavia valutate attraverso strumenti costruiti sulla base di percorsi antisociali più evidenti, rendendo più complicato il rintracciamento del disturbo tramite gli strumenti diagnostici classici (de Vogel & Lancel, 2016).

Questa ambivalenza rende palese la grande importanza che gli stereotipi culturali hanno all'interno della società, dal momento che la loro influenza prevale sull'analisi del comportamento clinico oggettivo (Delgado et al., 2018). Non si parla soltanto di un errore di classificazione, ma di un'intera visione distorta del disturbo che viene perpetuata nel tempo, creando una polarizzazione diagnostica: da una parte l'etichettamento patologico dei tratti maschili e dall'altro la sottovalutazione di quelli femminili.

2.3 Differenze di genere nelle caratteristiche interpersonali della psicopatia

Accanto all'aspetto sintomatologico, un altro tassello fondamentale della psicopatia riguarda la sua connessione con la sfera interpersonale. Si parla di una condizione complessa per cui gli individui con tratti psicopatici mostrano un'incapacità nell'instaurare connessioni emotive con altri individui, attuando un uso strategico delle relazioni, principalmente basate sul controllo, l'inganno o lo sfruttamento. Molto spesso l'espressione dei tratti interpersonali avviene in funzione dei ruoli sociali e delle aspettative culturali interiorizzate, per questo motivo lo studio delle differenze di genere nelle modalità relazionali della psicopatia, permette di comprendere come queste ultime si differenziano e si presentano negli uomini e nelle donne (Verona & Vitale, 2006).

Le differenze di genere nella psicopatia emergono soprattutto nelle strategie interpersonali di controllo e manipolazione. In particolare, nei profili femminili tali dinamiche possono assumere più frequentemente forme indirette di aggressività, socialmente percepite come meno allarmanti rispetto all'aggressività fisica, che tende invece a essere scoraggiata (Campbell et al., 2009).

Al fine di comprendere in maniera esaustiva le differenze nelle modalità interpersonali e relazionali della psicopatia, è importante far riferimento a modelli teorici più ampi che descrivono specifiche modalità di funzionamento sociale disfunzionale. Il modello della *Triade Oscura della personalità* teorizzato da Paulhus e Williams (2002) offre un grande contributo alla comprensione più approfondita delle differenze interpersonali nella psicopatia. Tale modello introduce tre costrutti distinti ma correlati tra di loro - narcisismo, machiavellismo e psicopatia - che insieme delineano una triade di concetti rappresentanti ognuno una modalità disfunzionale a livello sociale: tratti di freddezza emotiva, manipolazione e scarsa empatia.

- ❖ Il narcisismo implica grandiosità, un'elevata attenzione verso il giudizio altrui e bisogno di ammirazione.
- ❖ Il machiavellismo si fonda su cinismo e calcolo interpersonale, inteso come consapevolezza e capacità di controllare e pianificare le relazioni per ottenere vantaggi personali; di conseguenza, questo implica un atteggiamento manipolativo e strategico.

- ❖ La psicopatia, infine, si distingue per l'insensibilità, l'impulsività e la mancanza di rimorso.

Il modello della triade può essere uno strumento utile per spiegare come le persone con tratti psicopatici abbiano la tendenza a instaurare relazioni strumentali, le quali hanno come primo obiettivo il controllo, piuttosto che l'affiliazione. Anche le differenze di genere risultano essere coerenti con quelle studiate per il costrutto della psicopatia. Gli uomini tendono infatti ad avere in media punteggi più alti su psicopatia e machiavellismo, al contrario le donne sono più legate alla sfera narcisista ma in una prospettiva relazionale, ponendo principalmente attenzione alla ricerca di approvazione sociale. Studi recenti hanno evidenziato come queste utilizzino le proprie competenze sociali in modo strategico, mostrando ad esempio livelli più alti di empatia - ossia la capacità di comprendere gli stati mentali altrui- orientati a finalità strumentali e manipolative (Wai & Tiliopoulos, 2012). Tale dinamica mostra e conferma che, nel contesto relazionale, il livello di pericolosità della psicopatia femminile non differisce da quella maschile, ma si esprime attraverso forme d'azione più lievi e difficili da individuare.

Nella maggior parte dei casi, nelle donne i meccanismi interpersonali si manifestano attraverso forme di aggressività relazionale, ma non si tratta di violenza fisica, bensì di forme più indirettamente ostili, volte a danneggiare le relazioni o la reputazione di altri individui piuttosto che a infliggere dolore diretto (Crick & Grotpeter, 1995). Tali manifestazioni includono comportamenti manipolativi a livello emotivo, esclusione sociale e seduttività strategica, riflettendo così i tratti tipici della Triade Oscura, la cui espressione viene modellata, sulla base di norme di genere, nelle forme socialmente più accettabili (Campbell et al., 2009).

In sintesi, la Triade Oscura offre un modello interpretativo integrato che permette di comprendere come il genere influenzi principalmente le dimensioni relazionali e il controllo interpersonale, piuttosto che i suoi aspetti sintomatologici o diagnostici. Tale modello permette inoltre di riconoscere come manipolazione, dominanza e aggressività siano influenzate dal genere. Comprendere queste differenze, nella manifestazione di tratti psicopatologici tra uomini e donne, risulta essenziale sia per migliorare la valutazione clinica sia per superare eventuali bias diagnostici e culturali.

2.4 Differenze di genere nella prevalenza della psicopatia

Il legame con il concetto di genere viene inteso come una variabile cruciale nell'interpretazione dei dati di prevalenza, poiché influisce, in primo luogo, sulla probabilità di identificare il disturbo e, in secondo luogo, sulle modalità attraverso le quali i tratti vengono identificati e misurati. Naturalmente la variabilità osservata risulta notevole e non dipende solo dal genere, bensì anche dal contesto di osservazione - clinico, forense o popolazione generale -, nonché dagli strumenti e dai criteri diagnostici utilizzati (de Vogel & Lancel, 2016; Forouzan & Cooke, 2005)

Nell'ambito forense, viene riportata una prevalenza maggiore e consistente della psicopatia negli uomini piuttosto che nelle donne. Gli studi condotti su popolazioni carcerarie evidenziano, nelle detenute, punteggi nettamente inferiori alla Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) e un ridotto quantitativo di soggetti che raggiunge la soglia clinica stabilita. Al contrario, tra i detenuti di sesso maschile viene registrata una percentuale più ampia di soggetti con punteggi elevati nella PCL-R (Hare, 2003; de Vogel & Lancel, 2016; Vitale et al., 2018).

Per quanto riguarda i contesti clinici e psichiatrici, le differenze di genere in ambito di prevalenza appaiono diverse e meno marcate rispetto all'ambito forense. La difficoltà sta nell'identificazione di un quadro "pulito" della psicopatia, dato che in questi campioni i tratti psicopatici appaiono spesso in comorbidità con altri disturbi legati alla personalità, all'umore o all'uso di sostanze. Questo potrebbe spiegare come l'inferiore prevalenza femminile nei tratti psicopatici, non sia dovuta a una differenza quantitativa reale, ma piuttosto a una differenza qualitativa nel modo di manifestare il disturbo (de Vogel & Lancel, 2016)

Analizzando la psicopatia nel contesto della popolazione generale, risulta invece più appropriato l'utilizzo di un modello dimensionale piuttosto che categoriale. In questo contesto si crea un quadro basato su campioni non clinici, che dimostra come i tratti psicopatici non si presentino esclusivamente in "presenza o assenza", ma siano distribuiti lungo un continuum. Secondo questa prospettiva, i tratti tipici della psicopatia (come freddezza emotiva, impulsività o manipolazione) possono essere riscontrati anche nella popolazione generale, ossia in soggetti che non hanno ricevuto una diagnosi o che non soddisfano criteri clinici (Coid et al., 2009; Colins et al., 2017). I quadri clinici, al contrario, si distinguono per una maggiore intensità e pervasività dei tratti, uniti a una maggiore stabilità nel tempo e a un impatto più significativo sul

funzionamento. In questo contesto, inoltre, è stato possibile osservare come il divario di genere tenda a ridursi, nel momento in cui vengono utilizzati strumenti di autovalutazione piuttosto che interviste cliniche strutturate. Questo accade perché il self-report misura i tratti più interni e soggettivi, al contrario delle valutazioni cliniche o forensi che riescono a cogliere maggiormente le manifestazioni esterne e antisociali (molto spesso legate al modello maschile) dal momento che non si basano esclusivamente su ciò che la persona dice di sé, ma su fonti esterne (atti giudiziari, cartelle cliniche, operatori penitenziari, sanitari e istituzionali) e su indicatori osservabili (de Vogel & Lancel, 2016; Forouzan & Cooke, 2005; Verona & Vitale, 2006).

