

Traumi psico-fisici e matrimonio: riflessioni medico-canonistiche da una casistica peritale

Psycho-physical trauma and marriage: medical-canonical reflection from an expert case study

Cristiano Barbieri, Laura Di Maggio, Anna Convertini, Liliana Dassisti, Ignazio Grattagliano

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Barbieri C. et al (2021). Psycho-physical trauma and marriage: medical-canonical reflection from an expert case study. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XV, 3, 226-238.
<https://doi10.7347/RIC-032021-p226>

Corresponding Author: Cristiano Barbieri
cristiano.barbieri@unipv.it

Copyright: © 2021 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

Received: 21.12.2020
Accepted: 13.03.2021
Published: 30.09.2021

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
doi10.7347/RIC-032021-p226

Abstract

This contribution is part of the canonical medicine and is focused on an expert case study collected over time by the authors. These are official appraisals on the subject of matrimonial nullity carried out on couples formed by at least one spouse - but sometimes by both of them - who in the pre-nuptial period had been the victim of traumatic experiences of a psychic and / or physical type, significant to the a point such as to produce prejudicial effects on the formation and functioning of the nuptial couple itself, with all the likely consequences also in the canonical-matrimonial context. After describing the cases, the authors focus on the methodological implications of these complex investigations, aimed, among other things, at demonstrating how much and whether or not the "trauma" has affected the nuptial option and / or the realization of married life.

Keywords: Psycho-physical trauma, traumatic outcomes, Canon Law, marriage, technical evaluation.

Riassunto

Il presente contributo si colloca nell'ambito della Medicina Canonistica e riguarda una casistica peritale raccolta nel tempo dagli Autori. Si tratta di perizie d'ufficio in tema di nullità matrimoniale eseguite su coppie formate da almeno un coniuge - ma talora da tutti e due - che in epoca prematrimoniale era rimasto/a vittima di esperienze traumatiche di tipo psichico e/o fisico, significative al punto tale da produrre pregiudizievoli effetti sulla formazione e sul funzionamento della stessa coppia nuziale, con tutte le verosimili conseguenze anche in ambito coniugale. Dopo aver descritto la casistica, gli Autori si soffermano sulle implicazioni metodologiche di tali complessi accertamenti, finalizzati, tra l'altro a dimostrare se e fino a che punto il "trauma" abbia o meno inciso sull'opzione nuziale e/o sulla realizzazione della vita matrimoniale.

Parole chiave: Traumi psico-fisici, esiti traumatici, Diritto Canonico, matrimonio, valutazione tecnica.

Cristiano Barbieri, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Pavia | Laura Di Maggio, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Pavia | Anna Convertini, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione, Università degli Studi Aldo Moro, Bari | Liliana Dassisti, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione, Università degli Studi Aldo Moro, Bari | Ignazio Grattagliano, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione, Università degli Studi Aldo Moro, Bari

Traumi psico-fisici e matrimonio: riflessioni medico-canonistiche da una casistica peritale

1. Premesse

Il presente contributo si colloca nell'ambito della Medicina Canonistica, vale a dire in quella disciplina scientifica che, a monte, risulta parte integrante e storicamente rilevante della Medicina Legale e, a valle, articolandosi in una Sessuologia Forense Canonistica ed in una Psicopatologia Forense Canonistica, si occupa della valutazione tecnica del nesso di causalità tra una determinata situazione antropologica ed i requisiti della normativa canonica inerente le diverse fattispecie di attinenza peritale¹. Sul punto si richiamano i requisiti normativi di *insufficiente uso di ragione*, ex canone 1095 n.1 (inerente le alterazioni di tutta la sfera psichica produttive di effetti menomativi sulla capacità di intendere e/o su quella di volere ai fini della validità del consenso), di *grave difetto di discrezione di giudizio circa i diritti e i doveri coniugali da dare e da accettare reciprocamente*, ex canone 1095 n.2 (concernente il grave deficit di consapevolezza, di valutazione critica e di autonoma scelta dei diritti-doveri matrimoniali, quali il *bonum prolis*, il *bonum fidei*, il *bonum coniugum*) e di *incapacità di assumere ed adempiere gli obblighi coniugali essenziali per cause di natura psichica*, ex canone 1095 n.3 (riguardante l'impossibilità di vivere nel e con il tempo tutte le implicazioni del consenso stesso per uno o più fattori di natura psichica aventi valore causale o concausale); fermo restando che, mentre le prime due fattispecie vertono sul *defectus* dell'atto di consensualità psicologica, la terza invece attiene all' *incapacitas* di realizzare quotidianamente le conseguenze del predetto atto (Barbieri, 2000, 2007, 2016 a, 2017; Barbieri & D'Urbano, 2020).

Considerando sia la letteratura sul tema (AA.VV., 1976, 1981, 1998, 2000; Bonnet & Gullo, 1990; García Faílde, 1991, 1994, 1999, 2003; Barbieri, Luzzago & Musselli, 2005; Zuanazzi, 2006; Barbieri, 2007, 2016 a; Amati, 2009; Barbieri & Tronchin, 2010; Barbieri, Gepponi, Janiri & Sansalone, 2017, 2019), sia i diversi approfondimenti specialistici in materia (Barbieri, 2009, 2013, 2014, 2016 b, 2017, 2019; Barbieri & D'Urbano,

2020; Barbieri, Grattagliano & Janiri, 2021), si intende qui riflettere su di una singolare casistica peritale raccolta nel tempo dagli Autori. Trattasi infatti di perizie d'ufficio in tema di nullità matrimoniale eseguite su coppie formate da almeno un coniuge – ma talora da tutti e due – che in epoca prenuziale era rimasto/a vittima di esperienze traumatiche di tipo psichico e/o fisico, significative al punto tale da produrre pregiudizievoli effetti sulla formazione e sul funzionamento della stessa coppia coniugale, con tutte le verosimili conseguenze anche in ambito canonistico-matrimoniale.

2. Alcuni richiami concettuali

Rinviando alla manualistica specializzata la trattazione della storia del concetto di trauma psichico (Tatossian, 1985; Barrois, 1998; Crocq, 1999; van der Kolk, 1999; Garland, 2001; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 2005; Albasi, 2006; Bromberg, 2007; Caretti & Craparo, 2008; Liotti & Farina, 2011; Janiri, Caroppo, Martinotti & Pozzi, 2012; Fischer, 2017; Levine & Noferi, 2018; Beneduce, 2019), pare qui sufficiente rammentare che la parola "trauma" rimanda a termini come "ferita", o "rottura". Dal punto di vista etimologico, deriva dal greco τραῦμα, che significa "perforare", "danneggiare", "ledere", "rovinare" e si riferisce sia ad una lesione con lacerazione, che agli effetti di un urto, o di uno shock violento sul complessivo organismo. Il trauma psichico, perciò, può essere definito come una "ferita dell'anima", cioè come un *quid* che rompe il consueto modo di vivere e di vedere il mondo e che ha un impatto negativo sulla persona che lo vive; tant'è che l'uso moderno della parola, più ancora rispetto a quella di shock, indica un evento in grado di produrre un effetto comunque lesivo (Kluzer, 2014), anche se tale concezione è stata ampliata, per cui esso è anche inteso come una soluzione di continuità di quella barriera mentale protettiva rispetto a stimoli dannosi (Lingiardi & Gazzillo, 2014; Kluzer, 2014).

Storicamente, comunque, se Freud (2012) aveva descritto l'esistenza di una "nevrosi traumatica", ovvero di una particolare sintomatologia conseguente ad un evento traumatico con il quale mantiene una chiara connessione di causa/effetto e connotata da assillo invasivo del ricordo dell'accaduto, ansia, incubi notturni, inibizione psicomotoria ed altre manifestazioni (Laplanche, 1987; Kluzer, 2014), Janet (2016) considerava traumatico un fatto che provoca un'attivazione neurologica eccedente la capacità di adattamento emotivo e cognitivo individuale, arrivando a causare "dissociazione della coscienza, amnesia, ottundimento emotivo, iper-reattività agli stimoli e possibile

1 Cfr. Codice di Diritto Canonico, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1983; *Dignitas connubii*. Istruzione da osservarsi nei tribunali diocesani e inter-diocesani nella trattazione delle cause di nullità del matrimonio, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2005; *Mitis Iudex Dominus Iesus*. Sulla riforma del processo canonico per le cause di dichiarazione di nullità del matrimonio nel Codice di Diritto Canonico, Lettera apostolica in forma di «Motu proprio» del Sommo Pontefice Francesco, 08.12.2015 © Libreria Editrice Vaticana.

riattivazione dell'esperienza traumatica" (Lingiardi & Gazzillo, 2014, p.110).

Inoltre, in certi tipi di traumi, come quelli prodotti da un abbandono, o da un tradimento, la fiducia nell'Altro viene meno e le certezze (simboliche) sulle quali poggia l'esistenza del soggetto, gli argini della sua identità, si rompono: ogni trauma, quindi, rappresenta l'irruzione del reale senza nome nella trama del quotidiano; l'Altro, prima familiare, appare in un volto nuovo e terrificante e viene meno come luogo di fondamento del soggetto; egli si scopre dunque inerme di fronte alla forza annientatrice dell'Altro e l'impossibilità di separarsi dal vissuto traumatico diventa così la condanna della soggettività ferita, costretta all'eterno ritorno dell'evento impensabile, in quanto resistente all'elaborazione (Laplanche, 1987; Janet 2016).

