

Abilitazione e Riabilitazione ARRe

Anno XIV N. 2 2005

Pubblicazione del
"Centro Paolo VI" di Casalnoceto (AL)

*Registrazione del Tribunale di Tortona N. 393 del 15.6.93 - Spedizione in abbonamento postale
gruppo IV - Pubbl. inf. 50% - Autorizzazione della Direzione Provinciale PT di Alessandria*

A e R - Abilitazione e Riabilitazione

Anno XIV - N. 2 - 2005

INDICE

STUDI E RICERCHE

JUTTA M. BIRKHOFF

pag. 9

La comunità terapeutica: un'altra scena per il trattamento di soggetti con disturbi di personalità autori di reato

CESARE ALBASI

" 25

Il conoscere relazionale implicito e il concetto di modelli operativi interni dissociati

ESPERIENZE DI LAVORO

SUSANNA SALA, CARLO ALFREDO CLERICI,
ROBERTO LUKSCH, FRANCA FOSSATI BELLANI

" 43

Aspetti psicologici del trattamento con chemioterapie ad alte dosi in oncologia pediatrica: una revisione della letteratura

SILVANA REPOSSI, ILEANA LAFORENZA,
MARIANNA COMETTO

" 64

Musicoterapia - psicomotricità: una proposta di intervento riabilitativo per il bambino autistico

ANTONELLA GRANIERI, BARTOLOMEA GRANIERI

" 71

La formazione degli insegnanti

ORietta MELONE

" 76

Un mese di educazione abilitativa

LA COMUNITÀ TERAPEUTICA: UN'ALTRA SCENA PER IL TRATTAMENTO DI SOGGETTI CON DISTURBI DI PERSONALITÀ AUTORI DI REATO

JUTTA M. BIRKHOFF*

Riassunto. Partendo dalla constatazione che frequentemente persone portatrici di disturbi di personalità, caratterizzate, fra l'altro, dalla tendenza ad esprimere conflitti interiori, non a parole, ma attraverso agiti, a volte anche gravi, o non chiedono o non trovano adeguato trattamento sul territorio, o vengono "contenuti" nelle carceri o negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, l'autrice descrive la lunga esperienza del Henderson Hospital di Londra che, da tempo, accoglie siffatti soggetti, anche se autori di reato, applicando con successo un interessante ed efficace approccio terapeutico.

Da anni ormai gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono al centro di accese discussioni¹ e se ne auspica, se non l'abolizione, per lo meno una impostazione maggiormente incentrata sulla cura degli internati. Infatti, secondo diversi autori, dette istituzioni racchiuderebbero in sé le peggiori caratteristiche sia delle carceri, essendo per lo più carenti sul piano terapeutico e gestite prevalentemente da personale di custodia, sia degli ex-ospedali psichiatrici, in quanto isolerebbero dall'ambiente familiare e socio-relazionale, ricorrerebbero all'uso massiccio di psicofarmaci o di misure contenitive, oltre ad identificare il malato con la malattia². All'interno degli O.P.G., il trattamento dei rei infermi di mente si attuerebbe, cioè, attraverso processi repressivi più incisivi della stessa detenzione, in profondo contrasto con lo spirito delle riforme sia dell'assistenza psichiatrica sia penitenziaria³, da cui l'esigenza, avvertita a livello istituzionale e sociale, di ridimensionare tali istituzioni⁴.

*Neurologo associato di Medicina Legale, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi dell'Insubria.

¹ Tra gli autorevoli contributi apparsi sull'argomento: F. De Fazio (1971), *Realtà e limiti dei compiti terapeutici manicomio giudiziari*, *Quad. di criminol. clinica*, 3 - U. Fornari (1984), *Sulla nozione di "persistente" pericolosità sociale psichiatrica*, *Min. Leg.*, 104, 3 - F. De Fazio, A. Luzzago (1985), *L'Hôpital Psychiatrique Judiciaire (HPJ) dans la législation italienne*, *Riv. Spec. Fren.*, 3 - T. Raudini, U. Gatti (1990), *Nuove tendenze in tema di imputabilità clinica della imputabilità*, in F. Ferracuti (a cura di), *Psichiatria forense generale e penale*, Milano: Giuffrè - S. D'Amico Mangoni (1993), *Considerazioni normative e medico-legali circa il possibile ruolo dell'OPG nel trattamento giudiziario per i tossicodipendenti*, *Quad. Psich. Forense*, II, 1, 104 - F. De Fazio (1978), *A proposito della "obsolescenza" dei manicomio giudiziari*, *Riv. di Criminol.*, IX, 177 - A. Luzzago, G. Boduschi (1984), *Dal manicomio giudiziario all'ospedale psichiatrico giudiziario: un problema insoluto*, *Riv. di Criminol.*, XV, 1, 141.

² Luzzago, F. Davoli (1996), *Ospedale psichiatrico giudiziario e spazi terapeutici*, *Riv. di Criminol.*, VII, 1, 165 - G. Mancoske (1982), *Manicomio giudiziario*, Bari: De Donato.

³ Raudini, U. Gatti (1990), *Nuove tendenze in tema della valutazione clinica dell'imputabilità*, in F. Ferracuti (a cura di), *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, 13, 164, Milano: Giuffrè.

⁴ Dopo vent'anni, negli ultimi anni, si sono registrate diverse proposte di legge e decreti legislativi per il riordino dell'assistenza psichiatrica. Per un'articolata rassegna delle diverse proposte riguardanti il superamento degli O.P.G. v. G. Agaglia, M. De Vanna, C. Mencucci, M. Schirvon (2001), *Ospedale Psichiatrico Giudiziario: ombra e speranza?*, *Riv. Spec. Fren.*, CXXV, 4, 230.

In effetti, gli O.P.G., "al pari del concetto di pericolosità, rappresentano un ambiguo compromesso tra parametri giuridici e medici, tra sanzione e terapia, tra afflittività ed esigenza di cura, con assoluta prevalenza delle esigenze di difesa della collettività su quelle di cura del paziente, conformemente ad una visione ideologico-scientifica centrata su di un'impostazione custodialistica in cui il ricovero coatto è giustificato, in modo non sempre corretto, come una necessità terapeutica"¹⁵.

Gli O.P.G. e le C.C.C., a volte, sembrano rappresentare più che altro un "luogo di emarginazione curativa in cui vengono convogliati quei pazienti che vengono percepiti come portatori di una pericolosa diversità"¹⁶, dove, attraverso la pratica medica come strumento di controllo, si perpetua una prassi di stigmatizzazione e di esclusione, in quanto come ben noto, non accolgono unicamente autori di reati particolarmente efferati, sintomatici di gravi patologie mentali, ma anche un numero non trascurabile di soggetti responsabili di reati bagatellari (contro il patrimonio o lesioni personali lievi), connessi a storie di tossico- o alcool-dipendenza, di sieropositività, di solitudine, di età avanzata, di oligofrenia e, in una percentuale tutt'altro che irrilevante, ad una diagnosi di disturbo di personalità¹⁷.

In questa sede vorremmo occuparci, appunto, dei disturbi di personalità, delle personalità psicopatiche secondo la terminologia classica, categoria nosografica di grande fascino e attualmente molto discussa. Infatti, seppure la società non sembra percepire le persone portatrici di questi disturbi come affette da veri e proprie malattie psichiche, ma piuttosto come soggetti "disturbanti", molti problemi e domande essi sollevano invece in ambito giuridico, psichiatrico forense, criminologico e psichiatrico clinico con risposte spesso contrastanti e poco risolutive.

Nel mondo della giustizia penale, sebbene "dottrina e giurisprudenza sono, quasi sempre, concordi nel negare la rilevanza di disturbi di personalità ai fini dell'esclusione totale o parziale della capacità di intendere e di volere, ponendo l'accento più sull'assenza di senso morale che caratterizza le cosiddette personalità psicopatiche, che su veri e propri disturbi psicopatologici capaci di condizionare la condotta"¹⁸, attualmente si sta discutendo circa "un rinnovato catalogo di misure" nella valutazione dell'imputabilità, comprendente anche questi disturbi, che possa portare i periti e, conseguentemente, gli stessi giudici penali ad essere "più proclivi ad estendere la stessa nozione di infermità di mente, oltre gli angusti confini segnati dal tradizionale paradigma medico-nosografico"¹⁹.

In ambito psichiatrico forense, dove si assiste ad una sempre maggiore tendenza a restrin-

¹⁵ F. Bruni (1990), La pericolosità sociale psichiatrica. In F. Ferracuti (a cura di), *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense* (p. 346), vol. 13. Milano: Giuffrè.

¹⁶ G. Russo, L. Salomone (1999), Il malato di mente nel sistema giudiziario. *Riv. Penitenz. e criminologica*, III, 2-3, 127.

¹⁷ Da una "Ricerca statistico descrittiva", svolta nel 1999 presso l'OPG "F. Sapocito" di Aversa, emerge che oltre il 70% di soggetti internati presenta un disturbo schizofrenico, circa il 12% un disturbo di personalità (prevalentemente di tipo paranoide, antisociale e borderline), e circa il 7% dei pazienti è oligofrenico - vedi anche: I. Galliani (1995), Editoriale: Verso l'abolizione delle misure di sicurezza. *Riv. It. Criminol.*, VI, 2, 189.