Un'ulteriore disparità di genere si può osservare nel rapporto con le istituzioni, sia in ambito clinico sia in ambito giudiziario. Molto frequentemente accade che donne con tratti compatibili con la psicopatia vengano maggiormente interpretate come “soggetti da curare” e quindi l'orientamento è più indirizzato verso percorsi terapeutici (ad esempio, servizi di salute mentale o comunità). Al contrario, quando un uomo mostra comportamenti simili, accade più spesso che venga percepito come pericoloso o a rischio di recidiva; dunque, è più probabile che finisca in percorsi punitivi (come il carcere, l'arresto o misure restrittive). Tale divario finisce per rafforzare l'idea che la psicopatia sia un disturbo prevalentemente maschile, nonostante le evidenze indichino che i tratti psicopatici sono distribuiti lungo un continuum nella popolazione (Forouzan & Cooke, 2005)

Nel complesso, i dati di prevalenza della psicopatia sono influenzati dall'interazione tra genere, contesto e strumenti di valutazione. Pertanto, le differenze tra uomini e donne dipendono anche da come i tratti vengono manifestati e da quanto facilmente vengono riconosciuti dagli strumenti diagnostici e da chi valuta. La prevalenza riportata nei dati può assumere numeri diversi a seconda dei criteri che vengono utilizzati per definirla: se ci si concentra di più sui comportamenti antisociali o sui tratti di personalità, e a seconda di quale interpretazione clinica o culturale si dà ai comportamenti (de Vogel & Lancel, 2016).

Alla luce di quanto osservato, è evidente la necessità di adottare modalità valutative più gender-sensitive, in grado di cogliere sia le manifestazioni comportamentali più evidenti, sia quelle più sottili e legate a forme relazionali e interpersonali. Il superamento dei bias diagnostici è possibile solo attraverso una

visione critica dei dati di prevalenza e dei modelli teorici, superando così le distorsioni legate alla stima, alla rilevazione e all'interpretazione del costrutto (discusse in precedenza e storicamente radicate), al fine di restituire una rappresentazione più accurata e inclusiva della psicopatia nei diversi contesti (de Vogel & Lancel, 2016; Forouzan & Cooke, 2005).

CAPITOLO 3

Comorbilità della psicopatia: profili clinici e associazioni psicopatologiche

Sulla base della definizione di comorbilità già introdotta, il presente capitolo esamina in sequenza l'associazione della psicopatia con il disturbo borderline di personalità, il disturbo antisociale di personalità, i disturbi da uso di sostanze e i disturbi internalizzanti.

3.1 Comorbilità con il Disturbo Borderline di Personalità (DBP)

La relazione tra psicopatia e Disturbo Borderline di Personalità (DBP) rappresenta una delle aree di comorbilità più discusse. La letteratura in questo campo tende a soffermarsi principalmente su due aspetti: (a) quando tratti psicopatici e sintomi borderline tendono a presentarsi simultaneamente, e (b) quale configurazione di tratti psicopatici è più compatibile con un profilo borderline molto evidente.

L'interconnessione tra i due costrutti risulta essere rilevante dal momento coinvolge dimensioni in parte condivise (instabilità comportamentale, impulsività, aggressività reattiva) ma anche aspetti tipicamente divergenti (freddezza emotiva e stile manipolativo-strategico vs disregolazione affettiva e intensa vulnerabilità emotiva).

Un filone di studi rilevante sostiene che i sintomi borderline non si associno sempre allo stesso modo con la psicopatia, ma emergano con maggiore probabilità quando nello stesso soggetto si presentano simultaneamente due tipi di caratteristiche: un fattore interpersonale-affettivo (F1) e un fattore impulsivo-antisociale (F2). Seguendo questa direzione, Sprague e colleghi (2012) hanno voluto verificare l'idea per cui alti livelli di F1 e di F2 siano collegati a più tratti borderline, testando il modello su due campioni differenti: un gruppo di studenti universitari (1) e un ampio campione di donne detenute (2). I risultati hanno supportato l'ipotesi iniziale per entrambi i gruppi, infatti, si può notare che nei casi in cui F1 e F2 sono entrambi alti, si ha una

maggiore presenza di tratti borderline. Nel campione universitario, inoltre questa relazione viene descritta come più evidente nelle donne.

Se prima l'attenzione era posta sull'ipotesi che DBP e psicopatia si potessero sovrapporre, a seguito di questi risultati la questione è più profonda, incentrandosi su quale forma di psicopatia tende a sovrapporsi al DBP. I dati suggeriscono che non sia sufficiente una sola componente interpersonale-affettiva (F1), né la sola componente disinibita-antisociale (F2), ma che la sintomatologia borderline diventi più probabile quando entrambe le componenti risultano congiunte ed elevate, delineando un profilo più globale e clinicamente complesso (Sprague et al., 2012).

All'interno della stessa area di studi, è stata portata avanti l'ipotesi che, almeno in una parte dei casi, il disturbo borderline possa rappresentare il modo con cui si manifesta nella pratica una certa vulnerabilità legata alla psicopatia. È importante sottolineare come questo non implichi un'equivalenza tra costrutti, ma bensì sottolinei come un quadro borderline possa "coprire" o includere tratti tipicamente associati alla psicopatia, specialmente quando sono presenti aspetti manipolativi uniti a disinibizione e instabilità.

Sprague e colleghi (2012) riprendono queste ipotesi sulla base dei loro risultati per cui i tratti borderline risultano maggiormente associati alla psicopatia, quando entrambe le due componenti (F1 e F2) sono presenti in maniera elevata e simultaneamente, evidenziando quindi un legame che dipende dalla combinazione di elementi nel profilo piuttosto che dall'intensità di un singolo fattore.

In ambito clinico, questo tipo di lettura è coerente con l'osservazione che i profili DBP non sono omogenei, bensì possono esserci configurazioni più internalizzanti, dominate da ansia, depressione, paura dell'abbandono e autolesionismo, e configurazioni più esternalizzanti, caratterizzate rabbia reattiva, abuso di sostanze e condotte aggressive. In particolar modo, la seconda configurazione risulta essere, a livello teorico, più compatibile con elevati tratti psicopatici, incentrandosi principalmente sulla parte disinibita e aggressiva.

Verona, Sprague e Javdani (2012) si sono concentrati su una questione particolarmente importante riguardo la comorbilità tra disturbo borderline e psicopatia, ossia i comportamenti auto-diretti (ideazione suicidaria, autolesionismo e tentativi), analizzando differenze di genere nella relazione tra fattori della psicopatia e

rischio di violenza auto-diretta. La loro analisi si è basata su due studi e in entrambi l'interazione tra F1 e F2 - considerata rappresentativa di alta psicopatia -risulta associata a ideazione, autolesionismo e tentativi principalmente nelle donne. Negli uomini, invece, i tratti del F2 risultano indipendenti rispetto alla componente F1, dunque sufficienti per indicare da soli un rischio auto-diretto. Lo stesso lavoro ha esteso l'analisi con l'obiettivo di verificare se i sintomi borderline possano spiegare, almeno in parte, l'associazione tra psicopatia e comportamenti auto-diretti. I risultati indicano che i sintomi di DBP spiegano parzialmente gli effetti del F2 su self-harm e tentativi in entrambi i generi, mentre spiegano pienamente gli effetti protettivi del F1 solo negli uomini.