Secondo Flannery (1990, 2001), il trauma psichico è la reazione fisica e psicologica di un individuo ad un improvviso, travolgente e solitamente inaspettato evento, potenzialmente minaccioso per la propria vita, sul quale egli non ha controllo, anche se un'adeguata comprensione di questo costrutto implica un'analisi di tutte le sue caratteristiche (Cardena & Carlson, 2011): la sua origine (naturale, o umana), la sua natura e le sue caratteristiche (abuso sessuale, o abuso fisico), la sua durata (elemento che permette di considerare anche l'eventualità di un trauma cumulativo), la sua gravità e le sue conseguenze; l'estensione delle aree colpite; il tipo di esposizione ad eventi traumatici; la relazione con chi o cosa perpetua il trauma (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Attualmente, i principali sistemi di classificazione trattano la tematica del trauma in modo tanto sistematico, quanto descrittivo. Secondo l'ICD-10, quelli traumatici sono "eventi stressanti, o situazioni di natura eccezionalmente minacciosa, o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone" (Kemali, Maj, Catapano, Giordano & Saccà, 2014, pp.156-157). Nel DSM 5, gli accadimenti traumatici sono costituiti dall'esposizione a morte reale, o a minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale (American Psychiatric Association, 2014). Per il PDM (Lingiardi & Gazzillo, 2014, p.200), i traumi sono suddivisibili in cinque tipologie: *tipo I*: trauma non personale / accidentale / disastro naturale / shock / malattia per il quale non c'è una causalità specifica; *tipo II*: trauma interpersonale, cioè commesso da altri esseri umani allo scopo di soddisfare il loro bisogno di fare del male agli altri, può verificarsi una sola volta o più di una, continuativamente nel tempo; *tipo III*: trauma di identità, cioè basato sulle caratteristiche non modificabili del soggetto che diventano base per la vittimizzazione; *tipo IV*: trauma di comunità, basato sull'identità di gruppo, cultura o credenze di membri di una comunità che diventano una base per il perpetrarsi di violenza; *tipo V*: trauma persistente, stratificato, cumulativo cioè basato sulla rivittimizzazione e ritraumatizzazione.

Da un punto di vista antropo-fenomeonologico, il trauma psichico si colloca in una dimensione esistenziale, poiché appartiene alla struttura ontica del singolo, per cui è parte dell'esistenza, come la consapevolezza stessa che la

vita umana, prima o poi, si conclude con la morte; in altri termini, consiste in un'esperienza sconvolgente, modulata sempre tra mondo reale e mondo fantasmatico, i rapporti tra i quali sono necessariamente mediati dal corpo (Callieri & Barbieri, 2007), che fa prendere consapevolezza al soggetto del proprio destino mortale e che diventa patogeno se e quando non è possibile attribuirvi un significato che ne permetta la narrazione (Caroppo & Brogna, 2012). Pertanto, l'unica modalità di superamento risiede "nella dimensione esperienziale del sé, in una continua interconnessione di senso tra articolazione temporale identitaria, contesto storico culturale e intersoggettività" (Caroppo & Brogna, 2012, p.13). Non a caso, sempre in tale prospettiva, il trauma è anche ciò che incide negativamente non solo sul senso e sul significato delle relazioni tra l'Io e il Mondo – declinato sia come mondo-sociale (*Mitwelt*), sia come mondo-ambiente (*Umwelt*), sia come mondo-proprio (*Eingenwelt*) (Callieri, 2005) – con tutti i plausibili riflessi in chiave tanto clinica (Callieri, 1997, 2008), quanto valutativa (Barbieri, 2003; Callieri & Barbieri, 2007; Callieri & Barbieri, 2016); ma anche sul senso e sul significato dello spazio (Caroppo & Brogna, 2012) e del tempo (Janiri, 2012). Il soggetto, del resto, non riesce a collocare il ricordo del trauma in una precisa area finalizzata alla sua elaborazione, per cui lo spazio vissuto viene riempito da memorie sopresse, da flashback, da frammenti che non riescono ad accedere alla coscienza ed il futuro viene oscurato dal presente, a sua volta ostaggio del passato, per cui tanto la temporalità, quanto la spazialità si connotano per incomunicabilità (Janiri, 2012).

In chiave ermeneutica e narratologica (Barbieri & Verde, 2014; Barbieri, Bandini & Verde, 2015), il trauma psichico è ciò che non può essere storicizzato e contestualizzato, poiché, non potendo mai raggiungere il livello di coscienza (in quanto residuo di una memoria procedurale che non accede mai alla memoria semantica), non può essere pensato e, perciò, non può essere integrato in un racconto che lo inserisca in una diversa visione del mondo e della vita; a riprova del fatto che, se è vero che "tutto...è parola e linguaggio", è altrettanto vero che nell'uomo "non tutto è discorso" (Ricoeur, 2007, p.103).

3. La casistica

Trattasi di venti coppie di altrettante cause di nullità matrimoniale introdotte e giudicate nei tribunali ecclesiastici regionali ed interdiocesani di tutta Italia. Di ciascuna Parte costituita in giudizio si riportano: l'età anagrafica e la professione all'epoca della perizia; le esperienze vissute in senso traumatico in epoca prematrimoniale; il tipo di rapporto durante il fidanzamento; le motivazioni del progetto nuziale; le caratteristiche quantitative, qualitative e cronologiche della relazione coniugale; le ragioni della separazione ed il successivo stile di vita; la diagnosi clinica e la diagnosi medico-legale. La Parte sottoposta a perizia d'ufficio è quella per la quale è stato concordato il capo di nullità all'atto dell'incardinazione della causa. Le informazioni qui riportate sono state ottenute grazie a:

studio complessivo degli atti di causa; raccolta anamnestica e colloqui clinici (sia a tema libero, che in forma semi-strutturata) con la Parte perizianda; esame obiettivo di tipo sia psichico (inerente cioè lo stato mentale al momento dell'esame), sia personale (riguardante cioè la struttura di personalità) della stessa; valutazione psicodiagnostica della medesima mediante somministrazione ed interpretazione di una batteria di reattivi mentali di tipo sia proiettivo, che strutturato; consultazione della letteratura e raffronto tra le conoscenze specialistiche e le risultanze del caso in oggetto; inquadramento psicopatologico-clinico della fattispecie in esame e correlato giudizio psichiatrico-forense in riferimento ai quesiti ricevuti.

1. Coppia formata da Attrice (52enne, medico di base) e Convenuto (56enne, medico ospedaliero pluri-specialista). Storia pre-nuziale di lei: nucleo familiare conflittuale e diagnosi di psicosi schizofrenica nella sorella secondogenita. Storia pre-nuziale di lui: famiglia anaffettiva, con padre assente ed infedele e madre succube del marito; molteplici avventure sentimentali prima di conoscere la Convenuta; dedizione pressoché esclusiva alla realizzazione professionale. Progetto nuziale sotteso da dinamiche di collusione-manipolazione. Convivenza coniugale di 25 anni con tre figli, di cui il terzo affetto da autismo. Marcata disfunzionalità della relazione per i reciproci tradimenti. Separazione voluta dalla donna a causa delle costanti infedeltà dell'uomo. Dopo la separazione, il Convenuto mantiene il suo abituale stile di vita, mentre l'Attrice si dedica soltanto al lavoro, ai figli ed alla partecipazione a gruppi di preghiera. Diagnosi clinica nell'Attrice: disturbo di personalità misto. Diagnosi medico-legale per la donna: *defectus ex 1095 n.2* ed *incapacitas ex 1095 n.3*.
2. Coppia formata da Attore (43enne, chirurgo) e Convenuta (38enne, insegnante di musica). Storia pre-nuziale della coppia: l'uomo proviene da una famiglia anaffettiva, non ha esperienze sentimentali significative prima della conoscenza della Convenuta a motivo del carattere introverso, schivo, inibito; conosce la donna grazie al fratello di lei, suo collega; durante il fidanzamento la donna maschera totalmente la sua dipendenza alcolica, sviluppata per compensare marcate carenze affettive. Progetto nuziale motivato da una condizione di co-dipendenza. Convivenza coniugale di 14 anni con duplice procreazione; marcata disfunzionalità della relazione per l'etilismo della Convenuta, con molteplici ricoveri, condotte pregiudizievoli verso la prole e l'Attore, nonché ricorso a pratiche esoteriche della stessa. Separazione voluta dall'Attore per proteggere le figlie; la donna perde il lavoro e egli inizia la convivenza con un'altra collega. Diagnosi clinica: dipendenza affettiva nell'uomo ed alcolismo cronico con delirium tremens nella donna. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2* per l'uomo ed *incapacitas ex 1095 n.3* per la donna.
3. Coppia formata da Attrice (41enne, psico-pedagogista) e da Convenuto (47enne, meccanico). Storia pre-nuziale di lei: esperienze di violenza assistita e maltrattamenti intra-familiari, con successiva adozione da parte di altro nucleo genitoriale; a 15 anni interruzione volontaria di gravidanza impostata dai genitori adottivi sia per l'età, sia perché conseguente a un rapporto occasionale; a 19 anni, ulteriore improvvisa gravidanza, con conseguente matrimonio riparatore. Convivenza di un anno e mezzo, con completo rifiuto della vita coniugale da parte di lei e ripetute infedeltà di lui. Separazione voluta da lei a causa dei tradimenti di lui. Dopo la separazione, ella inizia un'altra convivenza con un'ulteriore procreazione, convivenza però interrotta dopo circa tre anni per i maltrattamenti subiti dal compagno. Psicoterapia quinquennale. Diagnosi clinica su di lei: gravissima immaturità psico-affettiva e psico-sessuale di matrice post-traumatica. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2*.
4. Coppia formata da Attrice (42enne, chirurgo vascolare) e Convenuto (40, radiologo). Storia pre-nuziale di lei: famiglia multi-problematica: secondogenita di 4 figlie, di cui la II e la IV affette da gravi malformazioni; precoce adultizzazione con sviluppo, come la sorella primogenita, di una forma di anoressia, dall'adolescenza fino alla laurea. Storia pre-nuziale di lui: il padre, sofferente di "sbalzi d'umore", tentava il suicidio mentre il figlio era adolescente; nessuna storia affettiva significativa fino alla conoscenza dell'Attrice, durante l'università. Fidanzamento di cinque anni, nel corso dei quali l'uomo impone alla donna una sorta di convivenza con rapporti sessuali prematrimoniali, vissuti da lei in termini comunque traumatici. Progetto nuziale motivato da dinamiche di manipolazione da parte di lui e di collusione da parte di lei. Convivenza nuziale di 12 anni, connotata da spiccata disfunzionalità, nonostante la nascita di 2 figli, voluti da lei; egli sempre più "rabbioso" ed "infedele"; ella sempre più "succube" ed "accondiscendente" anche per "questioni di facciata, oltre che di debolezza". Separazione voluta da lei dopo una terza gravidanza interrottasi spontaneamente. Diagnosi clinica: per lei, disturbo di personalità dipendente-ossessivo; per lui, disturbo di personalità narcisistico. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2*, per lei; *incapacitas ex 1095 n.3*, per lui.
5. Coppia formata da Attrice (42enne, operatrice socio-sanitaria) e Convenuto (40enne, ristoratore). Storia pre-nuziale di lei: terzo-genita con due sorelle ("... anche loro sono infermiere come me"); maltrattamenti intra-familiari subiti dal padre etilista, con separazione genitoriale durante l'adolescenza e disturbo alimentare di tipo anoressico per circa 3 anni; prima esperienza sentimentale con il fratello di una sua amica, affetta da sclerosi multipla, conclusasi per i tra-