¹⁸ Percezione questa anche in sintonia con la seguente definizione: "Le personalità psicopatiche raggruppano tutti quegli individui il cui stile di vita è caratterizzato in maniera abituale da modalità aberranti di risposta agli stimoli ambientali" (L. Fornari, 1997, *Trattato di Psichiatria forense*, Torino: UTET, p. 292).

¹⁹ P. Zanotti, C. Baebieri (2000), La c.d. "personalità antisociale" in psicopatologia forense: un discorso sul metodo? *Riv. It. Criminol.*, 2, 291, 291-292.

²⁰ A. Manna (2000), Editoriale: Diritto penale e psichiatria di fronte alla malattia mentale. *Riv. It. Criminol.*, 3-4, 327, p. 352.

gere le ipotesi di i disturbi di persona lenne con la nozione della potenzialità.

Il criminologo domanda se essi i delinquenti o ma

Lo psichiatra facilmente ricorro reciproca, un'alt comune di perco

Le incertezze risolve consultand si di "disturbo", i funzione psicolog zione fra salute e quale è ormai un

I diversi distu niti come "un m rispetto alle aspe adolescenza o nel

Dalla lettura di un'entità clinica logica"²⁰. Infatti,

ti nel rapportarsi pri impulsi, con reclusione in car

Recentemen

¹ L. Ferracuti, *F* ai problemi e pro

² A. Beconi, G. Bo re prospettive. Un i sulle norme relati

³ A.P.A. (1996), *DE*

⁴ I criteri diagnosi comportamento che lino in due (o più) simenti: 2) affetto personale; 4) contin personali e sociali; 5) isolamento sociale re fatto risalire alt come manifestazione "fisiologica duetti nico" (A.P.A., op

⁵ P. Zanotti, C. Ba

⁶ F. Bruni, S. Co sol., XII, 1, 9.

gere le ipotesi di incapacità d'intendere e/o volere per infermità, da un lato vi è chi considera i disturbi di personalità semplici aspetti peculiari del carattere e della reattività, tali da non interferire con la responsabilità penale, dall'altro chi presenta notevoli difficoltà nella valutazione della potenzialità o meno del disturbo di influire sull'imputabilità del soggetto.

Il criminologo incontra siffatti soggetti nelle carceri, ne studia i comportamenti e, a volte, si domanda se essi siano liberi o meno nella scelta delle loro azioni, se si trova, cioè, di fronte a delinquenti o malati.

Lo psichiatra clinico, infine, si confronta con individui che, non sentendosi "malati", difficilmente ricercano aiuto, e, se lo fanno, difficilmente riesce a creare un rapporto di fiducia reciproca, un'alleanza terapeutica fondata sulla condivisione della sofferenza e sulla ricerca comune di percorsi utili per attenuarla¹¹.

Le incertezze circa l'inquadramento delle personalità psicopatiche non vengono nemmeno risolte consultando il DSM, che, sin dal 1979 con il DSM-III, non parla più di "malattia", bensì di "disturbo", inteso come sindrome comportamentale riconducibile ad una presupposta disfunzione psicologica o biologica, non condividendo più l'idea di una netta linea di demarcazione fra salute e malattia mentale, in quanto condizioni collegate da un "continuum lungo il quale è assai arduo individuare dei punti di cesura"¹².

I diversi disturbi di personalità, classificati dal DSM-IV in Asse II, sono genericamente definiti come "un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione"¹³.

Dalla lettura dei criteri diagnostici ivi riportati¹⁴, sembra emergere più che una descrizione di un'entità clinica, inquadrabile nell'ambito delle infermità, quella di una "categoria criminologica"¹⁵. Infatti, i soggetti con disturbo di personalità presentano, fra l'altro, oltre alla difficoltà nel rapportarsi con l'ambiente sociale e con il prossimo, una incapacità di controllare i propri impulsi, con tendenza a passare all'atto, da cui possibili conseguenze penali esitanti o nella reclusione in carcere o nell'internamento in una misura di sicurezza.

Recentemente diversi autori¹⁶, hanno correlato questa loro impulsività all'instabilità

¹¹ L. Ferrannini, P.F. Peloso (2000), Il comportamento violento in psichiatria e il disturbo antisociale di personalità: problemi e prospettive nell'intervento del dipartimento di salute mentale. *Riv. It. Criminol.*, XI, 3-4, 423.

¹² A. Beconi, G. Boschi, N. Caldenari, P. Iozzia, L. Monneverde, P. Peloso (1999), Il malato di mente autore di reati: nuove prospettive. Un contributo interdisciplinare alla discussione sull'abolizione dell'ospedale psichiatrico giudiziario e sulle norme relative all'imputabilità dei malati di mente. *Riv. Spaz. Forens.*, CXXIII, 3, 190-199.

¹³ A.P.A. (1996), *DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson, p.687.

¹⁴ I criteri diagnostici generali per i disturbi di personalità sono: "A. un modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo modello si manifesta in due (o più) delle aree seguenti: 1) cognitività (cioè modi di percepire e interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti); 2) affettività (cioè la varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta affettiva); 3) funzionamento interpersonale; 4) controllo degli impulsi. B. Il modello abituale risulta inflessibile e pervasivo in una varietà di situazioni personali e sociali. C. Il modello abituale determina un disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti. D. Il modello è stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta. E. Il modello abituale non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale. F. Il modello abituale non risulta collegato agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (es. droga di abuso, farmaco) o di una condizione medica generale (es. trauma cranico)" (A.P.A., *op. cit.*, pp. 691-692).

¹⁵ P. Zavatti, C. Barbieri, *op. cit.*, p.292.

¹⁶ F. Bruno, S. Costanzo, B. Calabrese (2001), Il quadro clinico del disturbo antisociale di personalità. *Riv. It. Criminol.*, XII, 1, 9.

affettiva¹⁷, alla ridotta abilità verbale, alla ricerca di sensazioni forti e di novità¹⁸ e all'incapacità di tollerare ritardi nella gratificazione¹⁹.

Queste "personalità pseudonormali"²⁰, organizzazioni nelle quali prevalgono narcisismo, tendenza a dominare l'oggetto, anaclitismo e scissione, sono quindi tutte caratterizzate da pervasività, maladattività e disfunzionalità con comportamenti dettati dall'incapacità di controllare la propria pulsionalità e diretti alla soddisfazione immediata dei bisogni e guidati dalla scarsa reattività emotiva. Le funzioni superegoiche scisse in parti tra loro talvolta conflittuali, talvolta non coordinate, e la marcata immaturità strutturale, estremamente precaria, espongono questi soggetti ad elevato rischio di scompenso. Per fronteggiare una depressione sempre in agguato, sono continuamente costretti a ricorrere ad una serie di artifici caratteriali e psicopatici per preservare il proprio Io. Con un anaclitismo ossessivo lottano incessantemente per mantenere una sicurezza narcisistica che possa coprire i rischi depressivi permanenti.

Tutte queste personalità, pur nelle loro sostanziali differenze, sono accomunate dall'astrutturazione, ovvero dall'assenza di una stabile organizzazione di personalità in senso psicofico o nevrotico. Questa collocazione al limite, si caratterizza, fra l'altro, dalla coesistenza di due settori operativi dell'Io: quello che resta nell'ambito di un adattamento classico alla realtà esterna e quello che funziona in modo molto più autonomo, essenzialmente fissato ai bisogni narcisistici, soddisfatti attraverso meccanismi di parziale diniego della realtà (scissione, idealizzazione primitiva, diniego, onnipotenza, svalutazione) e da modalità di rapporto anaclitico rassicuranti²¹.

*"Anche di fronte alla constatazione del fallimento, tali soggetti non saranno mai portati al ridimensionamento delle proprie aspettative o al senso di colpa, ma ogni frustrazione, avverrà come troppo pesante da tollerare, provocherà, al contrario, un senso di vergogna o di disgusto di sé, che potrà essere proiettato sugli altri e dare luogo così ad acting-out spesso imprevedibili e talora incomprensibili, finalizzati sul piano intra-psichico ad eludere l'angoscia depressiva ed il rischio della frammentazione psicotica a fronte di una ferita narcisistica particolarmente grave"*²².

Essi, apparentemente, non riescono quindi a trarre alcun insegnamento dalle esperienze negative ed ogniqualvolta si ripresenta una situazione vissuta come frustrante o ansiogena, invece di riuscire a verbalizzare l'angoscia, sembrano costretti a "comunicarla" con un'azione etero- o auto-diretta. Questo "agire" è la loro risposta a situazioni che assumono il significato di minaccia al precario equilibrio psichico. *"Il contumarsi delle pulsioni, secondo modalità di ripetizione coatta, non consente una progressiva scansione simbolica del*

¹⁷ S. Herpertz, A. Gietzen, E. M. Szymmayer, V. Mählbauer, A. Shierkens, H. Sass (1997), Affective instability and impulsivity in personality disorder: results of an experimental study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 44, 31 - E.S. Barrat, M.S. Stanford, T.A. Kent, A. Felthous (1997), Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045.

¹⁸ M. Zuckerman (1993), P-impulsive sensation seeking and its behavioural psychophysiological and biochemical correlates. *Neuropsychobiology*, 38, 30.