In termini di comorbidità l'implicazione è significativa dal momento che in soggetti con alti livelli di tratti disinibiti-antisociali (F2), la co-esistenza di sintomi borderline può associarsi a una riconfigurazione del rischio verso forme di maladattamento, che non si esauriscono nelle condotte eteroaggressive tipiche dell'area F2, ma includono condotte auto- dirette. In quest'ottica, la comorbidità tra DBP e psicopatia non sembra ridursi ad una banale addizione di caratteristiche, ma appare in grado di riorganizzare il profilo di rischio, includendo condotte aggressive sia verso gli altri che verso se stessi (Verona et al., 2012).

Una seconda questione fondamentale per interpretare la comorbidità DBP-psicopatia deriva dagli studi sui sottotipi. La letteratura, infatti, distingue spesso un profilo più "primario", emotivamente stabile, e un profilo "secondario/distressed", caratterizzato da maggiore emotività negativa, impulsività e problematiche cliniche associate.

Hicks e colleghi (2004) hanno approfondito la questione partendo dall'osservazione di un campione di detenuti maschi con alti tratti psicopatici (PCL-R). Attraverso un'analisi statistica cluster basata sulla struttura di personalità, hanno evidenziato due cluster: un gruppo definibile come "emotionally stable psychopaths", caratterizzato soprattutto da bassa *Stress Reaction*, e un gruppo definibile come "aggressive psychopaths", caratterizzato da alta *Negative Emotionality*, bassa *Constraint* e bassa *Communion*.

Il profilo "aggressive" (alta NEM, bassa CON) mostra modalità di funzionamento che risultano concettualmente più vicine a tratti borderline esternalizzanti (affettività negativa estrema e impulsività, rabbia reattiva e aggressività,

abuso di sostanze, trauma/PTSD e comportamento suicidario), rendendo plausibile una maggiore sovrapposizione con DBP rispetto al profilo emotivamente stabile (Hicks et al., 2004, Hicks et al., 2010).

Questa lettura viene ulteriormente rafforzata dallo studio “Validating Female Psychopathy Subtypes” (Hicks, Vaidyanathan & Patrick), nel quale vengono identificati sottotipi analoghi anche nelle detenute psicopatiche, con una variante secondaria caratterizzata da alta Negative Emotionality e bassa Constraint. Questo tipo di configurazione sembra però essere connessa ad un profilo clinico più grave, contraddistinto da un maggiore esordio precoce di antisocialità, più violenza e misconduct istituzionale, maggiore uso/abuso di sostanze, più avversità ambientali (incluso abuso fisico infantile) e più problemi di salute mentale, includendo sintomi di PTSD e tentativi di suicidio. In questa prospettiva, la comorbidità DBP–psicopatia non è casuale, ma trova una spiegazione nella specifica struttura di personalità (alta NEM e bassa CON) che predispone a esiti clinici multipli e intrecciati (Hicks et al., 2010).

Considerando i risultati disponibili, la comorbidità con DBP appare più probabile quando la psicopatia assume una configurazione complessa, identificabile attraverso almeno tre indicatori empiricamente supportati:

1. Co-occorrenza di F1 e F2 elevati, poiché l'interazione tra fattori risulta associata a tratti borderline in donne, sia in campioni non forensi sia in campioni carcerari femminili (Sprague et al., 2012).

2. Profilo secondario/distressed, caratterizzato da alta emotività negativa e bassa inibizione comportamentale e associato a maggiori problemi clinici, trauma e condotte auto-dirette (Hicks et al., 2010; Hicks et al., 2004).

3. Presenza di rischio auto-diretto, in cui i sintomi borderline possono contribuire a spiegare parte dei legami tra tratti psicopatici e autolesività/tentativi (Verona et al., 2012).

Per quanto riguarda le differenze di genere, tradizionalmente il DBP è stato riscontrato come più frequente nel genere femminile nei campioni clinici. Però, gli studi epidemiologici più recenti (Bozzatello, 2024), hanno fornito dati contrastanti sulla prevalenza del disturbo borderline nei due generi nei campioni della popolazione generale. Per spiegare questa eterogeneità, alcuni autori hanno ipotizzato la presenza di un bias nelle soglie dei criteri diagnostici (più prevalente in un genere rispetto

all'altro), nel campionamento della popolazione (comunità rispetto a campioni clinici), negli strumenti di valutazione (misure cliniche rispetto a misure di autovalutazione) e nel costrutto diagnostico del DBP.

Anche se sono ancora limitati, da questi studi recenti emerge una panoramica aggiornata delle differenze di genere in termini di diagnosi, caratteristiche temperamentali e cliniche, il modello di comorbidità, risultati di neuroimaging che riguardano specifici meccanismi neurobiologici e atteggiamenti verso il trattamento. I principali risultati rispecchiano differenze nel temperamento e nei sintomi dei due sessi indicato che gli uomini erano più propensi a soddisfare i criteri "rabbia intensa e inappropriata" e "impulsività", mentre le donne soddisfacevano i criteri "sensazione cronica di vuoto", "instabilità affettiva" e "suicidalità/comportamenti autolesionistici".

3.2 Comorbidità con il Disturbo Antisociale di Personalità (DAP)

La comorbidità tra psicopatia e Disturbo Antisociale di Personalità (DAP o Antisocial Personality Disorder, ASPD) rappresenta un tema cruciale in ambito clinico e forense. Seppur entrambi i costrutti condividano una parte significativa di manifestazioni comportamentali legate a trasgressione, irresponsabilità e condotte antisociali persistenti, diversi autori sottolineano il fatto che psicopatia e ASPD non sono concetti sovrapponibili e che la loro assimilazione può generare ambiguità teoriche e applicative (Skeem et al., 2011).

Una prima differenza riguarda la diversa logica con cui i due costrutti sono stati operazionalizzati. Nel contributo *Psychopathic Personality: Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy*, Skeem e colleghi ricostruiscono come nel DSM-III, l'Antisocial Personality Disorder (ASPD) sia stato principalmente associato a criteri espliciti e osservabili (comportamenti antisociali misurabili) come risposta alla vaghezza dei criteri DSM-II e alle conseguenti preoccupazioni sulla reliability. Come conseguenza si può notare un aumento dell'affidabilità diagnostica, ma, secondo gli autori, questo ha anche contribuito a spostare il focus prevalentemente sugli atti antisociali compiuti, mettendo in secondo piano i tratti emotivi e interpersonali dell'individuo. Ne deriva una divergenza concettuale poiché l'ASPD costituisce una categoria diagnostica centrata sul comportamento, mentre la

psicopatia si presenta come un costrutto di personalità che include dimensioni affettivo-interpersonali distintive. Per tale ragione, la presenza di condotte antisociali non implica necessariamente un profilo psicopatico marcato e viceversa.

Questa distinzione è al centro del cosiddetto *conundrum* psicopatia–ASPD discusso da Ogloff (2006), il quale confronta direttamente psicopatia, ASPD e disturbo dissociato (ICD). Egli sottolinea come i criteri DSM-IV-TR per l'ASPD siano principalmente comportamentali mentre, al contrario, il filone di ricerca più influente sulla psicopatia (sviluppatosi soprattutto con la PCL-R di Hare) include esplicitamente sia deficit di personalità (interpersonali e affettivi) sia componenti comportamentali (lifestyle e antisociali). Di conseguenza, i risultati e le implicazioni cliniche derivati da studi che definiscono la psicopatia tramite PCL-R non sono automaticamente applicabili alla diagnosi di ASPD.

Sebbene l'antisocialità sia certamente correlata e spesso inclusa in molte operazionalizzazioni, la letteratura rimane divisa su quanto essa debba essere considerata parte del costrutto. In quest'ottica il ruolo del comportamento criminale è centrale nella definizione della psicopatia, e, a proposito, Skeem e Cooke (2010) discutono esplicitamente la questione *“Is criminal behavior a central component of psychopathy?”*, ponendo attenzione sul rischio di confondere misura e costrutto e di equiparare la psicopatia alla PCL-R in modo acritico. Nei contesti detentivi, questa distinzione si riflette nelle stime di prevalenza. Dal momento che l'ASPD si basa soprattutto su criteri comportamentali e sulla storia di condotte antisociali, tende a includere una quota molto ampia di detenuti. Al contrario, la psicopatia valutata con la PCL-R riguarda una percentuale più contenuta poiché include anche aspetti interpersonali e affettivi specifici oltre alla componente antisociale. In questo senso, l'ASPD descrive una categoria più estesa, mentre la psicopatia (basata sulla PCL-R) individua un sottogruppo più circoscritto e maggiormente definito anche da altri tratti (Ogloff, 2006).