dimenti di lui. Conoscenza occasionale del Convenuto. Convivenza more uxorio dopo 2 mesi dal primo incontro, durata 3 anni e connotata da 2 interruzioni, dovute ai tradimenti dell'uomo, seguiti dal "pentimento" di lui e dal "perdono" di lei. Opzione coniugale sottesa da una progettualità pseudo-salvifica e da istanze catartiche ("...ero sicura che sarebbe cambiato...ho sempre desiderato una famiglia e lui a volte mi faceva sentire sicura perché diceva che anche lui la voleva..."). Convivenza nuziale protratta per circa un anno ed interrotta a causa della conflittualità di coppia, esitata in un'aggressione fisica della donna da parte dell'uomo. Diagnosi clinica su di lei: disturbo di personalità dipendente. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2* ed *incapacitas ex 1095 n.3*.

6. Coppia formata da Attrice (65enne, pediatra) e Convenuto (70enne, geometra). Storia prematrimoniale della donna: terzo-genita, allevata da uno zio sacerdote e dalle zie materne a causa delle disagiate condizioni economiche del nucleo familiare; nessun esperienza affettiva antecedente la conoscenza del Convenuto, avvenuta durante gli studi universitari; duplice aborto volontario durante gli stessi, a causa di due impreviste gravidanze ("...sono stati degli incidenti di percorso...mi vergogno tanto...sono diventata pediatra per questo e sono anti-abortista, ma allora non avevo alternative"). Storia prematrimoniale dell'uomo: secondo-genito di tre figli, nati in una famiglia meno-abbiente; scolarità irregolare; esperienza sentimentale di due anni prima della conoscenza della Convenuta, interrotta a causa di un'imprevista gravidanza della donna, esitata in un aborto volontario. Progetto nuziale giustificato da istanze pseudo-salvifiche (secondo lei: "...c'erano stati già due aborti e poi era stato il primo e unico, una volta laureata non potevo non sposarlo...pensavo che una famiglia lo avrebbe cambiato...non sospettavo quello che ho scoperto dopo"; secondo lui: "...avevamo trovato una casa, io il lavoro ce l'avevo e anche lei poi lo ha trovato...i suoi volevano il principe azzurro e io non lo ero, ma a lei non importava"). Convivenza nuziale durata sedici anni, con quattro gravidanze, di cui due interrottesi spontaneamente; una figlia in cura specialistica ("...diventa molto aggressiva...spesso sviene...dice che è posseduta dal diavolo...è seguita da uno psichiatra e da una psicologa"); un'altra vittima di abusi paterni ("...era diventata anoressica...abbiamo scoperto che lui frequentava un gruppo di satanisti e la molestava in continuazione"); il Convenuto è stato condannato ad una pena detentiva già scontata all'epoca delle perizie. Separazione voluta dall'Attrice. Diagnosi clinica: per la donna, disturbo di personalità dipendente-ossessivo; per l'uomo, disturbo di personalità narcisistico-antisociale. Diagnosi medico-legale: per lei, *defectus ex 1095 n.2*; per lui, *incapacitas ex 1095 n.3*.

7. Coppia formata da Attrice (46enne, medico-chirurgo) e Convenuto (coetaneo, insegnante di religione). Storia prematrimoniale della donna: disturbo alimentare persistente dall'età adolescenziale fino a quella adulta, risolto soltanto in seguito a trattamenti specialistici proseguiti per due anni; memorie di episodi a contenuto sessuale vissuti in senso traumatico sia durante l'adolescenza (con un insegnante scolastico), sia in età adulta (con un cugino). Dopo la laurea in medicina, fidanzamento con il Convenuto di tre anni senza alcun rapporto intimo. Progetto matrimoniale dettato dal fatto che "...lui era l'unico che aveva rispettato il mio rifiuto ad avere rapporti prematrimoniali, per via della sua professione e poi aveva un qualcosa di effeminato che lo rendeva gentile...pensavo che tra noi le cose sarebbero andate bene, anche perché io sono un medico...". Convivenza nuziale di circa tre anni, con ricordi di abuso sessuale infantile da parte del padre durante una psicoterapia effettuata dall'Attrice per la comparsa di fenomeni di tipo dispercettivo a contenuto erotico; progressiva acquisizione della consapevolezza del personale orientamento omofilo, negato fino a quel momento. Separazione voluta dalla donna, con successiva convivenza con un'infermiera dello stesso ospedale nel quale lavora. Diagnosi clinica sull'Attrice: disturbo di personalità istrionico. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2* ed *incapacitas ex 1095 n.3*.
8. Coppia formata da Attrice (60enne, ginecologa) e Convenuto (coetaneo, architetto). Storia prematrimoniale della donna: nucleo familiare con confusività ed inversione dei ruoli genitoriali; spiccata conflittualità con la sorella maggiore di cinque anni; sviluppo di un marcato complesso di inferiorità verso la sorella a causa delle condotte materne; unica storia affettiva prima della conoscenza del Convenuto nel corso degli studi universitari, con un compagno di corso, che, dopo averla sedotta e tradita, la lasciava per un'altra collega; successiva comparsa di una forma anoressica, durata due anni. Frequentazione del Convenuto per ragioni strumentali ("era l'unico del mio paese che studiava nella stessa università, per cui conoscevo solo lui"). Fidanzamento dettato da angoscia abbandonica ("avevo solo lui...temevo di non trovare nessuno") e proseguito per due anni nonostante la palese disfunzionalità ("lui ha sempre sofferto di eiaculazione precoce e poi anche di deficit erettile...io essendo medico pensavo di poterlo aiutare"), con opzione coniugale spiegata in termini utilitaristici ("si stava insieme già da tempo...si lavorava tutti e due...non me la sentivo di ritornare a vivere in famiglia dove dettava legge mia sorella..."). Convivenza nuziale di 25 anni, con duplice procreazione, nonostante una vita intima condizionata dalle condotte perverse del Convenuto, accettate dall'Attrice in modo pseudo-razionale ("a volte voleva legarmi, altre usava un frustino...voleva sempre utilizzare

degli oggetti...era l'unico modo perché riuscisse a combinare qualche cosa...io subivo per il quieto vivere..."). Separazione voluta dalla donna dopo aver incontrato un ex compagno del liceo – nel frattempo diventato psicologo e psicoterapeuta – del quale si era infatuata a suo tempo senza mai rivelarsi; successiva convivenza con il medesimo dopo che egli, a sua volta, interrompeva una relazione in atto da alcuni anni. Diagnosi clinica sull'Attrice: disturbo di personalità dipendente-ossessivo. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3*.

9. Coppia formata da Attrice (51enne, operatrice socio-sanitaria) e Convenuto (55enne, operatore socio-sanitario). Storia prematrimoniale della donna: primo-genita con un fratello minore di due anni; nucleo familiare molto disagiato; interruzione delle scuole superiori per necessità economiche; successivi corsi per OTA ed OSS; un'unica esperienza sentimentale prima di conoscere il Convenuto, interrotta dopo un paio di anni per l'etilismo e l'aggressività del partner. Conoscenza del Convenuto sul posto di lavoro, con fidanzamento di quattro anni condizionato da persistenti disturbi della vita intima del tutto sottovalutati (eiaculazione precoce di lui ed anorgasmia di lei). Progetto matrimoniale pseudo-razionalizzato ("stavamo insieme da tempo...non avevo avuto tante esperienze...c'era il lavoro ed avevamo trovato casa...pensavo che con il tempo si poteva migliorare"). Convivenza coniugale durata 12 anni, con nascita di un figlio, nonostante la progressiva disfunzionalità del rapporto ("per lui era un semplice sfogo e basta, per me era un incubo...si era messo a bere...giocava alle macchinette e mi ha fatto un sacco di debiti che poi ho scoperto dopo..."). Separazione voluta dalla donna a causa dell'aggressività dell'uomo ("una volta con un pugno ha rotto un mobile...un'altra volta ha alzato le mani su di me e il bambino...un'altra ancora mi ha puntato contro un coltello..."). Dopo la separazione, l'Attrice inizia subito una convivenza con un maresciallo dei Carabinieri in pensione ed ex paziente del reparto dove ella lavora. Diagnosi clinica sull'Attrice: disturbo di personalità dipendente. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3*.

10. Coppia formata da Attore (65enne, odontoiatra) e Convenuta (53enne, impiegata). Storia prematrimoniale dell'uomo: padre assente e madre iper-protettiva e controllante; frequente assunzione di cannabis durante gli studi; adesione, dapprima, a gruppi politici di estrema sinistra, poi al movimento della new age e, infine, a scientology; prima di conoscere la Convenuta, due storie sentimentali con ragazze appartenenti al Movimento dell'Amore Libero, tutte e due conclusesi per i reciproci tradimenti. Conoscenza occasionale con un fidanzamento esitato a breve, prima, in una convivenza e, dopo 5 mesi, in una gravidanza imprevista. Matrimonio sotteso da istanze di

riparazione (verso il figlio preconcepito) e di anacletismo (verso la Convenuta). Convivenza coniugale di 15 anni, con nascita di altri due figli, nonostante una forma di vaginismo, mai adeguatamente trattato dalla donna e tale da impedirle ogni tipo di rapporto di coppia negli ultimi sette anni di coniugio. Separazione voluta dalla Convenuta per la progressiva repulsione sessuale verso l'Attore, il quale, dapprima, comincia a bere compulsivamente e, poi, inizia una "doppia vita" con una collega di lavoro. Diagnosi clinica sull'Attore, disturbo di personalità dipendente. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3*.

11. Coppia formata da Attore (80enne, ortopedico ed anestesista-rianimatore) e Convenuta (65enne, casalinga). Storia prematrimoniale dell'Attore: primo matrimonio concluso quando egli ha 45 anni e la prima moglie 38, per il decesso di lei in un incidente stradale; dai 47 agli 80 anni grave depressione, curata a cicli con psicoterapia e poli-farmacoterapia (litio negli ultimi 20 anni); conoscenza della Convenuta per motivi professionali (figlia di una sua paziente ed anche sua paziente) a 64 anni; inizio di una convivenza more uxorio, per ragioni di ordine strumentale ("mostrava un certo interesse verso di me...l'avevo curata in passato come avevo curato la madre...potevo anche migliorarla..."); matrimonio celebrato per "questioni di onore" ("dovevo tener fede alla parola data...sua madre prima di morire ad 85 anni mi aveva fatto promettere che mi sarei occupato di lei..."). Convivenza di quattro anni pregiudicata dalla conflittualità tra la Convenuta ed il figlio dell'Attore nato dal suo primo matrimonio. Separazione voluta dall'Attore in conseguenza delle minacce ricevute dalla Convenuta. Diagnosi clinica sull'Attore: disturbo depressivo maggiore cronico. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3*.

12. Coppia formata da Attrice (41enne, invalida civile) e Convenuto (40enne, biologo e medico-chirurgo). Storia prematrimoniale della donna: traumi psichici e fisici in fase evolutiva (diabete infantile, con conseguente trapianto di pancreas; neoplasia renale con conseguente trapianto di un rene, donato dalla madre; totale assenza della figura paterna, rifiutatasi di riconoscere la figlia; anoressia dai 18 ai 22 anni). Storia prematrimoniale dell'uomo: traumi psichici in fase evolutiva (conflittualità genitoriale per i ripetuti tradimenti della madre ad opera del padre, con episodi di violenza assistita), nessuna storia affettiva significativa prima della conoscenza della Convenuta e proiezione totale negli studi (laurea in Biologia, dottorato in Farmacologia, laurea in Medicina e Chirurgia). Conoscenza occasionale seguita a breve da fidanzamento, motivato da dinamiche di co-dipendenza (la donna invalida trova nell'uomo un sostituto della figura paterna; l'uomo sposta sulla

donna l'accudimento e le cure fino ad allora rivolte alla madre). Fidanzamento di sei anni segnato da dispaneuria della donna, sottovalutata da lei e psuedorazionalizzata da lui. Progetto coniugale dettato da reciproche finalità strumentali. Convivenza nuziale durata 3 anni e conclusa dall'uomo a causa della frustrazione sessuale. Tentativo fallimentare di una psicoterapia di coppia. Dopo la separazione, l'Attrice va a convivere con un ragazzo più giovane di 15 anni, mentre il Convenuto inizia a frequentare la scuola di specializzazione in Chirurgia Generale. Diagnosi clinica sulle Parti: per la donna, grave dipendenza affettiva dovuta a condizioni psico-fisiche generali; per l'uomo, disturbo di personalità narcisistico. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3* sia per lui, che per lei.

13. Coppia formata da Attrice (62enne, chirurgo estetico) e Convenuto (65enne, imprenditore). Storia prematrimoniale della donna: padre "luminare" della Medicina, ma affettivamente assente; precoce comparsa del menarca, ma insorgenza di vaginismo in età giovanile-adulta; dopo quattro anni di fidanzamento, primo matrimonio civile negli Stati Uniti (dove si trova per ragioni di studio) con partner eterosessuale maggiore di 3 anni e concluso con una separazione a 2 anni circa dalle nozze, per i frequenti tradimenti di lui; successiva assunzione di farmacoterapia antidepressiva per 8 mesi; conoscenza del Convenuto 2 anni dopo la separazione, con una frammentaria relazione prenuziale ("ci siamo frequentati 8 anni prima di sposarci...in giro per l'America...io per studio e lavoro e anche lui per lavoro...ci si vedeva quando era possibile, a volte si stava insieme di più, a volte di meno..."); matrimonio dettato da ragioni strumentali ("siamo andati ai Caraibi dove suo padre lo aveva messo a capo di una grande immobiliare..."); convivenza nuziale durata 12 anni, con 3 figli, ma conclusasi per volontà della donna che scopriva non solo l'omosessualità del coniuge, ma anche la sua doppia vita, a lungo ben mascherata. Dopo la separazione, l'Attrice inizia una relazione sentimentale con un coetaneo, avvocato, con cui convive nonostante alcuni sporadici tradimenti di lui. Diagnosi clinica per l'Attrice: disturbo di personalità di tipo istrionico-narcisistico. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3*.
14. Coppia formata da Attore (37enne, insegnante di religione) e Convenuta (32enne, psico-pedagogista). Storia prematrimoniale dell'uomo: obesità durante l'adolescenza, con scarsa autostima, devalorizzazione dell'immagine personale, carente integrazione nel gruppo dei pari; in età adulta, persistenti disturbi ansiosi con somatizzazioni, trattati con farmacoterapia in sede specialistica per circa 2 anni; interruzione delle terapie per le pressioni psicologiche della Convenuta; nessuna significativa esperienza affettiva prima di conoscere la stessa. Storia prematrimoniale

della donna: spiccata conflittualità con i familiari in fase evolutiva, per avere "più libertà"; a 17 anni, prima storia sentimentale significativa, durata 2 anni e conclusa per "incompatibilità di caratteri". Conoscenza nel paese di origine e fidanzamento di 4 anni, segnato da palese disfunzionalità (costante apprensione dell'uomo e marcata rigidità della donna; quando egli minaccia di lasciarla, ella inscena un tentativo di suicidio). Progetto nuziale sotteso da reciproche finalità strumentali (per l'uomo: "non si poteva convivere...poi avevamo avuto rapporti completi e quindi non vedevo alternative...mi auguravo che con il tempo, stando noi due soli, lei si staccasse dalla madre"; per la donna: "ho sempre pensato che con il tempo sarebbe cambiato...doveva sempre essere spronato...io ce l'avrei anche fatta ad aiutarlo, ma poi le cose sono precipitate, specie dopo la nascita della figlia..."). Convivenza coniugale di 6 anni, con conflittualità progressiva durante la gravidanza, fino alla separazione, avvenuta per volontà della donna, nonostante i tentativi sia di una psicoterapia di coppia, che di una mediazione familiare. Dopo la separazione, l'Attore va a vivere in una struttura religiosa ed adotta uno stile di vita monastico, mentre la donna continua lo stesso lavoro e accudisce la figlia. Diagnosi clinica sulle Parti: per lui, disturbo di personalità di tipo dipendente-evitante; per lei, disturbo di personalità di tipo istrionico-narcisista. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3*, sia per l'uomo, che per la donna.

15. Coppia formata da Attrice (41enne, impiegata) e Convenuto (coetaneo, poliziotto). Storia prematrimoniale della donna: nascita da coppia attempata; inibizione verso la figura materna (descritta come "castrante") ed assenza di comunicazione con quella paterna (a sua volta connotata da una storia familiare di 4 lutti in fase evolutiva); maturazione psico-affettiva pregiudicata da repressione sessuale; prima storia sentimentale di 2 anni vissuta in modo traumatico per la perdita della verginità e conclusa in seguito all'abbandono subito dal partner a causa di una disfunzione sessuale di lei subentrata alla deflorazione. Conoscenza del Convenuto grazie ad amici comuni. Dopo un iniziale frequentazione, interruzione della relazione per volontà dell'uomo. Successivo periodo di 6 anni trascorso senza alcuna notizia del Convenuto. Ripresa della relazione con il medesimo per iniziativa della donna dopo un incontro apparentemente fortuito. Fidanzamento di 2 anni con marcata disfunzionalità della coppia (deficit erettile in lui e frigidity in lei) e conseguente conflittualità. Comparsa di malattia sessualmente trasmessa nella donna (da parte dell'uomo) 6 mesi prima delle nozze, con necessità di trattamenti specialistici. Progetto nuziale motivato da co-dipendenza. Convivenza matrimoniale durata 1 anno ed interrotta dalla donna grazie ad una psicoterapia intrapresa per l'assenza di rapporti di coppia. Diagnosi clinica sulla

donna: disturbo di personalità di tipo dipendente-evitante in comorbidità con disfunzione sessuale psico-organica complessa. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3*.

16. Coppia formata da Attore (38enne, avvocato) e Convenuta (42enne, tecnico radiologo). Storia di vita dell'uomo: figlio di una donna che concepiva 5 figli con 4 uomini diversi ("...mia madre aveva un temperamento artistico ed una sensibilità molto accentuata"); rapporti esclusivamente formali con il padre, del tutto anaffettivo; cresciuto dalla seconda moglie del padre; esperienza di abuso sessuale da parte di un uomo adulto a 11 anni; sviluppo di autoerotismo compulsivo e rapporti omofili con i coetanei durante l'adolescenza; in età adulta marcata promiscuità con partner eterosessuali. Conoscenza della Convenuta per ragioni lavorative. Rapporto prematrimoniale di 4 anni dettato dalla necessità di "...trovare una certa stabilità", nonostante una vita di coppia già insoddisfacente. Convivenza prematrimoniale e successivo matrimonio motivati da ragioni formalistiche e strumentali. Convivenza nuziale di 3 anni connotata da insufficiente integrazione psico-affettiva nella coppia, nonostante la nascita di un figlio (peraltro casuale) e progressiva frustrazione dell'uomo a causa della "freddezza sessuale" della donna. Separazione voluta dall'uomo dopo la nascita del figlio, con successiva convivenza con una sua collega, in seguito sposata civilmente. Diagnosi clinica sull'uomo: disturbo di personalità di tipo narcisistico. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3*.
17. Coppia formata da Attrice (32enne, laureata in economia e commercio) e Convenuto (41enne, architetto). Storia prematrimoniale della donna: figlia di un padre possessivo e geloso e di una madre rigida e deprimente. Maturazione psico-affettiva condizionata da un'impostazione educativa severa e limitante. Conoscenza del Convenuto in ambito universitario senza alcuna pregressa esperienza affettiva. Fidanamento di 3 anni con un'interruzione di 3 mesi dovuta alla scoperta di un tradimento di lui da parte di lei. Ripresa della relazione con rapporti sessuali di ogni tipo imposti dall'uomo e accettati passivamente dalla donna, rapporti che provocano nella stessa prolasso intestinale con rettocele. Progetto coniugale motivato da istanze riparative da parte dell'uomo e senso di colpa da parte della donna. Convivenza nuziale di 1 anno interrotta dall'uomo a causa della mancanza di vita intima della coppia, a sua volta dovuta agli esiti della predetta patologia organica. Dopo la separazione l'uomo inizia una convivenza con una donna straniera. La donna intraprende un percorso di psicoterapia ancora in atto durante le attività peritali. Diagnosi clinica sulla donna: disturbo di personalità di tipo dipendente-ossessivo. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3*.
18. Coppia formata da Attrice (41enne, avvocato) e Convenuto (42enne, ingegnere). Storia prematrimoniale della donna: famiglia severa, autoritaria e intransigente; episodio di violenza sessuale da un coetaneo a 17 anni con esiti psicopatologici nei successivi 3 (interruzione degli studi per 2 anni, amnesie, episodi dissociativi, depressione); psicoterapia per 1 anno interrotta dalla stessa Attrice. Conoscenza del Convenuto durante gli studi universitari. Fidanamento di 11 anni con 2 interruzioni dovute al duplice tradimento dell'uomo, a sua volta correlato al rifiuto della donna di avere rapporti prematrimoniali con lui. Opzione coniugale della donna motivata da angoscia abbandonica ("non potevo restare da sola"), senso di colpa ("dopo quello che mi era successo mi sentivo ancora sporca e vuota") e vergogna ("a lui avevo confessato tutto, per cui se fossi rimasta sola avrei avuto il problema di confidarlo a un altro, se lo avessi trovato"). Convivenza nuziale di 8 anni condizionata negativamente non solo dagli esiti di un sinistro stradale del quale rimase vittima l'uomo, ma soprattutto da un'insufficiente integrazione psico-affettiva e psico-sessuale della coppia ("quando lui provava ad avere un rapporto con me, in me c'erano due ragazze diverse: da una parte c'era quella che non poteva lasciarsi sfuggire perché non poteva restare da sola dopo quello che aveva passato, ma dall'altra c'era una ragazza che aveva il terrore di essere sfiorata e per questo voleva fargliela pagare, non a lui, ma a quello di prima"). Separazione voluta dall'uomo, dopo la quale la donna intraprende una psicoterapia ed un percorso di formazione religiosa. Diagnosi clinica sulla donna: disturbo di personalità di tipo passivo-dipendente in comorbidità con disfunzione sessuale psicogena complessa di matrice traumatica. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2 ed incapacitas ex 1095 n.3*.
19. Coppia formata da Attrice (47enne, operaia) e Convenuto (coetaneo, operaio). Storia prematrimoniale della donna: a 14 anni, rapporto sessuale con un coetaneo vissuto dapprima in termini di violenza e poi idealizzato a scopo difensivo ("...aveva detto che voleva sposarmi anche se eravamo minorenni"); intervento chirurgico di imenorrafia ed imeno-plastica imposte dalla madre ed esperito come ennesimo trauma sessuale; sviluppo di abnormi condotte reattive durante l'adolescenza e l'età adulta (utilizzo di sostanze stupefacenti, episodi di perdita di coscienza, aggressività auto-/etero-diretta). Conoscenza occasionale del Convenuto, con fidanzamento di 6 anni segnato da conflittualità, tradimenti (almeno tre) ed interruzioni (almeno una decina). Progetto nuziale dettato da esigenze di autonomizzazione dalla famiglia d'origine. Convivenza nuziale durata un anno e mezzo circa e connotata da conflitti di coppia e reciproci tradimenti. Separazione voluta dalla donna, che dopo 2 anni iniziava una convivenza con un altro partner eterosessuale, con cui generava 3 figlie nell'arco

di un decennio. Diagnosi clinica sulla donna: disturbo di personalità borderline. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2* ed *incapacitas ex 1095 n.3*.

20. Coppia formata da Attrice (46enne, impiegata) e Convenuto (49enne, imprenditore agricolo). Storia prematrimoniale della donna: figlia di un padre severo, formalista, deprimente e di una madre succube del marito ed anaffettiva; primogenita con rapporti conflittuali con le sorelle minori per motivi di invidia e gelosia; nessuna esperienza affettiva durante l'età evolutiva; costante frequentazione di movimenti religiosi. Conoscenza combinata da parenti comuni. Fidanzamento di 4 anni condizionato negativamente da rapporti sessuali disfunzionali imposti dall'uomo e subiti passivamente dalla donna; in particolare, perdita dell'illibatezza esperita in senso traumatico. Opzione nuziale della donna dettata da scrupolosità anancastica e vergogna persecutoria ("era stato il primo e l'unico, non potevo sposare un altro... volevo arrivare vergine al matrimonio ed avevo ceduto a lui, per cui mi sentivo come merce avariata... temevo che lui raccontasse in giro dei nostri rapporti e non volevo che tutti venissero a sapere che non ero arrivata vergine al matrimonio..."). Convivenza nuziale di 12 anni con nascita di 2 figli, nonostante la persistente disfunzionalità sessuale di lei e i ripetuti tradimenti di lui ("la vita di coppia è sempre stata una cosa squallida, tremenda... non potevo rifiutarmi perché ero sua moglie... non potevo non volere i figli perché ero sposata con lui... l'ho lasciato solo dopo l'ennesimo tradimento ma la nostra vita di coppia non è mai stata quella che dovrebbe avere un marito e una moglie..."). Dopo la separazione, il convenuto inizia una convivenza con un'altra donna e l'Attrice entra a far parte di un movimento religioso. Diagnosi clinica sulla donna: disturbo di personalità di tipo ossessivo-compulsivo. Diagnosi medico-legale: *defectus ex 1095 n.2* ed *incapacitas ex 1095 n.3*.

3. Osservazioni tecniche

La casistica presentata – costituita da coppie nelle quali, almeno uno, ma spesso tutti e due i coniugi, aveva vissuto esperienze di natura traumatica prima delle nozze – induce a riflettere sui plausibili rapporti tra gli esiti di eventi di natura siffatta e le scelte di vita fondamentali delle vittime, segnatamente quella di tipo nuziale, considerando che la letteratura si è chiaramente espressa sulle verosimili conseguenze dei traumi prematrimoniali sulla formazione e sul funzionamento delle coppie coniugali (Barbieri, Gepponi, Janiri & Sansalone, 2017, 2019). Quanto osservato nei casi indicati, del resto, trova conferma nei diversi contributi specialistici in materia.

A ciò si aggiunga che, in quindici casi su venti, i soggetti esaminati sono operatori delle *helping professions*, a significare come non solo la scelta del partner, ma anche

l'opzione lavorativa dipenda dai vissuti traumatici antichi e come la ricaduta sulla coppia di problematiche tanto remote, quanto irrisolte, possa essere mediata dagli aspetti idealizzati / idealizzanti dell'investimento lavorativo, come peraltro segnalato in letteratura (Barbieri, Grattagliano & Janiri, 2021).

Sul punto, del resto, Kernberg (1980, 1985) ha analizzato ciò che accade quando il "Sé" di ogni persona entra in relazione con un "oggetto", nonché un altro significativo. Nell'ambito di questo processo relazionale, il "Sé" si costruisce una "rappresentazione interna" dell'oggetto, che a sua volta andrà ad influenzare il tipo di relazione instaurata con l'altro significativo. Quindi, prima ancora di interagire con l'oggetto, ognuno si relaziona con la rappresentazione interna del medesimo, la quale, tra l'altro, influenzerà i comportamenti futuri proprio perché il tipo di rapporto con l'altro dipende da come esso è stato percepito e vissuto, cioè rappresentato internamente. Nella vita di coppia, perciò, tutto questo implica che siano chiamati ad interagire tanto i due partner a livello fisico, quanto le rappresentazioni interne che ognuno ha dell'altro. Infatti, avere rappresentazioni ed investimenti oggettuali non solo complessi e complessuali, ma anche distorti e viziati da pregressi traumatismi, è sicuramente disfunzionale per l'assetto e l'equilibrio della diade, con tutti i negativi riflessi sulle condotte agite (Barbieri, Grattagliano, & Catanese 2019; Barbieri & Grattagliano, 2020; Barbieri, Grattagliano & Suma, 2020); paradigmatici, al proposito, appaiono i casi 1, 3, 4, 5, 7, 12, 13, 16, 18 e 19.

Inoltre, ciò che risulta necessario è l'aver sviluppato nelle relazioni d'oggetto una maturità tale, da consentire ad ogni individuo di confrontare le rappresentazioni proprie con la realtà concreta dell'altro e tale condizione è antecedente alla costruzione del rapporto di coppia.

Una condizione dismaturativa, del resto, si qualifica per la tendenza a considerare sé stesso e l'altro in termini completamente positivi, o negativi, operando cioè secondo il meccanismo difensivo della scissione, tipico dei primi stadi di sviluppo oggettuale. Tale mancanza di integrazione tra le parti scisse fa sì che la rappresentazione dell'altro oscilli tra la visione di un partner ideale, quasi incarnazione della donna o dell'uomo perfetto, e l'immagine di un soggetto considerato causa della propria infelicità, nell'ambito di una radicale incapacità di conciliare sentimenti di attrazione e repulsione, ricerca e rifiuto, amore e odio. Accogliere l'altro nella sua totalità, pertanto, è una condizione fondamentale per poterlo amare per ciò che realmente è e non semplicemente per la sua possibilità di rispondere a particolari bisogni individuali (Callieri, 2007; Barbieri, 2013, 2016 b, 2019; Callieri & Barbieri, 2016); significativi, al riguardo, appaiono i casi 2, 8 e 20.

Sul punto, si rammenta che Freud (2012), per mezzo del concetto di "idealizzazione", illustra la logica che sottende l'amore romantico e dimostra come essa non sia altro che una forma di "sopravalutazione", appunto perché, quando si idealizza qualcosa, vi si attribuiscono caratteristiche ben diverse dal suo valore reale. Chiaramente, per Freud, tutto ciò è precario e pericoloso, sia quando

concerne sé stessi, sia quando riguarda un soggetto esterno; infatti, in quest'ultima circostanza, l'idealizzazione romantica dell'altro impoverisce il Sé e tutto quanto ha valore sembra dipendere dall'oggetto, così che, quando l'investimento narcisistico non è ricambiato, si giunge addirittura al rifiuto del Sé. Le fantasie di una perfetta sincronia, quindi, possono rivelarsi distruttive, oltre che rischiose, poiché qualsiasi idealizzazione mette la persona che ama in uno stato di pericolo, perché l'altro può avere piena coscienza delle sue criticità e delle sue vulnerabilità, per cui può approfittarne più o meno strumentalmente. Desiderare ardentemente ed idealizzare il partner diventa dunque pericoloso, perché quella stessa persona può essere perduta (Mitchell, 2003); esemplificativi, in merito, risultano i casi 6, 9, 12 e 19.

D'altro canto, Mahler, Pine e Bergman (1978) hanno centrato la loro attenzione sul processo di operazione-individuazione durante l'infanzia come presupposto necessario affinché l'adulto possa acquisire un'identità personale ben distinta e compiuta. Secondo tali Autori, infatti, dopo una breve fase di simbiosi tra madre e bambino, l'istanza psichica del Sé si sviluppa grazie a fasi di separazione ed individuazione e questo potrebbe spiegare l'aspirazione ad "essere una cosa sola" con il partner esclusivo; nel senso che, quando due persone si innamorano, sperimentano il desiderio di fusione proprio a causa della riattivazione di dinamismi infantili di ritorno all'unione simbiotica. Al contrario, la capacità di accettare il partner come "soggetto altro" è alla base di un investimento affettivo maturo e si sviluppa soltanto se e quando il Sé è dotato di un adeguato senso di identità, grazie anche ad opportuni sostegni ed apporti di tipo narcisistico (Loriedo & Picardi, 2000; Loriedo, Di Giusto & De Bernardis, 2011; Barbieri & Grattagliano, 2018).

Alla luce della casistica esaminata, quindi, la scelta d'amore della coppia, connessa a situazioni o ad eventi traumatici presenti nell'agenda esistenziale di uno, o di ambo i membri della diade, può rappresentare l'unica possibilità di riscatto, di riparazione e di risarcimento della sofferenza subita, con il rischio però di idealizzare la relazione e di investirla di aspettative eccessive, le quali, come ed in quanto tali, faranno poi fallire la stessa. Infatti, soggetti con storie di vita connotate da traumi poco o punto elaborati tendono a nutrire elevate aspettative nel rapporto emotivo-affettivo-sessuale con l'altro, perché intravedono la possibilità di ottenere una condizione senza dubbio migliore rispetto a quella in precedenza compromessa dall'esperienza traumatica. Il loro coinvolgimento in una relazione, dunque, è molto complesso, proprio perché la scelta del partner è condizionata a monte da potenti idealizzazioni difensive, non solo *post*-traumatiche, ma anche *dia*-traumatiche e *meta*-traumatiche proiettate sulla diade; al punto che il progetto matrimoniale può assurgere ad una sorta di relazione terapeutica naturale (Dicks, 1992; Cigoli, 1992; Corbella, 1995; Corigliano, 1999; Fisher, 2001). In tale prospettiva, anche il c.d. concepimento psichico della coppia può essere inficiato dalle conseguenze di una distorta sintonia cognitiva e di un'adeguata modulazione affettiva con la realtà, con sé stessi e con gli altri,

segnatamente alle funzioni di deliberazione critica, pianificazione comportamentale e previsione realistica, cioè a quei processi decisionali che rendono conto dell'individuazione, dell'opzione e dell'ingaggio di un partner esclusivo (Dicks, 1967; Ruffiot, Eiguer et al., 1983; Kernberg, 1995; Zavattini, 1995; Norsa & Zavattini, 1997; Monduzzi, 2006, 2010).

Inoltre, sempre facendo riferimento ai casi illustrati, si evidenzia la possibilità di leggere il rapporto di coppia alla luce dei legami d'attaccamento (Carli, 1995, 1999), considerando gli esiti negativi sui medesimi da parte di esperienze di natura traumatica (Solomon & George, 1999; Cassidy & Shaver, 2002; Albasi, 2006; Brisch, 2007; Rygaard, 2007). In quest'ottica, Hazan e Shaver (1987) hanno utilizzato le teorie sull'attachment come cornice teorica per esaminare il modo in cui le relazioni d'amore in età adulta possono verosimilmente correlarsi alle precoci interazioni genitore-bambino. Questi Autori, infatti, partendo dalla trascrizione delle tipologie di attaccamento di Mary Ainsworth et al. (1978), hanno sostenuto che adulti con stili di attaccamento diversi si distinguono anche nel modo di vivere una relazione affettiva. Se, del resto, l'attaccamento adulto è speculare a quello infantile, ben si comprende come mai gli adulti ansiosi-ambivalenti possano nutrire più dubbi su sé stessi e sentirsi incompresi dagli altri, mentre quelli con attaccamento sicuro possano sentirsi legati agli altri perché in loro trovano intenzioni positive (Collin & Read, 1990). Inoltre, come gli studi di Campa et al. (2009) sull'attaccamento infantile avevano dimostrato che il 62% dei bambini presentava un attachment sicuro, il 23% evitante e il 15% ansioso-ambivalente, così quelli di Hazan e Shaver (1987) sull'attaccamento adulto riportavano valori analoghi: il 56% aveva un attachment sicuro, il 25% evitante e il 19% ansioso-ambivalente. Tale corrispondenza ha consentito agli Autori di affermare che la scelta del partner in età adulta non è casuale, ma è determinata dagli stessi fattori che influenzano la scelta della figura d'attaccamento in età infantile. In accordo con tali risultati, è stato altresì notato che le persone che presentano uno stile d'attaccamento sicuro tendono ad avere relazioni caratterizzate da un più alto livello di interdipendenza, fiducia, impegno e soddisfazione. Coloro che, viceversa, hanno un attaccamento di tipo insicuro, soprattutto gli evitanti, tendono ad avere relazioni connotate da caratteristiche opposte. Inoltre, i tre stili d'attaccamento sono fortemente associati con diversi modelli di esperienza emotiva all'interno delle relazioni, poiché soggetti con attachment sicuro sperimentano con maggior frequenza emozioni positive, rispetto a coloro con un attachment evitante, nel quale vi è una netta prevalenza di emozioni negative (Simpson, 1990; Attridge, Berscheid & Simpson 1995). Ergo, se le differenze nell'attaccamento adulto influenzano le dinamiche di investimento erotico-agapico, si può desumere che le coppie non si formino in modo indipendente dallo stile d'attaccamento di ambo i partner; tant'è che in letteratura sono state prospettate tre ipotesi sottese alla predilezione ed alla successiva scelta del partner, come indicato nella tabella qui riprodotta; in merito, si richiamano i casi 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 20.

Attachment Style	Similarity Hypothesis	Complementarity Hypothesis	Attachment Security Hypothesis
Secure Individual	Partner preference: Secure	Partner preference: Secure	Partner preference Secure and then Anxious
Relationship expectation	Confirmed	Confirmed	At least partially confirmed
Relationship subgoal	Achieved	Achieved	At least partially achieved
Self-consistency	Maintained	Maintained	At least partially maintained
Self-enhancement	Achieved	Achieved	At least partially achieved
Avoidant Individual	Partner preference: Avoidant	Partner preference: Anxious	Partner preference Secure and then Anxious
Relationship expectation	Disconfirmed	Confirmed	Partially confirmed with Secure
Relationship subgoal	Achieved	Not achieved	Confirmed with Anxious
Self-consistency	Not maintained	Maintained	Partially achieved with Secure
Self-enhancement	Achieved	Not achieved	Not achieved with Anxious
Anxious Individual	Partner preference: Anxious	Partner preference: Avoidant	Partner preference Secure and then Anxious
Relationship expectation	Disconfirmed	Confirmed	Disconfirmed
Relationship subgoal	Achieved	Not achieved	Achieved
Self-consistency	Not maintained	Maintained	Not maintained
Self-enhancement	Achieved	Not achieved	Achieved

Tabella I - Ipotesi su somiglianza, complementarietà e sicurezza d'attaccamento nella selezione del partner (cfr. Holmes & Jhonson, 2009)

4. Conclusioni

Il raffronto critico tra la presente casistica ed i predetti contributi specialistici conferma integralmente la letteratura sul tema (Barbieri, Gepponi, Janiri & Sansalone, 2017, 2019; Convertini, Greco, Grattagliano & Catanesi, 2020), per cui, per dimostrare “se” e “fino a che punto” un certo trauma abbia effettivamente inciso sull’opzione nuziale e/o sulla realizzazione della vita matrimoniale, è necessario procedere ad una disamina di tipo bifasico. In primo luogo, si deve analizzare l’effetto del trauma sulla persona del coniuge alla luce di una più o meno sufficiente elaborazione del medesimo (la casistica comprova che, a fronte di diverse tipologie di accadimenti traumatici, poco o punto metabolizzati dai soggetti, anche per l’assenza, o la parzialità di interventi specialistici, gli esiti si sono manifestati soprattutto nell’area dei disturbi della personalità e delle disfunzioni sessuali). In secondo luogo, dopo aver vagliato le conseguenze cliniche del trauma, si deve esaminare il rapporto di implicazione tra tali postumi e quelle funzioni antropologiche espressamente previste dalla norma canonica per riconoscere o meno validità al matrimonio-sacramento; non a caso, tali funzioni fanno riferimento: *per il processo di formazione del consenso*, al tipo di percezione del partner elettivo; alla deliberazione tra i pro e i contro della scelta dello stesso; all’autonomia nell’opzione di quel partner in riferimento a motivazioni delle quali si ha sufficiente contezza; all’anticipazione delle conseguenze future di tutta una vita con quel precipuo partner; *per l’attuazione ed il mantenimento degli oneri coniugali fondamentali*, alle doti di valorizzazione dell’altro, oblazione di sé all’altro e viceversa, nonché all’integrazione con e per l’altro ed all’arricchimento reciproco; *per l’esercizio fisiologico della sessualità con il partner esclusivo*: al dono di sé all’altro; all’accoglienza in sé dell’altro; alla complementarietà con l’altro; all’apertura al terzo-altro (nessun caso tra quelli illustrati presentava tutti i predetti requisiti). In questo senso, pare corretto concludere che, in tali fattispecie, la stessa sentenza canonica finisce con l’essere un esito del trauma.

sivo: al dono di sé all’altro; all’accoglienza in sé dell’altro; alla complementarietà con l’altro; all’apertura al terzo-altro (nessun caso tra quelli illustrati presentava tutti i predetti requisiti). In questo senso, pare corretto concludere che, in tali fattispecie, la stessa sentenza canonica finisce con l’essere un esito del trauma.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (1976). *Perturbazioni psichiche e consenso matrimoniale*. Roma: Officium Libri Catholici.
- AA.VV. (1981). *Borderline, nevrosi e psicopatie in riferimento al consenso matrimoniale nel Diritto Canonico*. Roma: Officium Libri Catholici.
- AA.VV. (1998). *L’incapacità di assumere gli obblighi essenziali del matrimonio (can. 1095 n.3)*. Città del Vaticano: LEV.
- AA.VV. (2000). *L’incapacità di intendere e di volere nel diritto matrimoniale canonico (can. 1095 nn.1-2)*. Città del Vaticano: LEV.
- Ainsworth M. D., Blehar M. C., Waters E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale (N.J.): Lawrence Erlbaum Associates.
- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. Torino: Utet.
- Amati, A. (2009). *L’immaturità psico-affettiva e matrimonio canonico*. Città del Vaticano: LEV.
- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta Edizione. DSM-5*. Milano: Cortina.
- Attridge, M., Berscheid, E. & Simpson, J.A. (1995). Predicting relationships stability from both partners versus one. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 254-268.
- Barbieri, C. (2000). Le capacità intellettiva e volitiva nell’ambito delle scienze mediche e psicologiche. In AA.VV., *L’incapacità di intendere e di volere nel diritto matrimoniale canonico*

- (can. 1095 nn.1-2) (pp. 319-335). Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C. (2003). L'approccio antropo-fenomenologico in Psicopatologia Forense: la comprensione del senso tra malattia mentale e norma giuridica. In A. Garofano & L. Del Pistoia (Eds.), *Sul comprendere psicopatologico* (pp.105-113). Pisa: ETS.
- Barbieri, C. (Ed.) (2007). *La coppia coniugale: attualità e prospettive in medicina canonistica*. LEV: Città del Vaticano.
- Barbieri, C. (2009). Il c.d. disturbo dipendente di personalità. In AA.VV., *Dipendenze psicologiche e consenso matrimoniale* (pp.17-36). Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C. (2013). L'incapacità maschile alla fedeltà: profili psichiatrici. In AA.VV., *Il bonum fidei nel diritto matrimoniale canonico* (pp.123-146). Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C. (2014). La valutazione della testimonianza in sede nell'esame degli atti in sede di perizia. In AA.VV., *L'istruttoria nel processo di nullità matrimoniale* (pp. 29-47). Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C. (2016 a). *Antropologia cristiana e medicina canonistica*. Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C. (2016 b). L'incapacità al bonum coniugum: profili psichiatrici. In AA.VV., *Il "bonum coniugum". Rilevanza e attualità nel diritto matrimoniale canonico* (pp. 213-244). Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C. (2017). La perizia medico-legale in Diritto Canonico. In A.M. Casale, P. De Pasquali & M.S. Lembo (Eds.), *La consulenza psichiatrica e psicologica nel processo civile* (pp.53-66). Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli.
- Barbieri, C. (2019). Narcisismo: alcune riflessioni critiche sulle varie prospettive psichiatriche. In: AA.VV., *L'incapacità consensuale tra innovazione normativa e progresso scientifico* (pp. 427-454). Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C. & D'Urbano, C. (2020). La perizia psicologica in Diritto Canonico. In S. Ciappi & S. Pezzuolo (Eds.), *Psicologia Giuridica: Seconda Edizione* (pp. 175-188). Firenze: Hogrefe.
- Barbieri, C. & Grattagliano, I. (2018). Alcune riflessioni di ordine psicologico e criminologico sul tema del narcisismo. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 150-160.
- Barbieri, C. & Grattagliano, I. (2020). Some reflections on the issue of homicide-suicide prompted by a case series of forensic psychology assessments. *Clinica Terapeutica*, 3, E216-E224.
- Barbieri, C. & Tronchin, M. (2010). *Disturbi del comportamento alimentare e matrimonio canonico*. Roma: Gregorian & Biblical Press.
- Barbieri, C. & Verde, A. (2014). Trauma e vittimizzazione lungo le generazioni: alcune riflessioni in margine a un caso peritale. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 30-38.
- Barbieri, C., Bandini, T. & Verde, A. (2015). "Non si sa come", ovvero il passaggio all'atto come corto circuito della narrazione. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 259-268.
- Barbieri, C., Grattagliano, I. & Catanesi, R. (2019). Alcune riflessioni sul c.d. reato narcisistico. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 257-267.
- Barbieri, C., Grattagliano, I. & Janiri, L. (2021). Il doppio legame tra helping professions e relazioni coniugali: riflessioni criminologiche e canonistiche da una casistica peritale. *Rassegna Italiana di Criminologia*, (IN PRESS)
- Barbieri, C., Grattagliano, I. & Suma D. (2020). Il fenomeno della distruttività nella coppia tra perversione e perversità: riflessioni su di una casistica. *Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in campo sanitario*, 2, 787-801.
- Barbieri, C., Gepponi, V., Janiri, L. & Sansalone, L. (Eds.) (2017). *Perizie e Periti. Atti del primo corso di formazione in Medicina Canonistica presso i Tribunali del Vicariato di Roma nell'anno 2015*. Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C., Gepponi, V., Janiri, L. & Sansalone, L. (Eds.) (2019). *Matrimonio ed eventi di vita: Atti del secondo corso di formazione in Medicina Canonistica presso i Tribunali del Vicariato di Roma nell'anno 2016*. Città del Vaticano: LEV.
- Barbieri, C., Luzzago, A. & Musselli, L. (2005). *Psicopatologia Forense e Matrimonio Canonico*. Città del Vaticano: LEV.
- Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris: Editions Dunod.
- Beneduce, R. (2019). *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*. Bari-Roma: Gius. Laterza & figli.
- Bonnet, P.A. & Gullo, C. (1990) (Eds.). *L'immaturità psico-affettiva nella giurisprudenza della Rota Romana*. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana.
- Brisch, K. H. (2007). *Disturbi dell'attaccamento: dalla teoria alla terapia*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Bromberg, Ph. M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione: Standing in the spaces*. Milano: Cortina.
- Callieri, B. & Barbieri, C. (2007). Dalla psicopatologia-clinica alla psicopatologia-forense: la comprensione di senso come transito da una dimensione fenomenologico-esistenziale ad una dimensione normativa. *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, 3-4, 109-132.
- Callieri, B. & Barbieri, C. (2016). Contributi antropo-fenomenologici alla Medicina Canonistica. In: C. Barbieri (Ed.), *Antropologia Cristiana e Medicina Canonistica* (pp.163-172). Città del Vaticano: LEV.
- Callieri, B. (1997). La psicopatologia come ricerca di senso e di significato. *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, 1, 15-24.
- Callieri, B. (2007). La coppia come incontro: transito fra inter-soggettività e interpersonalità. In C. Barbieri (Ed.), *La coppia coniugale: attualità e prospettive in medicina canonistica* (pp. 47-62). Città del Vaticano: LEV.
- Callieri, B. (2008). La psicopatologia come ricerca di senso e di significato. *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, 1-2, 5-14.
- Campa, M. I., Hazan, C., & Wolfe, J. E. (2009). The form and function of attachment behavior in the daily lives of young adults. *Social Development*, 18(2), 288-304. doi: 10.1111/j.1467-9507.2008.00466.x
- Cardena, E. & Carlson, E.B. (2011). Acute Stress Disorder Revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 245-267.
- Caretti, V. & Craparo G. (Eds.). (2008). *Trauma e psicopatologia: Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio - Ubal dini.
- Carli, L. (Ed.). (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Cortina.
- Carli, L. (Ed.). (1999). *Dalla diade alla famiglia: I legami di attaccamento nella rete familiare*. Milano: Cortina.
- Caroppo, E. & Brogna, P. (2012). Il trauma in prospettiva ermeneutico-fenomenologica tra dispositivi antropologici di vulnerabilità e resilienza. In L. Janiri, E. Caroppo, G. Martinotti & G. Pozzi (Eds.), *Il punto di non ritorno. Itinerari e derive del trauma psichico* (pp.3-20). Roma: Giovanni Fioriti.
- Cassidy, J. & Shaver, Ph. R. (Ed.). (2002). *Manuale dell'attaccamento: Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Cigoli, V. (Ed.). (1983). *Terapia familiare. L'orientamento psicoanalitico*. Milano: Franco Angeli.
- Collin, N. & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in Convertini, A., Greco, R., Grattagliano, I., Catanesi, R. (2020). The use of mmpi-

- 2 and roschach tests in parenting capacity evaluations: A case contribution. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 14, 64–79.
- Corbella, S. (1995). Il peccato originale: la ripetizione coatta di modelli relazionali subiti nell'interazione familiare. *Gli Argonauti*, 64, 21–42.
- Corigliano, A. N. (1999). (Ed.). *Curare la relazione: saggi sulla psicoanalisi e la coppia*. Milano: Franco Angeli.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Dicks, H. V. (1992). *Tensioni coniugali: Studi clinici per una teoria psicologica dell'interazione*. Roma: Borla.
- Fisher, J. (2017). *Guarire la frammentazione del sé: Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma psicologico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fisher, J. V. (2001). *L'ospite inatteso: Dal narcisismo al rapporto di coppia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Flannery, R. B. (1990). Social support and psychological trauma: A methodological review. *Journal of Traumatic Stress*, 3R, 593–611.
- Flannery, R. B. (2001). The employee victim of violence: Recognizing the impact of untreated psychological trauma. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 16, 230–233.
- Freud, S. (2012). *Introduzione al narcisismo. Inibizione, sintomo e angoscia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- García Failde, J.J. (1991). *Manual de Psiquiatria Forense Canonica*. Salamanca: Pontificia Universidad de Salamanca.
- García Failde, J.J. (1994). *La nulidad matrimonial hoy: Doctrina y jurisprudencia*. Barcelona: BOSH.
- García Failde, J.J. (1999). *Trastornos psíquicos y nulidad del matrimonio*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- García Failde, J.J. (2003). *Nuevo estudio sobre trastornos psíquicos y nulidad del matrimonio*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Garland (Ed.). *Comprendere il trauma: Un approccio psicoanalitico*. Milano: Paravia Bruno Mondadori.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
- Holmes, B. M. & Jhonson, K. R. (2009). Adult attachment and romantic partner preference: a review. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 833–852.
- Janet, P. (2016). *Trauma, coscienza, personalità. Scritti clinici di Pierre Janet*. Milano: Raffaello Cortina.
- Janiri, L. (2012). La temporalità traumatica. In: L. Janiri, E. Caroppo, G. Martinotti & G. Pozzi (Eds.), *Il punto di non ritorno. Itinerari e derive del trauma psichico* (pp.40–61). Roma: Giovanni Fioriti.
- Kemali, D., Maj, M., Catapano, F., Giordano, C. & Saccà, C., (Eds.). (2014). *ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche criteri diagnostici per la ricerca*. Milano: Edra.
- Kernberg, O. F. (1980). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. F. (1985). *Mondo interno e realtà esterna*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. F. (1993). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Kernberg, O. F. (1995). *Relazioni d'amore. Normalità e patologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Kluzer, G. (2014). *Il Trauma in Psicoanalisi*. Retrieved December 16th, 2020, from <https://www.spiweb.it/spipedia/traumapsicoanalisi>.
- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Levine, P. A. (2018). *Trauma e memoria: Una guida pratica per capire ed elaborare i ricordi traumatici*. Roma: Astrolabio.
- Lingiardi, V. & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Loriedo, C. & Picardi, A. (2000). *Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento: Percorsi e modelli della psicoterapia sistemico-relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Loriedo, C., Di Giusto, M. & De Bernardis, G. (2011). *Attrazione e scelta: Incontrarsi e formare una coppia*. Milano: Adriano Salani.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1978). *La nascita psicologica del bambino. Simbiosi ed individuazione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Mitchell, S. (2003). *L'amore può durare?: Il destino dell'amore romantico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Monduzzi F. (2010). *Curare la coppia*. Milano: Franco Angeli.
- Monduzzi, F. (2006). *La coppia come paziente*. Milano: Franco Angeli.
- Norsa, D. & Zavattini, G.C. (1997). *Intimità e collusione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ricoeur, P. (2007). Immagini e linguaggio in psicoanalisi. In D. Jervolino & G. Martini (Eds.). *Paul Ricoeur e la psicoanalisi. Testi Scelti* (pp.91–114). Milano: Franco Angeli.
- Ruffiot, A., Eiguer, A., Litovsky, D., Liendo, E., Gear M. C. & Perrot, J. (1983). *Terapia Familiare Psicoanalitica*. Roma: Borla.
- Rygaard, N. P. (2007). *Il bambino abbandonato: Guida al trattamento dei disturbi dell'attaccamento*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Simpson J. A. (1990). Influence of attachment styles on Romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971–980.
- Solomon, J. & George, C. (Eds.). (1999). *L'attaccamento disorganizzato*. Bologna: Il Mulino.
- Tatossian, A. (1985). La notion d'événement: de la phénoménologie à la méthode des «life-events». In J. Guyotat & P. Fedida (Eds.). *Événement et psychopathologie* (pp.49–54). Paris: Hachette Lyon Villerbanne.
- van der Kolk, B. A. (1999). *Psychological Trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (eds.). (2005). *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Magi.
- Zavattini, G.C. (1995). Soggettività e autoregolazione degli affetti nella coppia: una prospettiva psicoanalitica. In C. Loriedo, M. Malagoli Togliatti & M. Micheli (Eds.), *Famiglia: continuità, affetti, trasformazioni* (pp. 630–640). Milano: Franco Angeli.
- Zuanazzi, G. (2006). *Psicologia e psichiatria nelle cause matrimoniali canoniche*. Città del Vaticano: LEV.