¹⁹ D.R. Cheri, G. Moeller, D.M. Dougherty, H. Rhoades (1997), Studies of violent and nonviolent male parolees: laboratory and psychometric measurements of impulsivity. *Biological Psychiatry*, 41, 521.

²⁰ J. Bergert (1984), *La personalità normale e patologica*. Milano: Corina.

²¹ V.W. Eisenstein (1956), Psychotherapie différentielle des états limites. In *Techniques spécialisées de la psychothérapie*. Paris: P.U.F. - O. F. Kernberg (1987), *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Boffani Boringhieri.

²² J. Bergert, *La personalità normale e patologica*, cit. in P. Zavutti, *C. op. cit.*, p.301.

pensiero; ciò spiega questa struttura perché a scaricare all'esterno, è quindi previsto presenta l'espressione "rigione"²³.

Alcuni passaggi "esplosione di rabbia"²⁴. Il loro agire, "motivi difensivi diabolici"²⁵, serve a "messo" che, non soficoltà dell'uso del morali degli altri, q la responsabilità sul ri da qualsiasi senso

Anche se, come o non "vogliono" e che, nel caso venisse una misura di sicurezza comportamenti "di

Non esiste però anche una certa di fonti, recenti" e l'orientata ad espellere inestricabile fra di blemi e risultano, sonalità. Ancora l'strategie di evitamento troppo intensa, g poco sistemato da in cui dall'animo sicurezza, fatto di zione ai minimi b

²³ C.F. Muscillo, P. J. Spet, *Frontiers*, CXX.

²⁴ R. Rossi (1983), *Un portu na psicoanalisi*.

²⁵ H. Kohut (1970), A

²⁶ A. Balzani, A. P. trico giudiziario e sei

²⁷ G. Rizzo, L. Salom

²⁸ M. B. Chionza (19

presso il S.P.D.C. del

²⁹ M. Muzi, F. Bion

e possibile? *Rev. Soc.*

pensiero: ciò spiega, in parte, le caratteristiche di ciclicità senza progressione storica di questa struttura personalità, il suo modo 'atemporale' di esistere²². Questa propensione a scaricare all'esterno una tensione interiore, agendo comportamenti abnormi ed inadeguati, è quindi prevalentemente frutto di una incapacità di verbalizzare i problemi, e rappresenta l'espressione della loro dimensione conflittuale in "un mostruoso tentativo di guarigione"²³.

Alcuni passaggi all'atto si collocano ad un livello molto arcaico, rappresentando una "esplosione di rabbia narcisistica di fronte alle frustrazioni dei propri bisogni narcisistici"²⁴. Il loro agire, "un'azione sia sostitutiva che resistenziale rispetto al pensiero [...] per motivi difensivi dall'angoscia o per una incapacità derivante da una preclusione del simbolico"²⁵, serve a "comunicare e a nascondere", rappresenta una "formazione di compromesso" che, non solo sostituisce il pensiero, ma segnala una drammatica impossibilità o difficoltà dell'uso dello stesso. Insensibili alle opinioni, ai valori, ai desideri o alle vedute morali degli altri, questi soggetti giustificano il loro comportamento deviante riversandone la responsabilità sulla società, sull'ambiente o, in genere, sugli altri, mantenendosi così liberi da qualsiasi senso di colpa e dalla consapevolezza di avere bisogno di sostegno.

Anche se, come già accennato, questi soggetti sembrano essere restii a richiedere aiuto o non "vogliono" essere aiutati, appare evidente il loro estremo bisogno di cura e sostegno, che, nel caso venissero in conflitto con la legge, sicuramente né una struttura carceraria, né una misura di sicurezza potrebbero offrire loro, prevalendo in esse il "contenimento" dei comportamenti "disturbanti".

Non esiste però unicamente il problema della loro reticenza nel richiedere sostegno, ma anche una certa difficoltà nel rinvenire strutture propense a prenderli in carico. Da diverse fonti, recenti²⁷ e meno recenti, emerge, infatti, chiaramente come "esiste una tendenza orientata ad espellere dai servizi assistenziali soprattutto quei pazienti che per l'intreccio inestricabile fra disagio psichico, disadattamento e disturbo sociale pongono maggiori problemi e risultano, in definitiva, meno gestibili"²⁸, quali, appunto, quelli con disturbi di personalità. Ancora oggi sembra che "nella realtà clinica dei Servizi vengano messe in atto strategie di evitamento o di allontanamento di questi pazienti, per evitare fardelli emotivi troppo intensi, gravi turbolenze interpersonali e anche la difficoltà di affrontare un lavoro poco sostenuto da certezze tecniche"²⁹. Questa situazione pare ancora più evidente nei casi in cui dall'anamnesi risulta la commissione di un reato e/o un soggiorno in una misura di sicurezza, fatto che spesso conduce ad una perdita di motivazione nei loro confronti, riduzione ai minimi termini dell'investimento di programmi curativi e riadattativi e un sostan-

²² C.F. Mascarello, P. Scudellari (1996), Il paziente borderline fra "rabbia" narcisistica e depressione anaclitica. *Riv. Spec. Freniatr.*, CXV, 2, 278, p.283.

²³ R. Rossi (1983), Uomo colpevole e uomo tragico (Lo psicoanalista di fronte alla perizia giudiziaria: nota sui rapporti tra psicoanalisi e criminologia). *Riv. di Psicoanal.*, 4.

²⁴ H. Kohut (1976), *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, p.146.

²⁵ A. Ballerini, A. Pazzagli (1988), Il crimine e il simismo. Considerazioni sulla articolazione fra ospedale psichiatrico giudiziario e servizi di psichiatria nel territorio. *Riv. Spec. Freniatr.*, CXII, 4.

²⁶ G. Russo, L. Salomone, *op. cit.*

²⁷ M. B. Chiozza (1989), Psichiatria e controllo sociale: una ricerca sui trattamenti sanitari obbligatori effettuati presso il S.P.D.C. dell'Ospedale Galliera di Genova nel periodo 1978-1986. *Riv. di Criminol.*, 1, 119.

²⁸ M. Monari, F. Berti Cerone (2001), I pazienti con grave disturbo di personalità e i Servizi Psichiatrici: quale cura è possibile? *Riv. Spec. Freniatr.*, CXXV, 4, 187.

ziale abbandonano proprio di coloro, che, per le difficoltà di controllo delle valenze aggressive, più di altri necessitano di trattamento.

Sicuramente la presa in carico di questi soggetti pone onerose richieste in termini sia di risorse terapeutiche da dedicare loro, sia di cronicità e di spesa sociale. La loro incontrollabile impulsività e la sorprendente incapacità di darsi un minimo di riflessione introspettiva circa il proprio comportamento²⁰, rende problematico l'approccio. Essi formano di certo uno dei gruppi di pazienti più preoccupanti, difficili e gravosi di tutti quelli gestiti dai Servizi di Salute Mentale, perché "è nelle relazioni interpersonali spigolose e problematiche che, in un certo senso, si trova la difficoltà primaria"²¹. Gli operatori si trovano di fronte ad una costante situazione di difficile e ambigua gestione: devono essere in grado "di affrontare e padroneggiare istanze salvifiche e sentimenti di paura, di disperazione, impotenza, incapacità e perdita di identità professionale, e di mantenere una percezione realistica dei rischi, propri e altrui, e delle potenzialità evolutive. La scotomizzazione della propria paura e del timore per la propria sicurezza possono paralizzare gli sforzi o esporre la relazione, il paziente e gli operatori al rischio di agiti tesi a proteggersi da una situazione alla quale si sentono costretti. /.../ La percezione delle difficoltà trattamentali può spiegare l'evocazione delle risposte controtransferali che Symington²² descrive: incredulità, collusione, condanna²³. Queste reazioni possono interessare l'equipe psichiatrica nel suo complesso, o essere distribuite tra i diversi operatori, aumentando il grado di conflittualità e frammentazione al suo interno"²⁴. Molti professionisti si sentono quindi confusi, irritati, sopraffatti o impotenti di fronte a questi soggetti, che, provocatoriamente, riescono ad indurli a risposte inadeguate, quali un rifiuto totale o una impotente compiacenza.

Da quanto esposto, emerge chiara la necessità di trovare soluzioni adeguate per la presa in carico di questi soggetti, specie se si rendono responsabili di fatti-reati, spesso più collegati alla qualità di cura che ricevono che al disturbo stesso²⁵.

Da tempo ormai altre realtà europee hanno introdotto diverse soluzioni trattamentali per queste persone, anche se responsabili di reati gravi, puntando, ad esempio, sui cosiddetti isti-

²⁰ C.F. Muscatello, P. Scudellari (1996), Il paziente borderline fra "rabbia" narcisistica e depressione unacitica, *Riv. Spec. Frontiere*, CXX, 2, 278.

²¹ J. Holmes (2000), Approcci psicoterapeutici alla gestione dei gravi disturbi di personalità nei setting della psichiatria generale, *Riv. Spec. Frontiere*, CXXIV, 3, 157.

²² N. Symington (1980), The response aroused by psychopaths, *Int. Rev. of Psychoanal.*, 7, 291.