I modelli dimensionali della psicopatologia in questo ambito sono molto rilevanti dal momento che offrono una visione più recente, categorizzando antisocialità, disturbi da uso di sostanze e altri esiti impulsivo-trasgressivi all'interno di uno spettro externalizing. In questa prospettiva, condotte antisociali adulte e problematiche da sostanze tendono a presentarsi insieme a tratti di impulsività, aggressività e deficit di controllo inibitorio, suggerendo un fattore generale di

disinibizione (externalizing) come base comune, descrivendo una tendenza stabile ad agire in modo impulsivo, infrangendo regole e assumendo comportamenti rischiosi.

Seguendo questa logica, Krueger e colleghi (2007) hanno sviluppato l'Externalizing Spectrum Inventory (ESI) come strumento volto a misurare l'esternalizzazione in modo gerarchico, ponendo in alto un livello "generale" e in basso componenti più specifiche. Nel modello descritto da Patrick, Kramer, Krueger e Markon (2013) le scale dell'ESI vengono descritte secondo una struttura bifattoriale, identificando un fattore generale (rappresentante la tendenza generale al discontrollo e al comportamento problematico e impulsivo) e alcune sottodimensioni residue specifiche, tra cui una componente Callous-Aggression (componente aggressiva più fredda e priva di empatia). Questa organizzazione consente anche di chiarire a livello teorico perché l'ASPD risulti frequentemente associato a esiti del dominio esternalizzante (disinibizione, condotte antisociali, abuso di sostanze), mentre la psicopatia, oltre alla componente di disinibizione, può comprendere tratti aggiuntivi Callous-Aggression e uno stile aggressivo-dominante, che delineano profili più precisi e caratteristici all'interno dello spettro esternalizzante.

Per quanto riguarda le differenze di genere, sia la diagnosi di disturbi di personalità non conformi agli stereotipi (ASPD nelle donne) sia la diagnosi di disturbi di personalità conformi agli stereotipi (ASPD negli uomini) sembrano essere associate a pregiudizi di genere (Özel et al., 2024). Il pregiudizio di genere nei confronti di questo tipo di disturbo di personalità è stato riscontrato per la prima volta da Kaplan (1983), il quale sosteneva che gli esperti che hanno redatto il DSM-III avessero etichettato le donne come patologiche a causa di certi stereotipi di genere e di alcune supposizioni di stampo maschile su quali comportamenti siano considerati sani.

L'argomento è ancora oggi molto dibattuto. Nel complesso, nella diagnosi dei disturbi di personalità si riscontra un pregiudizio di genere, sebbene non sia ancora chiaro in che misura le diverse percentuali di prevalenza rappresentino reali differenze di genere. Si ritiene che la ricerca futura dovrebbe mirare a determinare la reale prevalenza di questi disturbi, a comprendere meglio il pregiudizio di genere, a migliorare i metodi diagnostici e a ridurre altri fattori che contribuiscono a tale fenomeno.

3.3 Comorbilità con i Disturbi da Uso di Sostanze (DUS)

La comorbilità tra psicopatologia e disturbi da uso di sostanze (DUS) è un tema ricorrente nella letteratura clinica e forense poiché entrambe le condizioni risultano frequentemente collegate a disinibizione comportamentale, difficoltà di controllo inibitorio e propensione a condotte esternalizzanti.

In una prospettiva dimensionale, l'uso problematico di sostanze e i comportamenti antisociali non vengono considerati come fenomeni indipendenti, ma come espressioni di un dominio *externalizing* (introdotto in precedenza in relazione al DAP). In questa prospettiva diversi autori sottolineano come problemi legati al controllo degli impulsi (condotte antisociali adulte, dipendenza da alcol e droghe) tendano a organizzarsi in un quadro comune, supportando l'idea di una vulnerabilità condivisa (Patrick et al., 2013). L'impulsività all'interno di questo quadro rappresenta un fattore transdiagnostico e di natura multidimensionale rilevante per comprendere più a fondo, in primo luogo, l'eziologia dei DUS e, in secondo luogo la loro persistenza.

Vassileva e Conrod evidenziano il fatto che l'impulsività non coincide con un'unica caratteristica, ma include componenti diverse (urgenza emotiva, scarsa premeditazione e perseveranza, ricerca di sensazioni o controllo inibitorio debole), distinguendo dimensioni di tratto (stabili) e componenti neurocognitive variabili in base allo stato del soggetto (sonno, stress, sostanze, astinenza). Questa complessità contribuisce a spiegare perché la relazione tra DUS e tratti di personalità non sia uniforme, ma possa differire a seconda del profilo impulsivo prevalente e delle comorbilità presenti (Vassileva & Conrod, 2019).

Nel collegamento tra psicopatologia e disturbi da uso di sostanze, i dati tendono a indicare un'associazione più robusta con la componente impulsivo-antisociale/disinibita (F2) rispetto a quella interpersonale-affettiva (F1). In termini teorici, l'uso problematico di sostanze risulta particolarmente compatibile con profili caratterizzati da impulsività, irresponsabilità, instabilità e comportamento antisociale persistente, dimensioni tipicamente vicine alla componente F2. Questo quadro è coerente con l'ipotesi che dipendenze e tratti psicopatologici possano condividere una base di rischio legato a disinibizione e comportamenti esternalizzanti, rendendo tale

prospettiva particolarmente convincente dal momento che si considera la psicopatia come un insieme di componenti parzialmente indipendenti.

Un quadro interpretativo del legame tra esternalizzazione e dipendenze è proposto dai modelli gerarchici dell'Externalizing Spectrum Inventory (ESI). Coerentemente con l'impostazione bifattoriale descritta da Patrick e colleghi, la struttura dell'ESI prevede scale di livello inferiore organizzate su tre dimensioni di livello superiore: Disinhibition (fattore generale di discontrollo), Callous-Aggression (componenti aggressive/callose) e Substance Abuse (dimensione specifica del rischio e della gravità legata alle sostanze) (Patrick et al., 2013; Krueger et al., 2007). Tale struttura consente di distinguere a livello concettualmente, gli elementi condivisi dalle condotte esternalizzanti da quelli più specifici dell'area legata all'uso di sostanze, inserendo i DUS in un quadro coerente con antisocialità e aggressività senza assimilarli completamente all'impulsività.

Un'ulteriore evidenza a sostegno dell'approccio configurazionale della comorbilità deriva dallo studio sui sottotipi, i quali suggeriscono come il legame tra psicopatia e uso di sostanze non sia omogeneo, ma dipenda in base alla specifica configurazione psicopatica. In detenute con alti punteggi PCL-R, la variante secondaria, ossia quella caratterizzata da maggiore disinibizione e impulsività, presenta una maggiore presenza di uso/abuso di sostanze e un profilo clinico più complesso rispetto alla variante primaria, che mostra una relazione più controllata con i DUS (Hicks et al., 2010).

Per quanto riguarda le differenze di genere, diversi autori si sono soffermati sullo studio di campioni con storie criminali e uso di sostanze recente, con l'obiettivo di osservare se il genere modifichi la relazione tra psicopatia e le caratteristiche dell'uso di droghe. I risultati indicano che la componente F2 è associata a diversi indicatori di coinvolgimento e gravità (sintomi, precocità dell'esordio, sperimentazione), mentre la componente F1 mostra una relazione negativa con sintomi di abuso e una relazione positiva con un'età di primo uso più avanzata (Schulz et al., 2015). Inoltre, è stato osservato come alcuni legami risultano più forti nelle donne, evidenziando possibili percorsi differenziali verso comorbilità e incarcerazione (Schulz et al., 2015).

3.4 Comorbilità con i Disturbi Internalizzanti

La relazione tra psicopatia e disturbi internalizzanti rappresenta un'area particolarmente rilevante poiché consente di chiarire come la psicopatia non si associ in modo uniforme all'ansia, alla depressione o al distress generale, ma ciò dipenda fortemente dalla configurazione interna del profilo psicopatico. In questa prospettiva, la letteratura identifica una variante primaria, caratterizzata da minore ansia e maggiore stabilità emotiva, e una variante secondaria, legata a maggiore emotività negativa, vulnerabilità alla distress e un quadro psicopatologico più complesso (Hicks et al., 2004; Skeem et al., 2007; Skeem et al., 2011).

Un primo aspetto importante è rappresentato dal fatto che le componenti della psicopatia non presentano lo stesso rapporto con l'emotività negativa, ma mostrano associazioni piuttosto differenziate. Gli studi riportano che, una volta controllata la varianza condivisa, la componente interpersonale-affettiva (F1) tende a correlare negativamente con ansia, nevroticismo e negative emotionality, mentre la componente impulsivo-antisociale (F2) mostra relazioni positive con tali dimensioni. Questi dati suggeriscono che i tratti più freddi e callosi non implicano necessariamente un forte disagio soggettivo, mentre la componente più impulsiva e antisociale è quella che si collega maggiormente a vissuti internalizzanti, soprattutto quando si inserisce in profili clinicamente più complessi (Hicks et al., 2004).

In questa prospettiva, la distinzione tra psicopatia primaria e secondaria assume un ruolo centrale. La variante primaria a livello teorico viene descritta come caratterizzata da bassa ansia, ridotta paura e maggiore freddezza emotiva, mentre nella variante secondaria il comportamento psicopatico si accompagna a intensa sofferenza emotiva, impulsività e conflittualità interna. Inoltre, l'analisi sui sottotipi ha permesso di dimostrare come i dati empirici siano coerenti con questa impostazione: i soggetti secondari risultano infatti sistematicamente più elevati per ansia, stress reaction, emotività negativa, ritiro sociale e mancanza di autocontrollo rispetto ai soggetti primari, che invece presentano uno stile più stabile sul piano emotivo (Hicks et al., 2004; Skeem et al., 2007).

Seguendo questa impostazione, Hicks e colleghi (2004) hanno condotto uno studio su detenuti maschi con alti punteggi PCL-R, mostrando come il sottotipo "emotionally stable" si distingua per bassa Stress Reaction, mentre il sottotipo

“aggressive” presenta alta Negative Emotionality e bassa Constraint. Questa seconda configurazione appare particolarmente significativa poiché associa impulsività e aggressività a un ampio carico di sofferenza emotiva. Pertanto, il profilo psicopatico può includere una variante nella quale i tratti psicopatici coesistono con forte distress psicologico.

Una conferma importante proviene anche dallo studio di Skeem e colleghi (2007) sui violent offenders, nel quale sono stati individuati due sottotipi delle varianti primaria e secondaria. Quest’ultima (variante secondaria) presentava maggiori tratti d’ansia e borderline, peggiore funzionamento interpersonale e più sintomi di disturbo mentale maggiore. Questo dato è fondamentale poiché permette di osservare come l’associazione tra psicopatia e disturbi internalizzanti non riguarda tanto la psicopatia a livello globale, quanto soprattutto quei sottotipi in cui si accumulano ansia, vulnerabilità affettiva e disorganizzazione clinica.

Lo stesso andamento si può osservare nei campioni femminili dello studio condotto da Hicks, Vaidyanathan e Patrick (2010), in cui la variante secondaria risulta accompagnata anche da maggiori problemi di salute mentale, più tentativi di suicidio, maggiore esposizione a eventi traumatici e livelli più elevati di PTSD. Gli autori sottolineano inoltre che questo assetto presenta molte somiglianze con una variante esternalizzante del disturbo borderline di personalità, poiché combina affettività negativa estrema, impulsività, rabbia reattiva, trauma e comportamento suicidario. In altre parole, nella psicopatia secondaria i sintomi internalizzanti non appaiono come elementi marginali, ma come una parte importante del quadro psicopatologico (Hicks et al., 2010).

Allo stesso modo Skeem e colleghi (2011) hanno osservato come la propensione all’ansia accompagnata da una scarsa sensibilità alle minacce possa segnalare una tendenza più ampia verso la negativa affectivity e verso una psicopatologia severa nei secondary psychopaths, includendo sia disturbi internalizzanti sia disturbi esternalizzanti. Al contrario, i primary psychopaths vengono descritti come relativamente stabili sul piano emotivo. In tal senso, l’interpretazione fa riferimento al fatto di riconoscere che tale associazione varia in grande misura a seconda della presenza di un profilo secondario, distressato e ad alta emotività negativa.

Ulteriore supporto deriva dagli studi sugli adolescenti con tratti callous-unemotional, in cui le varianti secondary mostrano livelli significativamente più elevati di depressione, sintomi ansioso-depressivi e altri indicatori di sofferenza psicologica rispetto alle varianti primary, sottolineando come anche nei profili psicopatici adolescenziali la componente internalizzante tenda a concentrarsi nel sottotipo legato alla sfera emotiva (Docherty et al., 2016), rafforzando la concezione di psicopatia intesa come costrutto al cui interno alcune configurazioni risultano molto più vicine ai disturbi internalizzanti di altre.

Per quanto riguarda le differenze di genere, Ricci et al. (2026) affermano che nella letteratura, alcune differenze di genere nei disturbi psichiatrici sono ben consolidate, mentre altre presentano ancora aspetti complessi che necessitano di ulteriori indagini. Per esempio, sebbene le donne abbiano tassi più elevati di disturbi mentali, non è ancora chiaro se questa disparità di genere differisca a seconda delle diverse dimensioni della salute mentale. Prove crescenti evidenziano significative disparità di genere nella salute mentale degli adolescenti, con le adolescenti che mostrano costantemente una maggiore vulnerabilità ai disturbi internalizzanti rispetto ai loro coetanei maschi. Mentre i maschi sono più frequentemente associati a comportamenti esternalizzanti come disturbi della condotta e abuso di sostanze, le femmine tendono a segnalare un maggiore disagio emotivo, in particolare ansia, sintomi depressivi e disturbi alimentari.

Otten et al. (2021) in una revisione sistematica hanno riscontrato una maggiore prevalenza di disturbi internalizzanti nelle donne e una maggiore prevalenza di disturbi esternalizzanti negli uomini. I fattori di rischio e di protezione per la salute mentale includevano fattori sociali, stile di vita, salute fisica, indice di massa corporea (BMI), diabete, fattori genetici e biologici. In tutti gli ambiti, sono comunque state riscontrate differenze e somiglianze tra donne e uomini.

Le più evidenti erano i profili di rischio specifici per sesso per la depressione, con fattori di rischio prevalentemente esterni per gli uomini e fattori di rischio interni per le donne. Mentre il genere non è stato valutato direttamente, gli autori hanno esaminato se i fattori socioeconomici e familiari che riflettono i ruoli di genere o il genere istituzionalizzato potessero essere utilizzati come proxy per il genere. Nel complesso, la revisione sistematica mostra differenze e somiglianze nei tassi di prevalenza e nei determinanti degli indicatori di salute mentale tra donne e uomini. Gli

autori ritengono che i loro risultati evidenzino l'importanza di concentrarsi su approcci specifici per sesso nella ricerca sulla salute mentale e nello sviluppo di misure di prevenzione. Affermano che la ricerca attuale sulla salute mentale è ancora carente in termini di attenzione agli aspetti di genere.

Conclusioni

Dall'analisi condotta emerge con chiarezza che la psicopatia non è un concetto ridicibile in una definizione unica, bensì si tratta di un costrutto decisamente più articolato di quanto sembri. Il costrutto non riguarda unicamente comportamenti antisociali, ma intreccia profondamente il modo in cui una persona elabora le emozioni, prende decisioni e interagisce con gli altri; per questo motivo, ad oggi, è necessario adottare un approccio che metta insieme la clinica, le neuroscienze e i modelli comportamentali, essendo che si parla di un fenomeno eterogeneo.