²³ Tramite l'incredulità, lo psichiatra tende a nascondere la propria lacerazione, il proprio scacco, negando che il paziente possa essere veramente così incorreggibilmente "cattivo" e perseguendo quindi, attraverso la sottovalutazione della gravità dei suoi comportamenti passati e del rischio di recidive, un'operazione mistificatoria tesa a riassumere artificialmente il paziente all'interno dell'area della comprensibilità e della curabilità. Di queste operazioni può far parte anche una certa resistenza a fare diagnosi, per proteggere il paziente dalle sue implicazioni morali e prognostiche stigmatizzanti e negative. La collusione rappresenta sostanzialmente un'esasperazione dell'incredulità, nel senso che consiste nell'insistere nel non voler prendere atto del comportamento del paziente e dell'impotenza dei propri sforzi a migliorarlo, fino a colludere con i suoi atti o nascondersi (ai colleghi, alle agenzie di controllo sociale, ma anche a se stessi), nel desiderio di non rinunciare alla propria relazione di cura e nella convinzione di essere in questo modo di aiuto. La condanna, invece, rappresenta il rifugio a certo circuito in un assoluto convincimento di incurabilità e di estraneità alla "pertinenza" psichiatrica. Il paziente rischia quindi di rimanere inchiodato al proprio stereotipo, oggetto di proiezioni soltanto negative che possono farlo percepire peggio di quanto non sia. "L'alternativa ideologica che sembra quindi aprirsi agli operatori psichiatrici e ai servizi è quella tra un giustificazionismo amaro nei primi due casi e un colpevolismo assoluto ed altrettanto rigido nel terzo." Cfr. L. Ferrantini, P.F. Peloso (2000), *op. cit.*, pp.441-442.

²⁴ L. Ferrantini, P.F. Peloso, *op. cit.*, pp.439 e 441.

²⁵ A. Becchi, G. Boidi, N. Caldiero, P. Iozzia, L. Monteverde, P. Peloso, *op. cit.*

tati di terapia socio-
gressiva apertura i
risultati, specie per
di trattamento, inte
riale fallimentare, i
spensabile "una q
seppur modesto"²⁶

Nella nostra re
disturbi di persona
principali strutture
essere la prima tag
tunità di recupero,
loro disturbi psich
diventa l'internam
complesse la rispe
tra nell'isolameta

Dato però che l
territorio, "fermo e
gione cioè) che si
nente che permet
cio alla tutela sani
ne di questo tipo di
cura, una terapia, i
viene aiutato a mi
gere un grado di p
re", del processo e
della sua malattia
il suo agire"²⁷.

Un tale obietti
quantum'anni, nel
bi, moderati o gr

²⁶ A. Mamma, *op. cit.*
²⁷ G.O. Gabbard (1992)
466 - H.M. Cleckley)
Boringhieri

²⁸ Questo tipo di pen
condanziale di Messin
cit.

²⁹ S. Luberto, P. Zanni

³⁰ M. Tantalò, A. Col
giudiziario italiano, 4

³¹ S. Luberto, P. Zanni

³² Becchi A., Boidi G

³³ La descrizione di
autonomia dal 1959; i
manica, 13, 1, 3. No
(ATC) britannica, 59

tati di terapia sociale, basati sulla psicoterapia individuale o di gruppo, nonché sulla progressiva apertura verso l'esterno, attraverso esperienze lavorative controllate, con buoni risultati, specie per quanto riguarda la diminuzione del tasso di recidiva³⁶. Altre esperienze di trattamento, intra- ed extra-carcerarie, ritenendo una psicoterapia individuale ambulatoriale fallimentare, applicano il confronto tra pari, in quanto per siffatti soggetti sarebbe indispensabile "una qualche forma di setting istituzionale o residenziale per un trattamento, seppur modesto"³⁷.

Nella nostra realtà, invece, il problema del disturbo e della trasgressione dei soggetti con disturbi di personalità viene, come già accennato, sostanzialmente risolto attraverso le due principali strutture di controllo giudiziario, il carcere e l'O.P.G. Se il carcere sembra spesso essere la prima tappa del percorso di quelli più disadattati, disturbanti e con minore opportunità di recupero, determinandone così una sempre maggiore criminalizzazione, quando i loro disturbi psichici vi rendono eccessivamente problematica la permanenza, l'alternativa diventa l'internamento in OPG³⁸. Sembra quindi emergere che, a volte, a situazioni così complesse la risposta istituzionale sia "limitata ad un contro-agire simmetrico e si sostanzia nell'isolamento dalla comunità e dal proprio ambiente familiare e socio-relazionale"³⁹.

Dato però che l'attuale assistenza psichiatrica utilizza formule di intervento integrate con il territorio, "fermo restando che il più delle volte non è tanto la restituito ad integrum (la guarigione cioè) che si può prospettare, quanto una sufficiente integrazione nel gruppo di appartenenza che permetta al malato un'autonoma gestione esistenziale e quindi un autonomo approccio alla tutela sanitaria per mantenere in compenso il suo disturbo mentale"⁴⁰, un'impostazione di questo tipo deve valere anche per soggetti con disturbi di personalità. Essi necessitano una cura, una terapia, una "riabilitazione, intesa come il processo attraverso il quale un individuo viene aiutato a sviluppare nuove strategie di adattamento alla propria disabilità per raggiungere un grado di funzionamento migliore"⁴¹, passando da "oggetto" a "soggetto", cioè, "attore", del processo curativo, attuato con un opportuno addestramento che lo rende "consapevole della sua malattia e degli effetti che questa produce" e gli fornisce "la possibilità di dominare il suo agire"⁴².

Un tale obiettivo, nonostante le difficoltà insite nell'approccio, viene raggiunto, da oltre quarant'anni, nell'*Henderson Hospital* di Londra⁴³, che accoglie soggetti portatori di disturbi, moderati o gravi, di personalità, con storie di violenza auto- e/o etero-diretta, abuso di

³⁶ A. Manna, *op. cit.*, p.343.

³⁷ G.O. Gabbard (1995), *Psichiatria psicodinamica*, Nuova edizione basata sul DSM-IV, Milano: Corina, pp.421-466 - H.M. Cleckley (1969), Gli stati psicopatici. In S. Arzetti (a cura di), *Manuale di psichiatria* (558-580), Torino: Boringhieri.

³⁸ Questo tipo di percorso, è stato recentemente descritto da uno studio condotto su soggetti detenuti nella casa circondariale di Messina e internati nell'OPG di Barcellona P.G.; cfr., in proposito, G. Russo, L. Salomone (1999), *op. cit.*

³⁹ S. Luberto, P. Zavatti (1996), *op. cit.*, p.176.

⁴⁰ M. Tantalo, A. Cufaligi (1994), Controllo o trattamento del reo malato di mente. Riflessioni critiche sul sistema giudiziario italiano. *Riv. It. Criminol.*, V, 4, 565.

⁴¹ S. Luberto, P. Zavatti (1996), *op. cit.*, p. 171.

⁴² Becosi A., Bardi G., Calderaro N., Iozzia P., Monteverde L., Peloso P. (1999), *op. cit.*, p.194.

⁴³ La descrizione dell'attività e dell'organizzazione dell'*Henderson Hospital* di Londra, struttura terapeutica fondata nel 1959, è tratta da K. Norton (1992), *A culture of enquiry - its preservation or loss. Therapeutic Communities*, 13, 1, 3. Norton, psichiatra e psicoanalista, già presidente della *Association of Therapeutic Communities* (ATC) britannica, fondata nel 1972, ne è l'attuale direttore, succedendo a Maxwell Jones e J. Stuart Wintley.

droghe e/o alcool, applicando un interessante ed efficace modello terapeutico che sembra utile presentare quale possibile alternativa di presa in carico.

Sin dalla seconda metà degli anni sessanta questa struttura, allora diretta da J. Stuart Wineley, si interessò di soggetti provenienti dal settore carcerario e dalla *probation*, indagando la risposta di individui psicopatici alla terapia di comunità con ottimi risultati, in quanto, a due-tre anni dalle dimissioni dalla struttura, il 40% degli ex-residenti non aveva richiesto nuove ospedalizzazioni o riportato nuove condanne⁴⁵.

L'ospedale di Henderson si basa sui noti concetti di "comunità terapeutica" introdotti da Tom Main⁴⁶, Maxwell Jones⁴⁷ e Robert Rapoport⁴⁸.

In particolare, secondo Main, la comunità terapeutica si fonda su una "cultura di indagine all'interno dei problemi personali, interpersonali e degli intersistemi, uno studio su come impulsi, difese e relazioni, vengono espressi e ordinati a livello sociale". La "cultura d'indagine" vuole portare l'individuo ad indagare se stesso, senza ricorrere a trattamenti estremi, presentando il paziente stesso una strutturazione estrema che necessita, quindi, di volta in volta, risposte diversificate. I residenti vanno, infatti, affrontati nei loro aspetti sia di vittima sia di autore, individuandone le parti sane e la forza interiore su cui poter lavorare e agire. Lo scopo della comunità è quello di funzionare secondo una cultura approvata o preferita e che l'individuo acquisisce e fa propria, favorendo così lo sviluppo emozionale e della personalità. Fondamentale per la sua organizzazione e il suo funzionamento, è l'idea che il soggetto, considerato parte integrante della struttura stessa, possa assumere un ruolo adulto e responsabile al suo interno, il che implica, fra l'altro, la partecipazione attiva al e la responsabilità per il proprio e l'altrui trattamento, trattamento quindi non più solo delegato ad uno staff specificamente addestrato. Main specificava infatti, che la comunità terapeutica non va confusa con un ospedale organizzato da medici e incentrato sull'efficienza tecnica, trattandosi invece di una struttura che ha come "fine immediata la completa partecipazione di tutti i suoi membri alla sua vita quotidiana e come scopo finale la risocializzazione di soggetti nevrotici nella società"⁴⁹. Dato che il comportamento dei residenti all'interno della struttura riflette esattamente quello tenuto dagli stessi all'esterno, altro presupposto fondamentale di una

⁴⁵ J.S. Wineley (1970). *The response of psychopaths to a therapeutic community*, *British Journal of Psychiatry*, 116, 534.