Da una parte le teorie classiche hanno tracciato i confini del disturbo, dall'altra la ricerca neurobiologica ha fornito un contributo scientifico fondamentale, mostrando come dietro certi tratti ci siano alterazioni reali nei circuiti che gestiscono l'affettività. Questa integrazione di prospettive conduce verso una visione della psicopatia intesa come configurazione complessa di processi che si influenzano a vicenda.

Un punto su cui è fondamentale soffermarsi è il ruolo del genere. Per un lungo tempo la psicopatia è stata interpretata attraverso un modello "maschile", basato su campioni provenienti quasi solo dalle carceri e focalizzato su un'aggressività molto evidente e impulsiva. Questo ha inevitabilmente creato un limite: nelle donne, infatti, la psicopatia solitamente riguarda manifestazioni meno basate sullo scontro fisico e più legate alla manipolazione relazionale e interpersonale; di conseguenza ignorare questa differenza non è solo un errore teorico, ma un rischio clinico che può tradursi in falsi negativi o in diagnosi errate, poiché le manifestazioni femminili non sempre vengono rilevate dai test standardizzati (come la PCL-R).

Analogamente non si può ignorare il tema della comorbilità, dal momento che raramente la psicopatia si presenti da sola, ma per lo più in concomitanza con disturbi dell'umore, d'ansia o con l'abuso di sostanze. Questa "convivenza" di più patologie rende il quadro clinico molto più difficile da leggere, confermando come la psicopatia si inserisca in un continuum psicopatologico complesso, rendendo necessaria una diagnosi accurata. Valutare un soggetto significa quindi guardare all'intero profilo psicopatologico, senza fermarsi ai singoli tratti isolati.

Solo integrando le differenze di genere e l'analisi delle comorbidità si può arrivare ad un quadro più fedele della realtà, ma nonostante questo c'è maggiore necessità di ricerca su campioni meno standard, con l'obiettivo di arrivare a strumenti di valutazione che siano davvero capaci di cogliere tutte le sfumature del disturbo.

Questo tema risulta particolarmente interessante dal momento che mette in discussione una visione spesso semplificata della psicopatia. molto spesso accade che alcuni comportamenti vengono interpretati a livello culturale e nel linguaggio comune vengano etichettati in modo troppo immediato come psicopatici. nell'immaginario comune, infatti, il disturbo viene erroneamente associato a comportamenti eccezionali o inquietanti, mentre alcune caratteristiche possono presentarsi anche in forme più comuni e meno riconoscibili. La sua possibile sottostima può infatti anche dipendere dal fatto che molti modelli interpretativi siano stati costruiti prevalentemente sui campioni maschili, andando a creare una visione parziale del disturbo e rendendo meno evidenti altre possibili manifestazioni.

Bibliografia

- Assaad, L. (2023). Gender and sexual orientation bias in categorical and dimensional models of personality pathology. Doctoral dissertation, Purdue University.
https://scholar.google.com/scholar?hl=it&as_sdt=0%2C5&q=Assaad%2C+L.+%282023%29.+Gender+and+sexual+orientation+bias+in+categorical+and+dimensional+models+of+personality+pathology.+Doctoral+dissertation%2C+Purdue+University.&btnG=#d=gs_qabs&t=1774087156753&u=%23p%3DQuy-62HNU-sJ
- Babiak, P., & Hare, R. D. (2006). *Snakes in suits: When psychopaths go to work*. HarperCollins.
- Blair, R. J. R. (2008). The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(9), 387–392
https://homepage.villanova.edu/diego.fernandezduque/Teaching/PSY8900_CogNeuropsych/z10_Morality/BlairPsychopathyTICS.pdf
- Blair, R. J. R. (2013). The neurobiology of psychopathic traits in youths. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(11), 786–799.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4418507/pdf/nihms683053.pdf>
- Bozzatello, P., Blua, C., Brandellero, D., Baldassarri, L., Brasso, C., Rocca, P. & Bellino, S. (2024) Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review. *Frontiers in Psychiatry* 15:1320546.
<https://iris.unito.it/retrieve/3a5e90b2-44ce-4d2b-915c-369a89dfa822/Bozzatello%2C%20Bellino%2C%20et%20al.%20Gender%20differences%20in%20BPD.%20Frontiers%20in%20Psychiatry%202024.pdf>

- Brazil, K. J., & Forth, A. E. (2020). Psychopathy and the induction of desire: Formulating and testing an evolutionary hypothesis. *Evolutionary Psychological Science*, 6(1), 64–81. DOI:10.1007/s40806-019-00213-0
- Buckholtz, J. W., Treadway, M. T., Cowan, R. L., & Zald, D. H. (2010). Dopaminergic network differences in human impulsivity. *Science*, 329(5991), 532–535.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3161413/>
- Cale, E. M., & Lilienfeld, S. O. (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 22(8), 1179–1207.
<https://scottlilienfeld.com/wp-content/uploads/2021/01/cale2002.pdf>
- Campbell, A., Muncer, S., & Gorman, B. (2009). Sex and aggression: A reappraisal. *Evolution and Human Behavior*, 30(6), 411–415.
<https://psycnet.apa.org/record/2012-13253-016>
- Cleckley, H. M. (1951). The mask of sanity. *Postgraduate Medicine*, 9(3), 193–197.
<https://leftypol.org/edu/src/1677790074545-3.pdf>
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., & Hare, R. (2009). Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 65–73.
https://www.researchgate.net/profile/Amanda-Roberts-5/publication/24041105_Prevalence_and_Correlates_of_Psychopathic_Traits_in_the_Household_Population_of_Great_Britain/links/5bb72d7d299bf1049b6fdb89/Prevalence-and-Correlates-of-Psychopathic-Traits-in-the-Household-Population-of-Great-Britain.pdf
- Colins, O. F., Fanti, K. A., Salekin, R. T., & Andershed, H. (2017). Psychopathic personality in the general population: Differences and similarities across gender. *Journal of Personality Disorders*, 31(4), 519–539.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2016.30.237>

- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66(3), 710–722.
[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/5535101/1131945-libre.pdf?1390841935=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRelational aggression gender and social.pdf&Expires=1773834307&Signature=RsJdZMb1pvtty9UivmD3lHVN YxYEZYG6s8CzsWP-6ZyG~FvTiYEo5TCv1VQuQw2dRzWEqo2-Ka9fCPzFJO2RoK1~7ROcZG63RGeInbjD1aT~r6eQCF2HSMp8nSFOE VhkFCvC4wWymI~H79WdVBr67B0BXgr~4DaO939T3jXyzzzDav~Pd~jL~1o7wsFRODfzE9ffi~H~we0sOiKox6tIOzSTQRDEm8EpzeFzIU3Hbl8QdmwCU-N1HIqhQY0USYYr3iIsjP~kvZ8NsLaOY4nRPHK3WCUuzITJ-6eYc-eE32FFGG6TD923llNVBh~BkG0WbdguR~BICYr3FQMy-dGA &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/5535101/1131945-libre.pdf?1390841935=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRelational+aggression+gender+and+social.pdf&Expires=1773834307&Signature=RsJdZMb1pvtty9UivmD3lHVN YxYEZYG6s8CzsWP-6ZyG~FvTiYEo5TCv1VQuQw2dRzWEqo2-Ka9fCPzFJO2RoK1~7ROcZG63RGeInbjD1aT~r6eQCF2HSMp8nSFOE VhkFCvC4wWymI~H79WdVBr67B0BXgr~4DaO939T3jXyzzzDav~Pd~jL~1o7wsFRODfzE9ffi~H~we0sOiKox6tIOzSTQRDEm8EpzeFzIU3Hbl8QdmwCU-N1HIqhQY0USYYr3iIsjP~kvZ8NsLaOY4nRPHK3WCUuzITJ-6eYc-eE32FFGG6TD923llNVBh~BkG0WbdguR~BICYr3FQMy-dGA &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
- De Brito, S. A., et al. (2021). Psychopathy. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 49.
https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10131208/9/Viding_Psychopathy.pdf
- de Vogel, V., & Lancel, M. (2016). Gender differences in the assessment and manifestation of psychopathy: Results from a multicenter study in forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(1), 97–110.
- Forouzan, E., & Cooke, D. J. (2005). Figuring out la femme fatale: Conceptual and assessment issues concerning psychopathy in females. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(6), 765–778.
<https://doi.org/10.1002/bsl.669>Digital Object Identifier (DOI)
- Frick, P. J., & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1111–1131.
<https://doi.org/10.1017/S0954579409990071>
- Glenn, A. L., Johnson, A. K., & Raine, A. (2013). Antisocial personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 15(12), 427.

https://www.researchgate.net/profile/Andrea-Glenn-4/publication/258702958_Antisocial_Personality_Disorder_A_Current_Review/links/5579ac8108ae75363756f653/Antisocial-Personality-Disorder-A-Current-Review.pdf

Glenn, A. L., & Raine, A. (2008). The neurobiology of psychopathy. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 463–475.

https://www.antonioacasella.eu/dnlaw/Glenn_Raine_2008.pdf

Glenn, A. L., & Raine, A. (2014). Neurocriminology: Implications for the punishment, prediction and prevention of criminal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(1), 54–63.

<https://repository.upenn.edu/server/api/core/bitstreams/779c8fdf-70d7-488d-b6a4-c3351681a53b/content>

Glenn, A. L., & Sellbom, M. (2015). Theoretical and empirical concerns regarding the dark triad as a construct. *Journal of Personality Disorders*, 29(3), 360–377.

https://www.researchgate.net/profile/Andrea-Glenn-4/publication/266085417_Theoretical_and_Empirical_Concerns_Regarding_the_Dark_Triad_as_a_Construct/links/5579ad3508aeb6d8c02055e1/Theoretical-and-Empirical-Concerns-Regarding-the-Dark-Triad-as-a-Construct.pdf

Goodkind, M., et al. (2015). Identification of a common neurobiological substrate for mental illness. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 305–315.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4791058/>

Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist—Revised* (2nd ed.). Multi-Health Systems.

<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F01167-000>

Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217–246.

<https://www.hare.org/references/HareandNeumannARCP2008.pdf>

- Hicks, B. M., & Patrick, C. J. (2006). Psychopathy and negative emotionality: Analyses of suppressor effects. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 276–287.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2276566/>
- Hicks, B. M., Patrick, C. J., & Blonigen, D. M. (2004). Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. *Psychological Assessment*, 16(3), 276–288.
https://www.researchgate.net/profile/Joseph-Newman-2/publication/8259886_Identifying_Psychopathy_Subtypes_on_the_Basis_of_Personality_Structure/links/09e41508e811059a8a000000/Identifying-Psychopathy-Subtypes-on-the-Basis-of-Personality-Structure.pdf
- Hicks, B. M., Vaidyanathan, U., & Patrick, C. J. (2010). Validating female psychopathy subtypes: Differences in personality, antisocial behavior, and compensatory moderation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(2), 118–137.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2889701/pdf/nihms198220.pdf>
- Hyde, J. S., et al. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *American Psychologist*, 74(2), 171–193.
<https://psycnet.apa.org/manuscript/2018-32185-001.pdf>
- Kaplan, M. (1983) A woman's view of DSM-III. *American Psychology* 38(7):786–792.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.7.786>
- Kiehl, K. A. (2006). A cognitive neuroscience perspective on psychopathy: Evidence for paralimbic system dysfunction. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 142(2–3), 107–128.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2765815/pdf/nihms-151746.pdf>
- Kimonis, E. R., & McDonogh, C. (2016). Early predictors of adult psychopathy. In *The Wiley Handbook of Psychopathic Disorders* (pp. 523-546). Wiley.
<https://doi.org/10.4337/9781035322763.00025>

- Lilienfeld, S. O., Watts, A. L., & Smith, S. F. (2012). Successful psychopathy: A scientific status report. *Current Directions in Psychological Science*, 21(6), 355–359.
<https://scottlilienfeld.com/wp-content/uploads/2021/01/lilienfeld2015-2.pdf>
- Lynam, D. R. (2002). Fledgling psychopathy: A view from developmental psychology. *Law and Human Behavior*, 26(2), 255–259
<https://doi.org/10.1023/A:1014652328596>
- Nicholls, T. L., Ogloff, J. R. P., Brink, J., & Spidel, A. (2005). Psychopathy in women: A review of its clinical usefulness for assessing risk for aggression and recidivism. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(6), 779–802.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45552070/Psychopathy_in_women_a_review_of_its_cli20160511-16190-17supef-libre.pdf?1463003266=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPsychopathy_in_women_a_review_of_its_cli.pdf&Expires=1773914071&Signature=WQX0tOa29ALK5KpCZjJ4QzHxF-6mVRznQ2LPDIr1Jp~o82dnlSHHdxASS7AAXLxmPq8mSDw4Dzo8yiottYArvyTe0ToOwLvCrFVHUIn0gz-a-TUrdKEFUhhOe34Ycx6QZh~2FymHBDYz2hQShe5Nx2UANInRt30Wv vxBK5sPSaUcTdCmGBIEOnGrJcP9j9I-TOZKDy4drxv-CvSI5iWYvY0uzSOVikMY1vIt2Cc5evsUYwQ9Kp25JBLCIdiXCyY7ATOuA1HAFCReT0LqMJ~zUIU0ymfNAI5~JMLbOYGhNhrHXa2A9o8zQK7bgl7jHeoC5mahJCdQ8Odhfy0caqMJg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Ogloff, J. R. P. (2006). Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6–7), 519–528.
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01834.x>
- Otten, D., Tibubos, A.N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., Ladwig, K.H., Wild, P. S., Grabe, H. J. & Beutel, M. E. Similarities and Differences of

Mental Health in Women and Men: A Systematic Review of Findings in Three Large German Cohorts. *Front Public Health*. 2021 Feb 5;9:553071.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7892592/#:~:text=Consistent%20across%20cohorts%2C%20higher%20prevalence,research%20is%20of%20great%20importance.>

Özel, B., Karakaya, E., Köksal, F., Altinoz, A.E. & Yilmaz-Karaman, L.G. Gender bias of antisocial and borderline personality disorders among psychiatrists. *Archives of Women's Mental Health* 28, 563–571 (2025).

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-024-01519-0>

Pardini, D., & Loeber, R. (2008). Interpersonal callousness trajectories across adolescence. *Criminal Justice and Behavior*, 35(2), 173–196.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3049897/>

Patrick, C. J., Fowles, D. C., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy. *Development and Psychopathology*, 21(3), 913–938.

<https://doi.org/10.1017/S0954579409000492>

Patrick, C. J., Kramer, M. D., Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2013). Optimizing efficiency of psychopathology assessment: Development of a brief form of the Externalizing Spectrum Inventory. *Psychological Assessment*, 25(4), 1332–1348.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4100945/pdf/nihms-555660.pdf>

Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36(6), 556–563.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/94877721/paulhus2002-libre.pdf?1669488301=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DThe_Dark_Triad_of_personality_Narcissism.pdf&Expires=1773919946&Signature=H9NWQFm5MkPqQ0AUXo4JBf~DxuMZuT76DCkiE~eQ2re~ViC1hGgNfyw2HrFITHemAjqCfcn~wkk7bDmiP-

[nwrA1nBfJp4T2OIFcXCUp6xQuuYF5E~CqwoporMC4htbtluzwkq0OW
EqiJ~DGLnxvbPX1GxEM9UPd0tY0KB5QF2AdQu81dXumr7Mn8htLdBl
a~N~eYSrill40den15NjuzemobJtFl~hIjFVvP-
xo~KUaSTega5OItebvkrQ9gaiIN0gWY4-
is1ajzTlCOZSX7bc9vuRm9nunWbhMd4V-jX37LDdXMBGyVsx-
dViIQ~6K8Wa7dcGaOFOqmqDB3sRS5w &Key-Pair-
Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://doi.org/10.1016/j.pscp.2019.01.001)