⁴⁶ T. Main (1946). *The hospital as a therapeutic institution*, *Bull. Menninger Clinic*, 10, 66-68.

⁴⁷ M. Jones (1951). *The Therapeutic Community: a New Treatment Method in Psychiatry*. New York: Basic Books.

⁴⁸ Robert Rapoport, negli anni '60, identificò quattro presupposti per il trattamento in comunità: 1) la "democratizzazione", coinvolgimento paritario di tutti i membri della struttura nell'esercizio del potere e nella presa delle decisioni riguardanti sia la terapia, sia l'amministrazione. Per raggiungere questa forma egualitaria di partecipazione, è necessario un "appiattimento" dell'usuale gerarchia ospedaliera; 2) La "permissività", valevole per tutti i componenti comunitari, con una tolleranza reciproca di un ampio spettro di comportamenti percepiti come pensosi o devianti in riferimento alle norme "ordinarie". Ciò permetterebbe, da un lato, agli usi di esprimere liberamente le difficoltà comportamentali e, dall'altro, agli altri di potervi liberamente reagire a, con la possibilità di poter esaminare i pattern di relazione sociale da entrambi i punti di vista; 3) La "messa in comune": il funzionamento della comunità è caratterizzato da gruppi di relazioni intercomunicanti e intime, uno stile confidenziale nelle relazioni, una condivisione di tempo e spazio e una comunicazione aperta; 4) Il "confronto con la realtà": i pazienti sono continuamente messi a confronto con le interpretazioni del loro comportamento, da parte della maggioranza degli altri, allo scopo di contro-agire le loro tendenze ad usare negazione, distorsione, ritiro o altri meccanismi, che interferiscono con la capacità di relazionarsi con gli altri nel mondo. R. Rapoport (1960). *The community as doctor*. London: Tavistock.

⁴⁹ *The evolution of group analysis*.

comunità è quel
vi si potranno w

La comunità
mente definibile,
portamenti della
clienti/residenti.

L'Henderson
so, tra i 17 e i 4
cedenti fallimen
chici o sessuali),
è stato oggetto d

Sono tutti ac
severo: borderlin
strategia difensiv
o antisociale. Si
requisito questo
possa essere effi

La durata me
la permanenza n
eventuali decisio

Le richieste p
to circa il 30-40%
ta rimanente vie

Durante que
gruppo, principi
comunità da altri
essere selezionat
rappresenta da si
dente viene invi
scenza, ad espor
gressi e dei prob
comunitario.

Terminato il
mente per l'acce
nettamente magg
dono, respingend
o come portatori
verbalizzate sem
po. Partecipare a
sperimentano il
qui, si vedono r
come sono soliti
nità, in sua assen
residenti.

L'inseriment
pale di sostegno.

comunità è quello di rispecchiare il mondo esterno, perché solo così, una volta dimessi, vi si potranno sentire a loro agio.

La comunità funziona come una "organizzazione di servizio", il cui "prodotto", difficilmente definibile, consiste unicamente in pensieri, sentimenti, attitudini e, in senso lato, comportamenti dello *staff* e dei residenti e il cui maggiore beneficiario è il gruppo dei clienti/residenti.

L'*Henderson Hospital* ospita solitamente circa 30 pazienti, equamente distribuiti per sesso, tra i 17 e i 45 anni. La maggior parte dei soggetti è *single*, spesso disoccupata, con precedenti fallimenti terapeutici, storie di maltrattamenti subiti durante l'infanzia (fisici, psichici o sessuali), di abuso di droga o alcool, di tentati suicidi o autolesionismi; il 50% circa è stato oggetto di denuncia e il 30% circa ha scontato pene detentive.

Sono tutti accomunati da una diagnosi di disturbo di personalità di grado moderato o severo: borderline, (85% circa, suddivisi in tendente all'"azione" o al "ritiro", in base alla strategia difensiva abituale per fronteggiare situazioni conflittuali), paranoide, istrionico o antisociale. Siamo quindi di fronte a soggetti con simili organizzazioni della personalità, requisito questo essenziale affinché il trattamento (programma terapeutico unico per tutti) possa essere efficace.

La durata media di permanenza è di sette mesi e mai superiore ad un anno. L'accesso e la permanenza nella comunità sono rigorosamente volontari e assolutamente indipendenti da eventuali decisioni da parte del tribunale.

Le richieste per l'accoglienza sono sempre numerose, di queste però lo *staff* scarta subito circa il 30-40% in quanto palesemente incompatibili con l'ambiente comunitario, la quota rimanente viene convocata e valutata attraverso colloquio.

Durante questo primo incontro, i candidati sperimentano l'immediato approccio con il gruppo, principio fondante della comunità, costituito dai cosiddetti residenti "anziani" (in comunità da almeno tre mesi) e membri dello *staff*, in rapporto rispettivamente di tre ad uno; essere selezionati da "pari", fattore molto importante per la parte iniziale dell'inserimento, rappresenta da subito una situazione d'apprendimento diretto. Durante il colloquio, il richiedente viene invitato a descriversi come persona, di parlare della propria infanzia e adolescenza, ad esporre le sue difficoltà passate e presenti, a riferire di eventuali trattamenti progressi e dei problemi che vorrebbe affrontare e, eventualmente, risolvere con il trattamento comunitario.

Terminato il colloquio, a porte chiuse, si discute sul candidato e si vota democraticamente per l'accettazione o il rigetto della richiesta. Essendo il numero dei residenti coinvolti nettamente maggioritario rispetto a quello dello *staff*, sono i primi che effettivamente decidono, respingendo circa il 30% dei richiedenti, percepiti come tendenti alla somatizzazione o come portatori di tratti ossessivi/compulsivi o fobici, accettando invece soggetti capaci di verbalizzare sentimenti, descrivere le proprie difficoltà psicosociali e funzionare nel gruppo. Partecipare attivamente a questa selezione è inoltre terapeutico per i residenti stessi, che sperimentano il peso e la responsabilità di una propria scelta; inoltre, durante questi colloqui, si vedono riflessi nei candidati, realizzando come essi stessi appaiono al prossimo o come sono soliti apparire. Prima però un che candidato accettato entri, di fatto, nella comunità, in sua assenza, attraverso un resoconto della sua intervista, viene presentato al resto dei residenti.

L'inserimento costituisce un momento difficile e tale da richiedere un'attività sotto-grupale di sostegno, formata sempre da residenti e *staff*. Un piccolo gruppo supporta, infatti, il

nuovo gruppo per tre settimane e, durante la prima settimana, vige una certa permissività per consentirgli di integrarsi e di conoscere le regole, settimana questa in cui non ha diritto di voto per l'assegnazione dei diversi compiti attribuiti agli altri membri. I "nuovi" devono poter sperimentare la propria posizione nell'ordine dominante, spesso attraverso l'infrazione dei precetti, per poter discernere come i dettami della comunità vanno mantenuti. Vedersi collocati in una determinata posizione della scala gerarchica, ha un effetto rassicurante e di contenimento.

L'approccio terapeutico mira a facilitare uno stile comportamentale che includa una capacità riflessiva in contrapposizione all'automatica modalità di agire o di ritirarsi di fronte ad un conflitto emotivo, agendo su tre livelli: personale, interpersonale e comunitario. A livello personale, di fronte ad uno stato di tensione interiore generato da richieste esterne, si cerca di portare il soggetto ad una progressiva rinuncia alle abituali modalità di reagire ai conflitti. A livello interpersonale, sia soggetti tendenti all'agito, sia quelli orientati al ritiro, si vedono continuamente confrontati con individui dalle strategie difensive speculari. Ciò non costituisce unicamente una potenziale forma di apprendimento nel rapportarsi con gli altri, ma comporta anche rivalità, competizione e conflitto, situazioni che implicano un'augmentata probabilità di ricorrere alle abituali strategie difensive. Se il soggetto riesce però a resistere a questi impulsi, grazie allo sviluppo della capacità di sperimentare un conflitto emotivo (provare paura, collera o depressione), egli potrà instaurare metodologie di adattamento e di espressione emozionale più mature. All'interno della comunità, a livello cioè dell'intersistema, deve fronteggiare la continua formazione e il continuo dissolvimento degli innumerevoli esempi di accoppiamenti, di raggruppamento e di formazioni di capi espiatori, fra residenti, fra *staff* e residenti o fra membri dello *staff* stesso, di cui assumono particolare rilievo le interazioni tra i nuovi giunti e il sotto-sistema dei residenti e tra quest'ultimo, nel suo insieme, e lo *staff*.

Una volta accettate le regole (divieto assoluto di alcool o droga, di comportamenti violenti, di ritardi negli orari delle riunioni di gruppo, ecc., infrazioni che possono comportare l'espulsione dalla comunità), di norma, si assiste ad un progressivo attaccamento alla comunità.

Circa il 25% dei pazienti (specie quelli tendenti all'*acting out*) lascia però precocemente la comunità perché incapace di adattarsi alle sue regole: essere accolti nella comunità significa, infatti, accettare un contratto di trattamento che prevede il non perseverare in comportamenti maladattivi, ma l'iniziare a dipendere da una comunicazione verbale e da una "esplorazione" al fine di identificare e cambiare i sentimenti potenti e negativi.

Alcuni residenti devono invece lasciare la struttura in seguito alla violazione di regole, il che comporta l'automatica espulsione. Il trasgressore viene percepito dai residenti come colui che si espelle da solo, dandogli però la possibilità di rimanere fino alla riunione ordinaria del mattino seguente, durante la quale il suo caso viene discusso.

I residenti devono quindi conoscere bene le regole, sapere di dover essere in un dato luogo in un certo momento, che la loro assenza sarà notata e che saranno chiamati a renderne conto. Queste regole servono ad incoraggiare una riflessione sul perché una regola è stata disattesa, a facilitare la costruzione di una modalità di pensiero basata sul concetto causa-effetto; servono a spingere il soggetto a pensare prima di agire e tener conto degli effetti emotivi che parole e azioni possono avere sugli altri.

Anche la dimissione costituisce una situazione difficile da affrontare ed accettare, dato che la comunità diventa, solitamente, un posto di particolare attaccamento e sicurezza. Que-

sto momento viene vissuto con collera o tristezza. In questi sotto-gruppi settimanali di riunioni si discute

Abbiamo già parlato della "lavorazione" degli "anziani" del gruppo: è capeggiato da un "anziano" che ha almeno tre anni di attività comunitarie quotidiane, guidando il gruppo e convocando una riunione.

Questi "incontri" possono essere occasione di importazione di sofferenza e necessità di creare un grande sostegno e specializzazione affrontando i suoi problemi, comunque, limitati. Non devono essere, infatti, stati membri particolari del cambiamento del gruppo durante le riunioni con altri. Questo che a livello di gruppo sono spesso sostenute da risposte ritorsive e perché costretto a un tale modo di essere con le difficoltà proprie dello *staff*, non mente a rinforzare

Altri compiti, come la pulizia della cucina, le mansioni amministrative, sono attribuite unicamente ai residenti. La discussione circonda il loro soggetto come sia stato efficace

Dati la varietà di ruoli sociali durante il giorno, ciò può rafforzare le pratiche o manovre della struttura richiamando

sto momento viene spesso vissuto come un'espulsione o una separazione traumatica, evocando collera o tristezza, che richiede un'accurata preparazione al distacco con l'attività di sotto-gruppi settimanali in cui si discutono e si affrontano le difficoltà vissute. Di queste riunioni si discute poi durante le sedute generali del giorno dopo.

Abbiamo già fatto cenno alla gerarchizzazione del gruppo dei residenti, quando si parlava degli "anziani" presenti ai colloqui di accoglienza. Questo è, infatti, rigidamente strutturato: è capeggiato dai cosiddetti "top three", supportati dal "general secretary", incarico, della durata di un mese e votato democraticamente, ricoperto unicamente da coloro che vantano almeno tre mesi di presenza nella struttura. Il loro compito consiste nel coordinare le attività comunitarie, fissando l'ordine del giorno delle riunioni, presiedendo gli incontri quotidiani, guidando il gruppo settimanale di selezione, decidendo circa la necessità o meno di convocare una riunione di emergenza.

Questi "incontri di emergenza", alle quali devono partecipare tutti gli ospiti della comunità, possono essere indette in ogni momento del giorno e della notte, sia in seguito alla violazione di importanti regole sia perché un paziente si trova in una situazione di particolare sofferenza e necessita di un aiuto immediato. In queste riunioni straordinarie solitamente si crea un grande supporto emotivo e pratico nei confronti di chi viene percepito come meritevole e specialmente di chi, in precedenza, ha dato, a sua volta, supporto ad altri o ha già affrontato i suoi problemi in modo sincero. La tolleranza e disponibilità dei residenti è, comunque, limitata, perché ci si confronta e si discute sui ruoli vissuti come penosi, ma che non devono essere stati esagerati, con intenti manipolatori. Se i residenti, tutti simili fra loro, sono, infatti, stati ripetutamente costretti a rimanere svegli durante la notte a causa di un membro particolarmente disturbato o sofferente, iniziano ad aspettarsi, da quest'ultimo, un cambiamento della sua modalità di esprimere il disagio e un maggiore uso della terapia di gruppo durante le ore del giorno. Ci si aspetta che il soggetto riesca a "controbattere l'aggressività con altri impulsi di base", costellando i conflitti emotivi individualmente piuttosto che a livello interpersonale. I conflitti interpersonali, tra soggetti tutti simili fra loro, sono spesso sostenuti da una ritorsione automatica e non pensata. Se, invece, l'aspettata risposta ritorsiva degli altri non si presenta, il soggetto in questione "cresce" bruscamente perché costretto a pensare o a porre domande. Così, paragonato a molti altri tipi di setting, un tale modo di esternare il disagio non viene rafforzato, ma diventa una battaglia sincera con le difficoltà psichiche. In queste situazioni non vi è alcun intervento "specialistico" da parte dello staff, nel senso di una interminabile relazione uno-a-uno, che tenderebbe unicamente a rinforzare un comportamento malato o manipolatorio.

Altri compiti, quali la tenuta del registro della frequentazione alle riunioni, l'organizzazione della cucina e delle provviste, i turni della pulizia, ecc., sono svolti anch'essi dai residenti, mansioni attribuite sempre in base alla durata di permanenza in comunità. Ogni mese, unicamente i residenti votano l'assegnazione dei diversi compiti, anche se lo staff partecipa alla discussione circa le nomine e la loro opportunità. Tutti i membri possono, così, nell'arco del loro soggiorno, ricoprire ogni ruolo previsto. Delle attività svolte, viene valutato come sia stato effettuato, si punta, cioè, sul "mezzo" piuttosto che sul "fine".

Data la varietà del programma, però rigidamente strutturato, e l'ampia possibilità di contatti sociali durante il tempo libero, ogni residente può trovare uno spazio in cui inserirsi e ciò può rafforzare l'autostima. Alcune di queste attività richiedono capacità verbali, altre pratiche o manuali, associate ad effetti terapeutici differenti. L'atmosfera che regna nella struttura richiama quella di un pensionato per studenti, con camere singole, un grande que-

dino e ampi spazi per lo svago e le attività lavorative. L'ambiente emozionale e fisico dell'*Henderson Hospital*, necessario allo sviluppo e all'applicazione di strategie meno estreme e meno maladattive, aiuta a ristabilire conflitti emotivi individuali precedentemente evitati, seguendo un programma terapeutico che implica però anche i rischi e le pressioni dovute ad una interazione sociale.

Anche la terapia segue un andamento rigidamente strutturato. Tutti i componenti della struttura partecipano, ovviamente, alle riunioni giornalieri "ordinarie", in cui si discute delle attività amministrative e gestionali quotidiane, si affrontano difficoltà personali, problemi tra residenti o residenti e *staff*, cercando di risolverli insieme. Ogni riunione può essere paragonata ad un rituale per la sua rigida e ripetitiva organizzazione, perfino a livello linguistico (inizia con frasi standard, tipo "buon giorno, ... chi manca"), di per sé terapeutico. Questi incontri hanno direttamente o indirettamente molte funzioni, tra cui quella di aumentare la coesione e il senso di appartenenza alla comunità, di attirare l'attenzione sui membri più sofferenti e di esaminare i comportamenti che violano le regole. Il loro programma, rigorosamente organizzato e con rigidi limiti di tempo, ha un effetto contenitivo. Perdere più di dieci minuti, significa avere perso l'intera terapia di gruppo, fatto questo segnalato durante la riunione del giorno seguente, allorché il soggetto in questione è chiamato a giustificare il proprio ritardo. Mancare a più di due riunioni di gruppo nel corso di una settimana, comporta l'obbligo di seguire interamente quelle della settimana seguente e alla fine di questo percorso, tutta la comunità deciderà se il candidato è trattabile o meno. Ancora una volta è il numero maggioritario dei residenti ad emettere la decisione finale su chi rimane e chi no. L'espulsione è quindi l'estrema censura il cui potere decisionale dipende dai residenti e una riammissione è improbabile, anche se il soggetto in questione ha ancora la possibilità di richiedere un'altra opportunità, fornendo una ragione plausibile per le sue manchevolezze, dimostrando rimorso e buoni propositi per il futuro.

Per quanto riguarda lo *staff*, composto da medici, infermieri, psicologi, sociologi senza alcuna rigida gerarchia, questo, oltre a presenziare alle terapie di gruppo, si riunisce sia dopo ogni riunione grupale per riesaminare e riflettere sull'accaduto sia ai cambi di turno, mattino e sera (a quest'ultimo partecipano anche due residenti). La maggior parte del personale (infermieristico e di terapia sociale) lavora a turni, mentre quella minoritaria svolge la sua attività dalle 9,00 alle 17,00, da lunedì a venerdì (medici, infermiere capo, assistente sociale, arte-terapeuta, psicologo). Di notte e durante i week-end solo due membri dello *staff* sono di turno, mentre alla riunione mattutina del sabato partecipa anche un medico.

Il personale si ritrova inoltre, ogni quindici giorni, in una riunione accademica per discutere di questioni amministrative. Ogni settimana gli operatori seguono un incontro di gruppo cosiddetto "emozionale" alla presenza di uno psicoterapeuta esterno, volto a trattare eventuali conflitti professionali *staff-staff*. Tutti questi ritrovi si svolgono in *setting* grupali e l'appiattimento gerarchico significa che le decisioni, riguardanti affari dell'unità e aspetti clinici, vengono presi attraverso la negoziazione e il consenso. In questo modo, si mantiene consapevolezza di dover funzionare come gruppo di soggetti più o meno uguali (nonostante le ovvie differenze). Questa situazione rispecchia quella dei residenti, anche se la giornata lavorativa dello *staff* è più altamente strutturata. La pressione di tempo e i *setting* di gruppo, facilitano una comprensione empatica dell'esperienza di far parte della comunità di residenti, importante per mantenere un contatto empatico con il gruppo dei non facili clienti.

Sotto certi aspetti i residenti. Nel ruolo "organizzatore" "contenitivo" vi, antisociali o mentale un sost da considerare i genitori-bambino momento, si sente colpevole di figura "parental" temo dello stesso violentemente il resto di questo gruppo di altre dinamiche si pone, infatti, i

In un certo senso i modelli infantili determinati come necessariamente le da raggiungere controllare la tentata dipendenza e l'irli anche il gruppo Così un importante momento in cui i

In pratica, il giornaliero di tutti codrammi e due Viene utilizzata riflessiva, in cui Non si pratica per nei casi di evento contenitivo lo sia individuali di alcuni membri

L'intero progetto che coinvolge lo spazio e nello spazio dei residenti

In pratica, il sua influenza sugli spazi dalla struttura

Lo scopo primario (sentimenti), portazioni; la comunità

zionale e fisico dell'...
...meno estreme e...
...lentamente evitati...
...pressioni dovute ad

...i componenti del-
...arie", in cui si dis-
...difficoltà perso-
...sieme. Ogni riunio-
...rganizzazione, per-
...chi manca"), di
...e molte funzioni,
...comunità, di atti-
...amenti che violano
...limiti di tempo, ha
...l'intera terapia
...e, allorché il sog-
...care a più di due
...eguire interamen-
...la comunità deci-
...e maggioritario dei
...ione è quindi l'o-
...riammissione è
...richiedere un'al-
...e, dimostrando

...gi, sociologi senza
...o riunisce sia dopo
...ambi di turno, mat-
...parte del person-
...zia svolge la sua
...e, assistente socia-
...di dello staff sono
...ico.

...ademica per dis-
...no un incontro di
...mo, volto a tratta-
...o in setting grup-
...affari dell'unità e
...lo questo modo, si
...o più o meno uguali
...residenti, anche se
...di tempo e i setting
...te della comuni-
...ppo dei non facili

Sono certi aspetti, il personale sperimenta e reagisce alla comunità allo stesso modo dei residenti. Nel rapporto con questi ultimi deve fungere da "facilitatore" piuttosto che da "organizzatore" o "consigliere". Riuscire in quest'intento e provvedere alla funzione di "contenimento" è un compito difficile, particolarmente di fronte a comportamenti aggressivi, antisociali o infrangenti le regole. Per evitare semplici reazioni di ritorsione, è fondamentale un sostegno filosofico e teorico per i diversi processi di trattamento. Altro aspetto da considerare è quello del *transfert* e *contro-transfert*, ambito in cui la dinamica di "abuso genitore-bambino" si può sviluppare in vari modi. Così può accadere che lo staff, in qualche momento, si senta particolarmente abusato e condanna i residenti. In altre occasioni, si sente colpevole di non avere adeguatamente provveduto ai bisogni o di non essere stato una figura "parentale" migliore (personale quale abusante). Spesso la dinamica è giocata all'interno dello stesso gruppo degli operatori, quando un suo membro o un suo sottogruppo è costantemente scisso o polarizzato su sentimenti di essere vittima o autore in relazione al resto di questo gruppo. Il personale deve essere conscio dell'influenza pervasiva di questa e di altre dinamiche o forze nascoste. Lavorare con un gruppo di soggetti altamente disturbati pone, infatti, onerose richieste alla loro professionalità.

In un certo senso, la rigida strutturazione delle loro riunioni favorisce una regressione a modelli infantili di relazionare, con la possibilità di rinunciare alla responsabilità connessa a determinati compiti, favorita anche dall'"appiattimento" della loro gerarchia, che non facilita necessariamente il reciproco confronto in queste importanti problematiche. L'obiettivo, difficile da raggiungere, di una qualche *leadership* in una tale gerarchia appiattita, è quello di controllare la tentazione di diventare autoritario e dittatoriale, il che rinforzerebbe unicamente la dipendenza e l'irresponsabilità del resto degli operatori. Questi sono aspetti concreti con i quali anche il gruppo dei residenti combatte e che il personale deve essere in grado di affrontare. Così un importante compito del leader è quello di facilitare l'interazione *staff-staff* nello stesso momento in cui rimane un membro integrante il team stesso.

In pratica, nell'*Henderson Hospital* di Londra, ogni settimana si svolgono le riunioni giornaliere di tutta la comunità, tre psicoterapie di piccoli gruppi, due terapie artistiche e psicodrammi e due incontri dei gruppi di lavoro (cucina, giardinaggio, manutenzione e arte). Viene utilizzata la psicoterapia e la socioterapia per facilitare l'interiorizzazione di capacità riflessive, in contrapposizione all'automatica azione o ritiro, di fronte a conflitti emotivi. Non si pratica però alcuna psicoterapia individuale o terapia psicofarmacologica, nemmeno nei casi di eventuali episodi psicotici brevi, solitamente, affrontati unicamente con l'intervento contenitivo degli altri residenti. La struttura deve essere in grado di affrontare, a livello sia individuale sia dell'intera comunità, sentimenti e pensieri contraddittori nei confronti di alcuni membri che oltrepassano i limiti necessariamente.

L'intero programma terapeutico può essere concepito come una singola seduta analitica che coinvolge lo staff in continue situazioni di *transfert-controtransfert*. Strutturato nel tempo e nello spazio, svolge la stessa funzione contenitiva degli aspetti non integrati o progettati dei residenti di una sessione analitica individuale.

In pratica, il soggetto viene messo nella situazione di sperimentare, concretamente, la sua influenza sugli altri componenti della comunità e il loro coinvolgimento emotivo, imposti dalla struttura, che proibisce certi comportamenti e ne consente altri.

Lo scopo principale del trattamento è fare diventare i residenti "persone pensanti e con sentimenti", portarli, cioè, a sentire ed esprimere i propri sentimenti con parole e non con azioni; la comunità, quale "cultura di indagine", serve a reintegrare conflitti emotivi prece-

devenientemente evitati e ad aumentare l'autostima e il senso di responsabilità dei pazienti.

La "cultura di indagine", che implica pensare, riflettere e domandare, è particolarmente rilevante per il trattamento di soggetti borderline, perché li aiuta a divenire persone che "pensano e sentono". Il ripristino di conflitti emotivi evitati, implica l'incontro fra opposti (cuore e testa, logico e illogico, pensieri e sentimenti), facendo capire che elementi contrastanti possono coesistere e lavorare insieme. In sintesi, senza trattamento siffatti soggetti sentono o pensano, con la terapia sentono e pensano. L'intervento terapeutico facilita, infatti, una fortificazione dei sentimenti e del pensiero e lo sviluppo della capacità di mantenere un tale stile.

Affinché una comunità resista, le idee culturali (permissività, comunalismo, democrazia, confronto con la realtà) devono essere incorporate ed espresse in modo autentico e continuato, nella consapevolezza che esse possono perdere il loro valore autentico, privando così la comunità del suo futuro esistenziale; una "cultura dell'indagine" implica la capacità di pensare e ciò nella comunità dipende, in parte, dal funzionamento del lavoro di gruppo.

Una struttura come l'*Henderson Hospital* deve il suo successo però anche al fondamentale contributo dato dallo stesso gruppo dei residenti, che le conferisce un'inconfondibile, anche se mal definibile, impronta e che contribuisce alla stabilità dell'organizzazione e allo sviluppo della sua cultura. Per questa comunità terapeutica, come in ogni trattamento basato sul gruppo, esiste il paradosso che il "contenitore" sia anche "contenuto".

L'efficacia di questo tipo di approccio terapeutico è stata dimostrata da un recente studio, iniziato nel 1990, condotto su ex-pazienti, che, ancora a diversi anni dalle dimissioni, presentano una significativa diminuzione della loro tendenza ad esprimersi con l'agito, riuscendo per lo più, in caso di grave sofferenza interna, a richiedere consapevolmente aiuto ai servizi territoriali. Questi risultati positivi, tradottisi inoltre in una riduzione del 90% dei costi per l'amministrazione sia sanitaria sia giudiziaria, hanno permesso alla struttura di ottenere nuovi fondi statali per la costruzione e l'avviamento di altre due comunità, al fine di soddisfare l'elevata richiesta di un approccio terapeutico così impegnativo e specialistico.

Esiste quindi un'altra scena per il trattamento dei soggetti con disturbi di personalità, perfino se autori di reato, sicuramente più efficace dell'isolamento e della segregazione all'interno delle carceri o negli O.P.G. e che dovrebbe trovare applicazione anche nella nostra realtà. Un tale approccio terapeutico, dove l'individuo passa da "oggetto" a "soggetto", cioè, "attore", del processo curativo, permette, infatti, attraverso la progressiva consapevolezza del proprio disagio e degli effetti prodotti sugli altri dal proprio modo di essere, di sviluppare nuove e responsabili strategie di adattamento alla sofferenza interiore, non più dominate dall'azione o dal ritiro, ma dal pensiero e dalla verbalizzazione per raggiungere un grado di funzionamento migliore a livello sia personale sia interpersonale sia degli intersistemi.

Aguglia E.,
ziario; continuità
A.P.A. (199
Masson.

Ballerini A.,
zione fra osped
Freniatr., CXII

Bandini T.,
putabilità. In F.
chiatria forense

Barrat E.S.,
cognitive psych
41, 1045.

Beconi A., I
di mente autie
sull'abolizione
dei malati di m

Bergeret J.,
Bruno F., C
personalità. *Riv*

Bruno F. (15
criminologia, m

Cherel D.R.,
nonviolent mal
logical Psychia

Chiozza M.,
obbligatorie effe
1986, *Rass. di*

Cleckley H.,
tria, Torino: Bo

De Fazio F.,
minol., IX, 177

De Fazio E.,
lation italiana.

De Fazio F.,
di criminol. clin

Durante Ma
le ruolo dell'OI
II, 1, 104.

Eisenstein
spécialisées de

Ferrannini I.,
antisociale di p
mentale. *Rass.*

Bibliografia

- Agaglia E., De Vanna M., Mencacci C., Schiavon M. (2001), Ospedale Psichiatrico Giudiziario: continuità o superamento? *Riv. Spec. Freniatr.*, XXV, 4, 230.
- A.P.A. (1996), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Ballerini A., Pazzagli A. (1988), Il crimine e il sintomo. Considerazioni sulla articolazione fra ospedale psichiatrico giudiziario e servizi di psichiatria nel territorio, *Riv. Spec. Freniatr.*, CXII, 4.
- Bandini T., Gatti U. (1990), Nuove tendenze in tema della valutazione clinica dell'imputabilità. In F. Ferracuti (a cura di), *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense* (164), vol. 13. Milano: Giuffrè.
- Barrat E.S., Standford M.S., Kent T.A., Felthous A. (1997), Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045.
- Beconi A., Boidi G., Calderato N., Iozzia P., Monteverde L., Peloso P. (1999), Il malato di mente autore di reati: nuove prospettive. Un contributo interdisciplinare alla discussione sull'abolizione dell'ospedale psichiatrico giudiziario e sulle norme relative all'imputabilità dei malati di mente. *Riv. Spec. Freniatr.*, CXXIII, 3, 190.
- Bergeret J. (1984), *La personalità normale e patologica*. Milano: Cortina.
- Bruno F., Costanzo S., Calabrese B. (2001), Il quadro clinico del disturbo antisociale di personalità. *Rass. It. Criminol.*, XII, 1, 9.
- Bruno F. (1990), La pericolosità sociale psichiatrica. In F. Ferracuti (a cura di), *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense* (346), vol. 13. Milano: Giuffrè.
- Cherel D.R., Moeller G., Dougherty D.M., Rhoades H. (1997), Studies of violent and nonviolent male parolees: laboratory and psychometric measurements of impulsivity. *Biological Psychiatry*, 41, 523.
- Chiozza M.B. (1989), Psichiatria e controllo sociale: una ricerca sui trattamenti sanitari obbligatori effettuati presso il S.P.D.C. dell'Ospedale Galliera di Genova nel periodo 1978-1986. *Rass. di Criminol.*, 1, 119.
- Cleckley H.M. (1969), Gli stati psicopatici. In S. Arieti (a cura di), *Manuale di psichiatria*. Torino: Boringhieri.
- De Fazio F. (1978), A proposito della "chiusura" dei manicomi giudiziari. *Rass. di Criminol.*, IX, 177.
- De Fazio F., Luzzago A. (1985), L'Hôpital Psychiatrique Judiciaire (H.P.J.) dans la législation italienne. *Riv. Fren.*, 3.
- De Fazio F. (1971), Realtà e limiti dei compiti terapeutici dei manicomi giudiziari. *Quad. di criminol. clinica*, 3.
- Durante Mangoni E. (1993), Considerazioni normative e medico-legali circa il possibile ruolo dell'OPG nel circuito penitenziario per i tossicodipendenti. *Quad. Psych. Forense*, II, 1, 104.
- Eisenstein V.W. (1956), Psychotherapie différentielle des états limites. In *Techniques spécialisées de la psychothérapie*. Paris: P.U.F.
- Ferrannini L., Peloso P.F. (2000), Il comportamento violento in psichiatria e il disturbo antisociale di personalità: problemi e prospettive nell'intervento del dipartimento di salute mentale. *Rass. It. Criminol.*, XI, 3-4, 423.

- Formai U. (1984). Sulla nozione di 'persistente' pericolosità sociale psichiatrica. *Min. Leg.*, 104, 3.
- Formai U. (1997). *Trattato di Psichiatria forense*. Torino: UTET.
- Gabbard G.O. (1995). *Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM-IV*. Milano: Cortina.
- Galliani I. (1995). Editoriale: verso l'abolizione delle misure di sicurezza. *Rass. It. Criminol.*, VI, 2, 189.
- Herpertz S., Gretzer A., Steinmayer E.M., Muhlbauer V., Shuerkens A., Sass H. (1997). Affective instability and impulsivity in personality disorder: results of an experimental study. *J. of affect disease*, 44, 31.
- Holmes J. (2000). Approcci psicoterapeutici alla gestione dei gravi disturbi di personalità nel setting della psichiatria generale. *Riv. Spec. Freniatr.*, CXXIV, 3, 157.
- Jones M. (1953). *The Therapeutic Community: a New Treatment Method in Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Kernberg O.F. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kohut H. (1976). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri.
- Liberto S., Zavatti P. (1996). Ospedale psichiatrico giudiziario e spazi terapeutici. *Rass. It. Criminol.*, VII, 1, 165.
- Luzzago A., Beduschi G. (1984). Dal manicomio giudiziario all'Ospedale psichiatrico giudiziario: un problema insoluto. *Rass. di Criminol.*, XV, 1, 141.
- Main T. (1983). The concept of the therapeutic community: variations and vicissitudes. In M. Pines (ed.), *The evolution of group analysis*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Main T. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bull. Menninger Clinic*, 10, 66.
- Manacorda A. (1982). *Manicomio giudiziario*. Bari: De Donato.
- Manna A. (2000). Editoriale: Diritto penale e psichiatria di fronte alla malattia mentale. *Rass. It. Criminol.*, XI, 3-4, 327.
- Monari M., Berti Cerone F. (2001). I pazienti con grave disturbo di personalità e i Servizi Psichiatrici: quale cura è possibile? *Riv. Spec. Freniatr.*, CXXV, 4, 187.
- Muscattello C.F., Scudellari P. (1996). Il paziente borderline fra "rabbia" narcisistica e depressione anaclitica. *Riv. Spec. Freniatr.*, CXX, 2, 278.
- Norton K. (1992). A culture of enquiry - its preservation or loss. *Therapeutic Communities*, 13, 1, 3.
- Rapoport R. (1960). *The community as doctor*. London: Tavistock.
- Rossi R. (1983). Uomo colpevole e uomo tragico (Lo psicoanalista di fronte alla perizia giudiziaria: nota sui rapporti tra psicoanalisi e criminologia). *Riv. di Psicosom.*, 4.
- Russo G., Salomone L. (1999). Il malato di mente nel sistema giudiziario. *Rass. Penitenz. e criminologica*, III, 2-3, 127.
- Symington N. (1980). The response aroused by psychopath. *Int. Rev. of Psychoanal.*, 7, 291.
- Tantalo M., Colafigli A. (1994). Controllo o trattamento del reo malato di mente. Riflessioni critiche sul sistema giudiziario italiano. *Rass. It. Criminol.*, V, 4, 565.
- Whiteley J.S. (1970). The response of psychopaths to a therapeutic community. *British Journal of Psychiatry*, 116, 534.
- Zavatti P., Barbieri C. (2000). La c.d. "personalità antisociale" in psicopatologia forense: un discorso sul metodo? *Rass. It. Criminol.*, 2, 291.
- Zuckerman M. (1993). P-impulsive sensation seeking and its behavioural psychophysiological and biochemical correlates. *Neuropsychobiology*, 28, 30.

CESARE AL

Riassunto. I "Dissociati" (memoria e mente: il con

La teoria di grandi antessi davanti?

Freud, ce sua attenzion si, ha cambia per la ricerca (1995). Il suo scienze (con avesse un va se un ruolo g aveva intro opportunità.

Attualme teorie e le ti storia di que scienze che g

Oggi la t psicoanalisi ricerca è cr empirica no risultati, le a do sono cos una docume

Negli ul notevole int

* Ricercatori e logici dell'att
* Il libro curat Pluralism and portance della