Poepl, T. B., et al. (2019). A view behind the mask of sanity: Meta-analysis of aberrant brain activity in psychopaths. *Molecular Psychiatry*, 24(1), 11–12.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6344321/pdf/nihms967907.pdf>

Ricci, L., Ricci, P. Ferrara, R., Avalone, A. Calderaro, M. Cafiero, G. & Iovino, L. (2026). Exploring Gender Differences in Adolescent Psychiatric Disorders: A Decade of Research. *Healthcare*, 14, 225.
https://iris.uniroma1.it/retrieve/0779e20e-b41f-45db-9ca5-518ed4d52e6f/Ricci_Exploring_2026.pdf

Rippon, G. (2019). *The gendered brain: The new neuroscience that shatters the myth of the female brain*. Bodley Head.
<https://cdn.waterstones.com/images/1/4732/the%20gendered%20brain%20pb%20gina%20rippon%20extract.pdf>

Rogstad, J. E., & Rogers, R. (2008). Gender differences in contributions of emotion to psychopathy and antisocial personality disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1472–1484.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735808001311?via%3Dihub>

Ruocco, A. C., et al. (2013). Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 73(2), 153–160.
<https://www.encephale.com/content/download/91243/1653172/version/1/file/borderline.pdf>

- Salekin, R. T., Worley, C., & Grimes, R. D. (2010). Treatment of psychopathy: A review and brief introduction to the mental model approach. *Behavioral Sciences & the Law*, 28(2), 235–266.
<https://doi.org/10.1002/bsl.928>Digital Object Identifier (DOI)
- de Vogel, V., & Lancel, M. (2016). Gender differences in psychopathy: Editorial to the special issue. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(1), 3–16.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/14999013.2016.1138173>
- Schulz, S., Murphy, B. A., & Verona, E. (2016). Gender differences in psychopathy links to drug use. *Law and Human Behavior*, 40(2), 199–211.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4801737/pdf/nihms729404.pdf>
- Skeem, J. L., & Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? *Psychological Assessment*, 22(2), 433–445.
[128.174.199.77/multivariate fall 2010/skeem original.pdf](https://doi.org/10.1037/a0018777)
- Skeem, J. L., et al. (2007). Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 392.
https://www.researchgate.net/profile/Henrik-Andershed/publication/6315410_Two_Subtypes_of_Psychopathic_Violent_Offenders_That_Parallel_Primary_and_Secondary_Variants/links/00463526be98ec2cbf000000/Two-Subtypes-of-Psychopathic-Violent-Offenders-That-Parallel-Primary-and-Secondary-Variants.pdf
- Skeem, J. L., Polaschek, D. L., Patrick, C. J., & Lilienfeld, S. O. (2011). Psychopathic personality: Bridging the gap between scientific evidence and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 12(3), 95–162.
https://www.researchgate.net/profile/Devon-Polaschek/publication/275451920_Psychopathic_Personality_Bridging_the_Gap_Between_Scientific_Evidence_and_Public_Policy/links/5548369b0cf2b0cf7aceb7b0/Psychopathic-Personality-Bridging-the-Gap-Between-Scientific-Evidence-and-Public-

[Policy.pdf? sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalD
etail& rtd=e30%3D](#)

Sprague, J., et al. (2012). Borderline personality disorder as a female phenotypic expression of psychopathy? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 127.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3323706/pdf/nihms304687.pdf>

Sunderland, M., et al. (2017). Efficiently measuring dimensions of the externalizing spectrum model: Development of the ESI-CAT. *Psychological Assessment*, 29(10), 1210–1223.

<https://patrickcnslab.psy.fsu.edu/wiki/images/0/0a/Sunderland.pdf>

van Dongen, J. D. M. (2020). The empathic brain of psychopaths: From social science to neuroscience in empathy. *Frontiers in Psychology*, 11, 695.

<ps://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.00695/full?ref=didomiresearch.org>

Vassileva, J., & Conrod, P. J. (2019). Impulsivities and addictions: A multidimensional integrative framework. *Addiction*, 114(10), 1873–1881.

<https://royalsocietypublishing.org/rstb/article/374/1766/20180137/23641>

Verona, E., Sprague, J., & Javdani, S. (2012). Gender and factor-level interactions in psychopathy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(3), 247.

<https://doi.org/10.1037/a0025945>

Verona, E., & Vitale, J. E. (2006). Psychopathy in women. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 415–436). Guilford Press.

Vitale, J. E., et al. (2002). The reliability and validity of the Psychopathy Checklist–Revised in female offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 29(2), 202–231.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/120792605/chapter02_article02vitale-libre.pdf?1736760575=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DThe+Reliability+and+Validity+of+the

[Psyc.pdf&Expires=1774091555&Signature=e4j7Mba8YO~LkD-apdJTM7Ng3DT2K8qR1GuP~4vIH424GpWxxxLCxxREBBmRas3loOjNF e3Lmk0pl-r9jl3gtceZ4HL-DWFJARw8Ma6d4brBGK25fD-P8kDMfypBuS9IC26dX7rREufvHPswhhtE5Rc~c06PEfYQipXlqJpXGJ2FlhePW8iK7iHhQFL727ft~kwdQoSs0zliF10Ipuwv8qBuZhajZ-ZoQOoDsU4PZQJyYPvEeDMbv~fvCsyP2PmsL2in6oTjhFWdAvFmbv8C3E9IIQhQRSb2QtzXX-XLq7pzbojerocO4fkXmPTS4DdkL20HBulQFXNdk5MbNCFA &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](#)

Viding, E., & McCrory, E. (2019). Towards understanding atypical social affiliation in psychopathy. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 437–444. https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10075091/3/Viding_Lancet%20Paper_VidingMcCrory_R1_Jan19_clean.pdf

Wai, M., & Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the Dark Triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 794–799. <https://www.dlss.univr.it/documenti/Seminario/documenti/documenti742400.pdf>

Warren, J. I., et al. (2005). Psychopathy in women: Structural modeling and comorbidity. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(6), 625–638. [49](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39532681/Psychopathy_in_women_Structural_modeling20151029-1758-fi7zd8-libre.pdf?1446148727=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPsychopathy_in_women_Structural_modeling.pdf&Expires=1773922963&Signature=ayh2blO7n2bezPNfl37an5YkYMVdrsaELfIXxAhino6Fz9RHu0-X2rIXiXfffWkcGnACMjmV7mRH0il5iHn9uTVXemy-rovknFoaSIWa3zYqhkbigXFRUqcyO1vg96r1qxApYkYRD3LZb7GuIQ3tVrRIR3uWG8-wgmKgwTkwV2pAcCGKRLtFObe7iKB7ep8-9RamDZ9t5CsyclC2L8s9KkOUgT2s7fyaWLv8MQrl7VZmr416MtFkBtF2YPKoGn7Efe4nPYSRL-T4CPaZkHsgEfAmHp2fz8yoGkDNMp0WNmRU7Ht5oLSqvtAKF2-</p></div><div data-bbox=)

[uMyhLmkImp64a65hmN3qTWwe7sQ](https://doi.org/10.1177/0891246487311111) &Key-Pair-
Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 1(2), 125–151.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/6447364/west_and_zimmerman-libre.pdf?1390846312=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDoing_gender.pdf&Expires=1773923019&Signature=SGmnMMBrJ82t~u-A9TlndJDWlHMtILj3Xs2vZzeProo5ki1S~XksuJmzhLoPY~Mvf7~8NY-9rI7gV6oIcrUebE-uL8nwamE0da0W9ghrEpM1k4I-CAUpji2BZILPQHx2JYryyD9haqSLc56Mjd8Oi7kXK7Ud6wQq2~PpXBq~tW9q401xehhd~utowsb84ICzLS7E'TzL2g~IJwpXLAJrv-2HSMa~HRzXpxxvKLcWzKgw94MhCCEHOQ9fdPqoNpcH0PiCrFAouAZpBu7NK0PAjLVjdOuYcKSI-tuKUjaa5A31gJuFV3CFZzHg~1Us273iYF4UFL0q-4uiA6uBy-LQ &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA