

PSICHIATRIA E PSICOLOGIA FORENSE

Il comportamento aggressivo in psichiatria: un approccio ermeneutico come chiave di prevenzione del rischio e di valutazione della responsabilità professionale

Aggressive behavior in psychiatry: hermeneutic approach as risk prevention mean and as key to professional liability training judgment

Cristiano Barbieri, Alessandra Luzzago

KEY WORDS

*aggression • mental disorder • hermeneutical approach • prevention of risk
• professional liability
aggressività • disturbo psichico • approccio ermeneutico • prevenzione del rischio
• responsabilità professionale*



Abstract

In psichiatria i quadri diagnostico-clinici sono molteplici: dalle forme schizofreniche ai disturbi di personalità, dai disturbi dell'umore a quelli d'ansia, dalle disfunzioni sessuali alle parafilie, dai disturbi post-traumatici a quelli dell'adattamento, fino ai disturbi mentali su base organica. In ciascuna di queste fattispecie, vi è una differente ed intrinseca potenzialità ad agire comportamenti aggressivi, preceduti ed accompagnati da sintomi e segni diversi; inoltre, tale eventualità chiama in causa anche la personalità del soggetto, la sua cultura e la situazione contingente, oltre alla compliance individuale rispetto alla terapia ed all'operatore.

La comparsa di un comportamento violento rappresenta senza dubbio una situazione di emergenza in ambito clinico, ma la gestione dell'aggressività si iscrive in un protocollo di intervento che implica sia la valutazione delle risorse del paziente e dell'ambiente, sia una puntuale disamina del rischio, sia un attento bilanciamento tra rischi e benefici di ogni scelta terapeutica, nel contesto più generale di una corretta presa in carico del soggetto nelle varie fasi della diagnosi, della terapia, della prognosi e della riabilitazione.

La finalità del presente contributo è quella di proporre un approccio di tipo ermeneutico alla condotta aggressiva in ambito psichiatrico, sia perché esso può diventare un indispensabile strumento terapeutico nel rapporto medico-paziente, sia perché può fornire, anche a posteriori, una chiave di lettura per valutare gli estremi di un'eventuale responsabilità professionale del sanitario.

In sede psicopatologica, infatti, un agito violento, auto- e/o etero-diretto, rap-





presenta non solo un'eventualità più che verosimile, da prevenire quanto più possibile nell'ottica della salvaguardia del diritto del paziente alla tutela della sua salute, ma anche una più che plausibile causa di responsabilità professionale per il terapeuta. Questo, infatti, si trova ad essere investito di compiti non solo di diagnosi, ma anche di prognosi e di prevenzione nell'ambito più ampio della presa in carico e della cura del paziente, sia per garantire al medesimo il predetto diritto sancito dall'art. 32 della Costituzione, sia per tutelare gli operatori stessi, o eventuali terzi, in caso di condotte distruttive agite dal malato.

Un'impostazione ermeneutica, per sua natura finalizzata all'interpretazione dei fenomeni e, di conseguenza, alla ricerca del loro significato, cioè all'esplicitazione dei loro impliciti significanti, può essere molto importante in una prospettiva preventiva, poiché, quando il terapeuta, nel suo rapporto con il paziente, cerca il senso dell'aggressività di quest'ultimo, può anche coglierne l'entità del rischio di passaggio all'atto; il che, da un lato, consente allo specialista di attivare per tempo adeguate misure preventive, nell'esclusivo interesse della salute del malato, mentre, dall'altro, permette al consulente tecnico di ravvisare quegli elementi di conferma, o meno, dell'ottemperanza ad un'obbligatorietà di mezzi da parte del sanitario, nella valutazione della prevedibilità e prevenibilità dell'evento illecito.

In proposito, si ricorda che i contributi dell'ermeneutica hanno avuto importanti influssi su altre discipline scientifiche, come la psicanalisi, con la quale condivide la riflessione sul simbolo, sul linguaggio e sui contenuti delle storie cliniche dei pazienti e su quanto di non esprimibile vi è comunque celato; oppure come la psicoterapia, dato che, in ogni colloquio clinico, è possibile costruire significati condivisi, che possono ravvisarsi se collocati in una dimensione nella quale è sempre la totalità del discorso ad armonizzare i diversi frammenti.

In tale ottica, impostare il rapporto terapeuta-paziente in senso ermeneutico può fornire valide conoscenze non solo per stilare un fondato giudizio prognostico, ma anche per avviare una valida attività preventiva, al punto da proteggere sia il paziente che agisce una condotta aggressiva, sia terze persone eventualmente coinvolte in essa, sia lo specialista stesso dagli estremi di un'eventuale responsabilità professionale.

★ ★ ★

Diagnostic and clinical case histories in psychiatry are manifold and they range from schizophrenic forms to personality disorders, from mood to anxiety disorders, from sexual dysfunctions to paraphilias, from posttraumatic stress to adjustment disorders, to the organically determined mental disorders. Each one of the cited cases has a different intrinsic potentiality to act aggressive behaviours, anticipated and expressed by different symptoms and signs. Furthermore, we also have to consider the subject's personality, culture and actual situation, in addition to the personal response to therapy and to operator.

There is no doubt that the onset of a violent behaviour is an emergency clinical situation, but the management of aggressivity requires an intervention proto-



col, which is to include both an analysis of the patient's resources and of the environmental means, and a precise close examination of the risk, and an accurate search for a risk-benefit counterbalance in every therapeutic option, in the wider perspective of taking the patient properly in charge all through the various phases of diagnosis, therapy, prognosis and rehabilitation.

We hereby aim at propose a hermeneutic approach to the psychiatric management of aggressive behaviour, because it may become a necessary therapeutic mean in the doctor-patient relationship, and also because it may give, even later on, a key for evaluating the particulars of a possible professional liability of the medical professional.

In fact, psychopathological states are likely to turn into a violent acting out, be it against self or against others, which must be prevented as much as possible with the aim of safeguarding the patient right to his own healthcare, and also to avoid a professional liability of the therapist. The latter, in fact, is in charge not only of the task of diagnosis, but also of prognosis and prevention, in the wider perspective of the taking in charge of the patient, and this in order to grant him the already mentioned right (sanctioned by the Italian Constitution, Art. 32), and even to protect the medical operators, and the possible third parties, in case of destructive behaviour performed by the patient.

A hermeneutic approach is intrinsically addressed to the interpretation of phenomena and thereby to the search of their meaning, that's to say to the explicitation of their implicit significant. This kind of approach may be really important in a prevention perspective: when the therapist relating with his patient searches for the sense of the latter's aggressivity, he has even the chance to see whether there's a risk of an acting out. In this way, the professional has enough time to adopt proper prevention measures, with the only aim of the patient's healthcare. At the same time, this would give the professional a way of recognizing those elements which make it necessary for him to act in compliance with the obligatory means, while evaluating the predictability and the prevention of the illicit event.

We also wish to remark the important influence of hermeneutics on other scientific disciplines, such as psychoanalysis (sharing with it the same attention to the symbol, to the language, and to the content of the patients' clinical histories and to what lies beneath inexpressible) and psychotherapy - since in every clinical dialogue we can build up meanings in common, which can be recognized when put in a context where the different pieces fit together thanks to the whole of the discussion.

In this perspective, a hermeneutic approach in the therapist-patient relationship can give valid knowledge for a well grounded prognosis, but also for starting an effective prevention, which may even be able to protect both the patient acting an aggressive behaviour (and the possibly involved third parties), and the specialist from the possible particulars causing a professional liability.



Per la corrispondenza:

Alessandra Luzzago, Dipartimento di Medicina Legale, Scienze Forensi e Farmaco-Tossicologiche dell'Università degli Studi di Pavia, Via Forlanini n.12, 27100, Pavia, tel. 0382.987803,
e-mail: aluzzago@unipv.it • info@barbiericristiano.it

- CRISTIANO BARBIERI, *Dipartimento di Medicina Legale, Scienze Forensi e Farmaco-Tossicologiche*, dell'Università degli Studi di Pavia
- ALESSANDRA LUZZAGO, Dipartimento di Medicina Legale, Scienze Forensi e Farmaco-Tossicologiche dell'Università degli Studi di Pavia





Premessa

Il paziente psichiatrico copre una vasta gamma di ipotesi psicopatologiche, che vanno dalla Schizofrenia al Disturbo Antisociale, dai Disturbi dell'Umore ai Disturbi d'Ansia, fino ai Disturbi Post traumatici e dell'Adattamento. Ogni quadro ha una diversa propensione al comportamento aggressivo, modulata da sintomi diversi. Detta propensione, tuttavia, chiama in causa anche la personalità, la cultura, la situazione, oltre che aspetti clinici di compliance con la terapia e con l'operatore.

Se la comparsa del comportamento violento rappresenta un'emergenza in ambito clinico, la gestione dell'aggressività si iscrive in un protocollo di intervento che implica perciò valutazione delle risorse del paziente e dell'ambiente, stima del rischio, attento bilanciamento tra rischi e benefici, assunzione di responsabilità, nel contesto ovviamente di un approccio terapeutico corretto nelle varie fasi della diagnosi, terapia e riabilitazione.

Scopo del presente lavoro è quello di proporre un approccio di tipo ermeneutico alla condotta aggressiva in psichiatria; approccio che dovrebbe essere, e non sempre è, un indispensabile strumento terapeutico, insieme agli altri a disposizione del medico. In questo ambito, infatti, un agito violento, auto- e/o etero-diretto, rappresenta non solo un'eventualità più che verosimile, da prevenire quanto più possibile, ma anche una plausibile causa di responsabilità professionale per il terapeuta. Questo, infatti, si trova ad essere investito di compiti non solo di diagnosi, ma anche di prognosi e di prevenzione, nel contesto più generale della presa in carico e della cura del paziente, sia per garantire al medesimo il diritto alla tutela della sua salute, sia per gli operatori stessi, o eventuali terzi, in caso di condotte illecite, anche aggressive, agite dal malato.

Un approccio di tipo ermeneutico, per sua natura finalizzato all'interpretazione dei fenomeni e, di conseguenza, alla ricerca del loro significato recondito, può essere assai importante in chiave preventiva, poiché, nel momento stesso in cui, nel rapporto medico-paziente, lo psichiatra cerca il senso dell'aggressività del soggetto, può anche coglierne l'entità del rischio di passaggio all'atto e, quindi, ricorrere ad interventi di tipo preventivo.

Per tale ragione, la presente riflessione, prenderà in esame quel percorso che, partendo dalla ricerca del significato dell'aggressività, si prefigge di individuare "se" e "fino a che punto" la medesima possa essere concretamente agita dal paziente. In questa prospettiva, l'ermeneutica può diventare non solo la base di una fondata prognosi, ma anche la matrice di una valida attività preventiva, al punto da proteggere altresì lo stesso psichiatra dagli estremi di un eventuale responsabilità professionale.





L'aggressività come fenomeno ubiquitario in psicopatologia

Con il termine aggressività si designa un fenomeno molto complesso, sul quale tutte le scienze umane si sono pronunciate; dall'antropologia all'etologia, dalla psicologia alla sociologia, dalla biologia alla biochimica ed in generale, alla medicina, le scienze umane hanno fornito, nel corso del tempo, non solo diverse concezioni dell'aggressività, ma anche svariate spiegazioni sulle sue origini (AA.VV., 1991). In quest'ottica, si può richiamare la definizione di aggressività come "parola valigia" (Storr, 1968), cioè come contenitore di significati molto diversi tra loro.

Lo stesso etimo del termine rinvia alla molteplicità ed alla complessità dei possibili significati: dal latino *ad* ("verso, contro, allo scopo di") e *gradior* ("procedo, avanzo"), "aggressività" è da intendersi come "avvicinamento all'altro", al punto da considerarsi anche una "forza vitale positiva", finalizzata a creare nuove relazioni con gli altri, analogamente a "violenza, che, dal greco *bios* ("vita"), risulta connaturata all'uomo e, perciò, essenziale alla sua sopravvivenza¹. In realtà, tale analogia non è da tutti accettata: per Bergeret, infatti, il concetto di *violenza* è ben diverso da quello di *aggressività*, proponendo l'esistenza di un livello psichico più arcaico, connotato da pulsioni elementari, dette "violente", indispensabili per sopravvivere, mentre l'aggressività si colloca ad un livello più evoluto, contraddistinto da pulsioni più complesse ed elaborate, dette "aggressive", collegate ad un oggetto; al secondo livello, dunque, si collocherebbe l'*aggressività*, quale forza distruttiva sviluppatasi in senso narcisistico, mentre al primo vi sarebbe la *violenza*, quale forza costruttiva integrata nella corrente della libido (Bergeret, 1981, 1984, 1992, 1998).

A prescindere da questi approcci, comunque, l'aggressività può essere qui intesa come quella tendenza ad attaccare e distruggere gli altri, presente, in diversa misura e per differenti motivazioni, in tutti i disturbi psichiatrici. Si ricordano i disturbi di personalità, nei quali l'agito aggressivo è motivato di volta in volta da rabbia ed impulsività, o da interpretatività e proiettività abnormi, o da anaffettività ed assenza di empatia; le forme schizofreniche di tipo produttivo, nelle quali comportamenti violenti, apparentemente immotivati, sono in genere sottesi da fenomeni allucinatori e/o da produttività delirante; le condizioni di maniacalità, nelle quali il soggetto può facilmente diventare aggressivo se contraddetto, o contrastato, e quelle depressive, variamente frammiste, nelle quali la distruttività può essere agita in senso sia auto- che etero-plastico; ma si possono citare anche le patologie organiche cerebrali, di natura congenita o

1 Per una rassegna più esaustiva dei significati assunti dal termine "aggressività", si rinvia al contributo di Barbieri, Costa, Luzzago (2005).



post-traumatica, come la sindrome prefrontale, o l'epilessia del lobo temporale; le situazioni di intossicazione acuta o cronica di alcolici e / o di sostanze stupefacenti e psicotrope, nelle quali la soglia dell'aggressività risulta comunque abbassata; fino a condizioni di tipo parafilico, nelle quali l'aggressività può esprimere l'esito di una fissazione successiva ad un trauma (la perversione come forma erotica dell'odio - *Stoller*, 1978) e venire, o meno, agita sul piano comportamentale (come nel sadismo). La letteratura in proposito è assai vasta (*De Vincentiis, Callieri, Castellani*, 1973; *Ey, Bernard, Brisset*, 1988; *Arieti*, 1991; *Cazzullo*, 1993; *Hales, Yudofsky, Talbott*, 1999).

Da un punto di vista dimensionale, in tema di aggressività, è stato altresì introdotto il costrutto del "discontrollo episodico", fattispecie nella quale i vari disturbi con agiti violenti, sono stati suddivisi nei seguenti termini: quelli con comportamenti aggressivi di tipo seriale e cronico, tipici della personalità antisociale e borderline; e quelli con violenza impulsiva ed episodica, presenti nella psicosi traumatica (*Menninger, Mayman*, 1956), ma anche nelle sindromi deliranti e nell'ipomania. È stata descritta altresì una vera e propria "sindrome da discontrollo" (*Mark, Ervin*, 1970), caratterizzata da: una storia di aggressioni fisiche, soprattutto sui familiari; sintomi di intossicazione patologica; un comportamento sessuale impulsivo, con occasionali aggressioni sessuali; una storia di ripetute violazioni del codice stradale con gravi incidenti automobilistici. Tale sindrome è stata posta in relazione ad una lesione funzionale del sistema limbico ed il termine di "discontrollo episodico" è rimasto nella terminologia neurologica, nonostante la sua scarsa specificità diagnostica (*Elliott*, 1990).

Sul piano categoriale, l'ICD-9-CM ha introdotto il "disturbo esplosivo intermittente" (*WHO*, 1978), nel quale, per la prima volta, la violenza episodica era configurata come un disturbo a sé stante. Detto disturbo è stato successivamente incluso nel DSM III (*APA*, 1980) e nel DSM III R (*APA*, 1987) e, nonostante le critiche e le perplessità, mantenuto nel DSM IV (*APA*, 1994), sebbene si tratti di quadro residuale, posto che la maggior parte dei soggetti con un comportamento violento è affetta da altri quadri psicopatologici (*Tardiff*, 1992). Nel DSM IV - TR, *nihil novi sub soli*.

Nel DSM II era descritta una "personalità esplosiva" caratterizzata da "accessi di collera ed aggressività, verbale o fisica, nettamente diversi dal comportamento abituale del paziente", in soggetti generalmente "eccitabili, aggressivi ed eccessivamente responsivi alle pressioni ambientali" (*APA*, 1968). Infine, mentre il DSM I prevedeva una personalità "aggressivo-passiva", caratterizzata da una persistente reazione alla frustrazione, con irritabilità, scoppi di collera e comportamento distruttivo" (*APA*, 1952), il DSM IV riporta un "Disturbo Passivo-Aggressivo di Personalità" o "Disturbo Negativistico di Personalità", qualificato soprattutto da "attitudini negativistiche e di resistenza passiva"

Ciò premesso, si può affermare che la classificazione dei soggetti con una condotta aggressiva, più o meno episodica, ha subito notevoli variazioni nel

corso degli anni, durante i quali è cambiato il modo di descrivere il fenomeno dell'aggressività, ma è rimasta invariata l'essenza del fenomeno stesso; questo, del resto, si è confermato non solo come trans-nosografico, ma pressoché ubiquitario in ambito psicopatologico, al punto che, per essere prevenuto, esso necessita di approcci conoscitivi che, rapportandosi a specifiche teorie della mente e dei suoi disturbi, ne illustrino i molteplici prodromi e le diverse dinamiche.

Alcune interpretazioni della condotta aggressiva

Non si vuole qui entrare nel merito delle varie teorie sull'aggressività: da quelle formulate dalla c.d. psichiatria biologica e supportate dalle ricerche della genetica e delle neuroscienze (Giraud, 1992; Yudofsky, Hales, 2002; Pankepp, 2004; Andreasen, Black, 2006; Hales, Yudofsky, Gabbard, 2008), attualmente al centro di studi e dibattiti, a quelle formulate dalle teorie psicodinamiche: da Freud (Freud, 1915; Jones, 1953, 1955, 1957; Caprara, 1972, 1981, 1995) ad Adler (Ansbacher, Ansbacher, 1956); da Reich (1933), fino a Anna Freud (1936, 1972) e Melania Klein (Klein, 1921-1958, 1957; Fornaro, 1988); da Fenichel (1945), Gillespie (1971), Stone (1971), Brenner (1971), Eissler (1971) e Rosenfeld (1971), fino ai c.d. intersoggettivisti, come Fairbairn (1954), Guntrip (1968) e Stolorow, Brandchaft ed Atwood (1987); dagli AA. della Psicologia dell'Io (Hartmann, Kris, Lowenstein, 1949, 1964), a Fromm (1973), Kohut (1971, 1977), etc.

In estrema sintesi, si può affermare che i diversi contributi sull'aggressività si collocano, a vario titolo, tra due polarità: da un lato, chi ne sostiene la matrice innata, in quanto di origine pulsionale e congenita; dall'altro, chi ne afferma la natura relazionale e reattiva, correlata a particolari esperienze vissute durante le fasi evolutive. In realtà, la dicotomia tra aggressività innata ed aggressività acquisita rinvia ad una concezione della mente in parte superata, perché è un dato ampiamente assodato che la sfera psichica si costituisce grazie ad un intreccio inestricabile di dotazione biologica e di esperienze socio-culturali, cioè di fattori congeniti ed acquisiti, nell'interazione tra i quali va ricercato il senso ultimo dei fenomeni aggressivi.

In proposito, Kernberg (1976, 1982, 1992), pur ribadendo il ruolo fondamentale degli istinti, tra i quali anche quello aggressivo, sottolinea l'importanza degli affetti come modalità comunicativa madre-bambino e delle conseguenti relazioni oggettuali nel modulare quelle pulsioni libidiche e distruttive che possono motivare condotte violente ed impulsive; Lichtenberg (1983, 1989) parla di sistemi motivazionali che promuovono la realizzazione e la regolazione dei bisogni fondamentali, nel contesto dei quali si colloca il fenomeno della distruttività, poiché una spinta aggressiva può riscontrarsi all'interno del quel "sistema avversivo" che consente al bambino di imparare

ad utilizzare la rabbia per adattarsi all'ambiente, per contrastare i pericoli e per impegnarsi nella risoluzione dei problemi; Fonagy (1996, 2001) spiega l'aggressività come la conseguenza di un mancato sviluppo della c.d. funzione riflessiva, ovvero con una carenza di quella mentalizzazione che permette al bambino di comprendere se stesso e le intenzioni degli altri, inducendolo, come avviene nei pazienti borderline, ad usare il corpo e la pulsione senza possibilità di mediazione; finanche le recenti tecniche di neuro-imaging, le quali, da una parte, hanno localizzato le aree cerebrali disfunzionali nei delinquenti violenti (nei soggetti con storie di atti impulsivi, le aree dove avviene la regolazione delle emozioni negative sono state riscontrate nella corteccia prefrontale e nelle regioni mediale e temporale - *Bufkin, Luttrell, 2005*), mentre, dall'altra, hanno dimostrato come la perdita della capacità dei neuroni-specchio per provare empatia sia fondamentale nella formazione della violenza nel cervello (*Insel, 1997; Karr-Morse, Wiley, 1997*), poiché è proprio la zona dell'Insula a contenere la maggior parte dei neuroni-specchio, che rendono le persone capaci di empatia verso gli stati emotivi degli altri (*Damasio, 2003; Iacoboni, 2005*).

Senza entrare nel merito delle varie teorie, comunque, in un contesto medico-legale, diretto sia a valutare eventuali casi di responsabilità professionale, che a proporre protocolli finalizzati a prevenire le condotte aggressive in ambito sanitario, appare maggiormente fruibile un approccio di tipo clinico, comprensivo di contributi sia di tipo strutturale, che psicodinamico; nell'approccio di tipo clinico, infatti, è il rapporto medico-paziente che risulta centrale, in genere integrato con una farmacoterapia. Ed è questo rapporto che assume il significato non solo di strumento finalizzato alla cura, ma anche di indispensabile mezzo per valutare eventuali aspetti di rischio di un passaggio all'atto violento, potenzialmente rilevante sul piano forense.

Il passaggio all'atto aggressivo come motivo di responsabilità professionale dello psichiatra

La problematica della responsabilità professionale dello psichiatra nel caso di un agito aggressivo, auto- e/o etero-diretto, di un paziente in cura a causa dei suoi disturbi mentali, è ampiamente sviscerata dalla letteratura.

Un richiamo troppo esteso alla norma penale rischia di demandare allo psichiatra compiti di controllo sociale che non gli sono propri, o che comunque attengono ad altre categorie di soggetti (amministratori, forze dell'ordine, partiti politici, etc); al contrario, un'applicazione troppo ristretta può deresponsabilizzare il medico nei riguardi di interventi che sono comunque parte integrante del suo operato terapeutico, in quanto attinenti alla finalità preventiva della professione.

Al riguardo, si rimanda a quei contributi dottrinari riguardanti sia la dialettica tra interessi della collettività ed interessi dell'individuo, nel contesto della quale si colloca sempre l'agire psichiatrico (*De Fazio, 1987*), sia i rischi di interventismo e di astensionismo terapeutico da parte di questo specialista (*Greco, Catanesi, 1990*), sempre sulla linea di confine tra il rischio di abbandonare un soggetto comunque bisognoso di aiuto e quello di limitarne indebitamente la libertà di scelta.

In tutto ciò, il concetto di prevedibilità dell'evento è essenziale, perché attorno ad esso ruota la definizione dell'illecito penale (ex art. 40 c.p.); tale prevedibilità deve essere intesa come consapevolezza a priori che uno specifico fatto possa in futuro realizzarsi, a causa di un certo comportamento del medico, commissivo od omissivo che sia. In proposito, sono stati individuati (*Jourdan, 1997*) due fondamentali aspetti: il primo riguarda appunto il concetto di prevedibilità del fatto, secondo il quale sono da concepirsi come effettivamente prevedibili solo quelle situazioni nelle quali la storia clinica e le circostanze particolari di quel momento specifico inducano a ritenere l'evento dannoso molto probabile e non solo teoricamente possibile; il secondo concerne la possibilità di dimostrare, con ragionevole sicurezza, o anche con sufficiente probabilità, ciò che sarebbe avvenuto se non vi fosse stata l'omissione colposa; al punto che risulta necessario "fornire la prova giuridicamente rilevante che l'intervento psichiatrico – che si assume dovesse essere effettuato e che è mancato per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di norme – sarebbe stato idoneo ad evitare l'evento dannoso" (*Jourdan, 1997*).

Tuttavia, nel caso di passaggio ad un atto violento, il discorso sulla prevenzione del medesimo e sulla valutazione dell'eventuale responsabilità professionale dello psichiatra merita alcuni approfondimenti critici. Infatti, con questa locuzione (passaggio all'atto), peraltro piuttosto complessa e semanticamente incerta nelle sue varie configurazioni (azione, atto, messa in atto, acting out) (*Raoult, 2006*), si fa riferimento a situazioni decisamente diverse (*Millaud, 1991*).

Il passaggio all'atto, infatti, può essere inteso come una devianza, rispetto alle norme del contesto socio-culturale; o come una situazione inquadrabile in una diagnosi clinica, per il suo manifestarsi in modo irruento e per la sua reiterazione; o come un vero e proprio sintomo, tenuto conto dei suoi rapporti con l'angoscia.

In merito, sono stati ravvisati (*Millaud, 1998*) due diversi livelli di confusione: da un lato, l'espressione di "passaggio all'atto" è stata utilizzata sia nel contesto psicanalitico, che nella clinica psichiatrica, per indicare atti impulsivi ed aggressivi (suicidi, omicidi, aggressioni sessuali), agiti in corso di terapia, a prescindere dalla situazione transferale; in questi casi, si potrebbe dire che l'acting out si origina nella situazione terapeutica ed influenza l'ambiente solo in un secondo tempo. Dall'altro, viceversa, la dicitura di "acting out" è stata usata per descrivere agiti impulsivi, comportamenti criminali, tossicomani, o psi-

cotici, ovvero collegabili a differenti strutture di personalità, che non dipendono da un graduale progredire della interpretazione della realtà, ma rinviano ad un costante squilibrio delle strutture interne dei soggetti, per cui queste azioni, con tutte le loro conseguenze, non sono in realtà sotto il controllo del terapeuta (*Millaud*, 1998): il comportamento impulsivo di questi soggetti, del resto, si origina nel mondo esterno alla relazione terapeutica, per poi venire ricondotto, in qualche misura, all'interno della stessa, talchè solo in questo momento potrà essere affrontato.

D'altra parte, è evidente che il passaggio all'atto delittuoso non può essere considerato, in sé e per sé, come un problema esclusivamente psicopatologico, posto che molte tipologie di azioni criminose non sono riconducibili al disturbo psichico e le cause in gioco sono assai diverse, anche se nell'atto aggressivo di certi pazienti psichiatrici si esprimono le diverse "impasse" della loro soggettività patologica (*Raoult*, 2002).

Certamente, il passaggio all'atto aggressivo chiama in causa la c.d. patologia dell'agire, la quale si colloca tra i concetti di vulnerabilità individuale e di pericolosità (*Raoult*, 2006), ma in psicopatologia è fondamentale rammentare che un passaggio all'atto, per un verso, quando è parte di una relazione, rivela una domanda di aiuto, cioè traduce la speranza del paziente di ottenere una risposta dal suo diretto interlocutore; per un altro, quando non esiste questa ricerca della relazione, si è "nel registro della solitudine, della disperazione, dell'evacuazione dell'altro" e, spesso, anche "del tentativo disperato di controllare l'altro", con un concomitante "sentimento di onnipotenza" (*Millaud*, 1998); in questo caso, l'entità dell'angoscia è tale da eccedere completamente le capacità del soggetto di tentare di ottenere aiuto ed il passaggio all'atto serve a risolverla (*Lacan*, 1962-1963).

Da tutto ciò emerge la necessità inderogabile da parte dello psichiatra di valutare attentamente le strutture psicopatologiche dei soggetti e di saper scegliere l'ambito relazionale nel quale porsi, così da rendersi conto delle loro reali capacità di entrare in rapporto con lui. Infatti, se la mentalizzazione rappresenta un dispositivo per pensare ed agire ed è collegata alla struttura di personalità individuale (*Millaud*, 1998), solo l'ascolto attento dei pazienti e la disamina dei loro contenuti mentali possono permettere di avere accesso, nel tempo, ad una certa verbalizzazione della loro sofferenza e di prevenire così il loro passaggio all'atto aggressivo. Infatti, se gli acting out si pongono soprattutto all'insegna di un segnale d'appello, è preciso compito dello psichiatra individuare e non sottovalutare detti segnali; così come è compito dello psichiatra affrontare, decodificare e dare un senso agli agiti, onde evitare un ulteriore passaggio all'atto distruttivo, perché "più la speranza relazionale del paziente diminuisce, più il rischio di un passaggio all'atto aumenta" (*Millaud*, 1998); questo, del resto, tende a ridurre l'angoscia ed a risolvere i problemi ai quali essa si connette, perché "La morte di sé e dell'altro diventa così la soluzione" (*Millaud*, 1998).



Questi contributi assumono un valore fondamentale in sede medico-legale: infatti, nel valutare sia l'effettiva prevedibilità di un evento, sia la concreta possibilità di prevenire il medesimo, lo studio del passaggio da una dimensione nella quale i pensieri non possono essere pensati dal malato ad un'altra nella quale possono essere soltanto agiti, ed agiti in modo distruttivo, può realisticamente evidenziare "se" e "fino a che punto" lo psichiatra abbia ottemperato o meno, ad un'obbligatorietà di mezzi concretamente a sua disposizione.

Tutto questo, però, comporta di focalizzare l'attenzione valutativa sull'interpretazione da parte del medico della storia anamnestico-clinica del soggetto, della sua struttura di personalità e del suo modo di essere al mondo, perché è in tale contesto che si originano e si motivano non solo i disturbi mentali del paziente, ma anche le sue condotte aggressive, che possono così essere conosciute per tempo e, perciò, prevenute; il che equivale a dire che una corretta prevenzione dipende da un giudizio prognostico ottenuto grazie ad un approccio ermeneutico alle narrazioni del malato, ai suoi comportamenti ed alle sue modalità esistenziali.

La ricerca ermeneutica del significato del passaggio all'atto aggressivo

Tale approccio presuppone che il rapporto tra terapeuta e paziente sia sempre collocato nel contesto di un "dialogo ermeneutico" nel quale si possa verificare sia l'incontro, che il cambiamento, dal momento che è nell'interpretazione che si modifica sia l'interprete che l'interpretato (*Ravera, 1986*).

In psichiatria, l'impostazione ermeneutica si realizza, infatti, proprio nel colloquio clinico, cioè in quel dialogo tra medico e paziente che diventa "strumento preliminare ed essenziale di ogni articolazione terapeutica" (*Borgna, 1998*). Infatti, se l'"agire" psichiatrico implica necessariamente un "capire" e se questo "...ha a che fare...con la comprensione di quanto è imprevedibile nel bilancio della vita psichica e interiore dell'uomo" (*Gadamer, 1993*), comprendere il disagio sotteso ad un acting out, o a un passaggio all'atto aggressivo, significa leggere la sofferenza mentale come una peculiare modalità di strutturarsi di modelli di percezione, investimento affettivo, attribuzione di significato e comportamento del soggetto nei suoi rapporti con il mondo e con gli altri; in altri termini, la carenza di autocontrollo, l'impossibilità a mentalizzare il conflitto, l'urgenza di scaricare l'angoscia e l'impossibilità di chiedere altrimenti aiuto, insiti in un passaggio all'atto violento, si configurano come epifenomenici della preclusione da parte dell'individuo di avere un autentico contatto con il mondo.

In tal senso, se "il dialogo ermeneutico (e lo è quello psichiatrico) è presenza che parla" e se "l'universo dei significati in cui viviamo è linguaggio" (*Barison, 1990*), l'agito aggressivo traduce un linguaggio nel quale non vi è



progettualità, considerata come apertura al futuro, ma assenza di progettualità, e nella quale è impedita ogni temporalità, intesa come “divenire”, cioè come dispiegarsi delle molteplici possibilità dell’esistenza umana: infatti, il tempo in senso fenomenologico si realizza nel suo “farsi”, perché il presente, il passato e il futuro non sono conchiusi in sé, ma si trascendono l’uno nell’altro e si estrinsecano sempre nel racconto della propria storia interiore di vita (*Binswanger, 2002*); questa, a sua volta, ripropone lo stretto legame tra vita e narrazione, poiché il racconto ha sia la funzione di articolare l’esperienza temporale del soggetto, sia quella di portare la sua temporalità a livello della sua coscienza e del suo linguaggio (*Ricoeur, 1986, 1987, 1988*); non a caso, è stato scritto che “il tempo diviene tempo umano nella misura in cui è articolato in modo narrativo; per contro, il racconto è significativo nella misura in cui disegna i tratti dell’esperienza temporale” (*Callieri, Maldonato, Di Petta, 1999*).

Laddove tutto questo viene a mancare, come nei momenti antecedenti e concomitanti ad un agito repentino ed aggressivo, al soggetto non è più consentito di realizzare se stesso, perché la sua temporalizzazione non si dà più né in un linguaggio, né in una narrazione. Di fronte a questa situazione, ogni terapeuta può realisticamente cogliere questa coartazione di possibilità relazionali e comunicative e, dentro di sé, deve chiedersi il significato di tale decurtazione, per valutare poi che cosa può e deve fare; infatti, solo il cercare di comprendere assume il significato di una condivisione (*Gadamer, 1960*), nel contesto di un necessario rapporto empatico, valido anche in senso terapeutico (*Binswanger, 1992*).

In altri termini, la ricerca del significato di ciò che può precedere ed accompagnare un passaggio all’atto aggressivo comporta, di fatto, che il terapeuta, che si pone in relazione con un paziente, metta al centro della propria riflessione non solo il paziente, ma anche se stesso, dato che la conoscenza dell’altro passa attraverso la conoscenza di sé, al punto che ogni carenza nella conoscenza di sé stessi implica altresì dei limiti nelle possibilità di conoscere l’altro; infatti, “non è possibile aiutare un essere umano a risalire dall’inferno se prima non lo si è raggiunto laggiù in fondo, quale che sia il girone in cui è sceso.... Ciò significa che noi dobbiamo sempre, almeno fin dove ci è possibile, discendere nel nostro proprio inferno, qualunque sia la distanza alla quale abbiamo tentato di relegarlo” (*Bettelheim, 1987*).

Questo fa sì che, nella relazione terapeutica, lo psichiatra ritrovi in sé il dolore del paziente e, nel dialogo ermeneutico intessuto con lui, da un lato lo aiuti a ritrovare nuovi significati che gli permettano di compiere un valido percorso di cura, mentre dall’altro ravvisi quelle situazioni di rischio concreto che possono essere realisticamente prevenute.



Conclusioni

Le manifestazioni di aggressività sono spesso precedute, in un paziente psichiatrico, da sintomi clinici, comportamentali e simbolici, che non sempre vengono adeguatamente ravvisati ed interpretati dal terapeuta. In questi casi, egli corre il rischio di vedersi imputato per non aver previsto quelle condotte del soggetto che sono poi sfociate in illeciti penali; il che pone il problema tanto dell'effettiva predicibilità delle medesime, quanto della corretta valutazione dell'eventuale responsabilità professionale.

Tali segnali, del resto, se adeguatamente decodificati, possono assumere il valore di veri e propri indici di rischio e consentire, in questo modo, sia di attivare adeguate misure preventive, sia di evitare gli estremi della responsabilità medica. Al riguardo, è stato osservato (*Nivoli, Loretto, Sanna, 1993; Loretto, Milla, 2001*) che la prognosi di comportamento violento può essere di tre tipi: la prognosi generica, la prognosi imminente, la prognosi condizionale; nel primo caso, vengono utilizzati dati aspecifici, con scarsa validità nel prevedere la pericolosità del paziente, perché non si hanno a disposizione, o non si sanno utilizzare, tutte quelle conoscenze che potrebbero indicare tutte le variabili in gioco; nel secondo caso, il comportamento violento del soggetto è già in atto, ma non è ancora stato portato a termine, per cui è possibile attivare strategie preventive adeguate; nel terzo caso, si è in possesso di tutte le informazioni concernenti il paziente e le situazioni per lui a rischio di un comportamento violento, che però non è ancora iniziato; tuttavia, in certi casi, le variabili interessate possono interagire in modo tale da rendere difficile un intervento terapeutico e preventivo.

Nell'economia del nostro discorso, non sembra gratuito sostenere che la prevenzione del passaggio all'atto aggressivo di un paziente psichiatrico e, di conseguenza, la disamina dell'eventuale responsabilità professionale dello psichiatra si realizzano su basi ermeneutiche. Grazie a tale approccio, infatti, è possibile non solo impostare una relazione medico-paziente basata sulla ricerca di un comune orizzonte di significati, nel quale l'angoscia e l'aggressività possano essere mentalizzate e narrate, ma anche valutare, a posteriori, se nell'ambito del predetto rapporto siano emersi e siano stati ravvisati, o meno, segnali tali da motivare effettivamente l'attivazione di efficaci strategie preventive.





Bibliografia

- AA.VV. (1991): *L'aggressività, realtà e mito: un riesame alla luce delle scienze sociali e biologiche*. Bollati Boringhieri, Torino.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952): *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1968): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd edition*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition. Revised*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Text Revision*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- ANDREASEN N.C., BLACK D.W. (2006): *Introductory Textbook of Psychiatry, Fourth Edition*. American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- ANSBACHER H.L., ANSBACHER R.R. (Eds.) (1956): *The Individual Psychology of Alfred Adler*. Basic Books, New York, trad. it. (1997): *La psicologia individuale di Alfred Adler: il pensiero di Alfred Adler attraverso una selezione dei suoi scritti*, Martinelli, Firenze.
- ARIETI S. (a cura di) (VIII,1991): *Manuale di Psichiatria. Völl. I, II, III*. Bollati Boringhieri, Torino.
- BARBIERI C., COSTA N., LUZZAGO A. (2005): "La violenza sessuale di gruppo: considerazioni criminologiche e psichiatrico-forensi", *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 593.
- BARISON F. (1990): "La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia", *Comprendre. Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*, 5, 35.
- BERGERET J. (1981): "La violence fondamentale (l'étayage instinctuel de la pulsion libidinale)", *Revue Française de Psychanalyse*, 45, 1335.
- BERGERET J. (1984): *La violence fondamentale. L'inépuisable Œdipe*. Dunod, Paris.
- BERGERET J. (1998): *La violenza e la vita. La faccia nascosta dell'Edipo*. Borla, Roma.
- BERGERET J., "Violence et dangerosité", *Quaderni di Psichiatria Forense*, 1, 38.
- BETTELHEIM B. (1987): *La Fortezza vuota*. Garzanti, Milano.
- BINSWANGER L. (1992): *La psichiatria come scienza dell'uomo*. Ponte alle Grazie, Firenze.
- BINSWANGER L. (2002): *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, trad. it. Filippini E., a cura di Giacanelli F, Feltrinelli, Milano.
- BORGNA E. (1998): "Il piano ermeneutico", *Comprendre. Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologique*, 8, 17.
- BRENNER C. (1971): "The psychoanalytic concept of aggression", *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 137.
- BUFKIN J.L., LUTTRELL V.R. (2005): "Neuroimaging Studies of Aggressive and Violent Behaviour", *Trauma, Violence & Abuse*, 2, 176.
- CALLIERI B., MALDONATO M., DI PETTA G. (1999): *Lineamenti di psicopatologia fenomenologica*. Alfredo Guida Editore, Napoli.
- CAPRARA G.V. (1972): *Aggressività e comportamento aggressivo*. CELUC, Roma.
- CAPRARA G.V. (1981): *Personalità e aggressività*. Bulzoni, Roma.
- CAPRARA G.V. (1995): "Aggressività e altruismo", in: ARCURI L. (a cura di): *Manuale di psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna.
- CAZZULLO C.L. (1993): *Psichiatria. Völl. 1, 2, 3*. Micarelli, Roma.



- DAMASIO A. (2003): *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*. Harcourt, New York.
- DE FAZIO F. (1987): "La responsabilità professionale dello psichiatra", in: RUDAS N., ERMENTINI A. (a cura di) (1990): *Il problema etico-deontologico in psichiatria. Atti del Primo Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria Forense*, Cagliari-Villasimius, 8-11 Ottobre 1987, Associazione "La Ginestra", Brescia.
- DE VINCENTIIS G., CALLIERI B., CASTELLANI A. (1973): *Psicopatologia e psichiatria forense. Voll. I, II*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- EISSLER K.R. (1971): "Death rive, ambivalence, and narcissism", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 25.
- ELLIOTT F.A. (1990): "Neurology of aggression and episodic dyscontrol", *Seminars in Neurology*, 10, 303.
- EY H., BERNARD P., BRISSET Ch. (1988): *Manuale di psichiatria - Terza edizione italiana*. Masson, Milano.
- FAIRBAIRN W. R. D. (1954): *An Object-Relations Theory of the Personality*. Basic Books, New York, trad. it. (1992): *Studi psicoanalitici della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- FENICHEL O. (1945): *The Psychoanalytic Theory of the Neurosis*. W.W. Norton, New York, trad. it. (1951): *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Astrolabio, Roma.
- FONAGY P. (1996): "Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità", *KOS*, 129, 26.
- FONAGY P., MORAN G.S., TARGET M. (2001): "L'aggressività e il Sé", in: FONAGY P., TARGET M.: *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- FORNARO M. (1988): *Scuole di psicoanalisi. Ricerca storico-epistemologica sul pensiero di Harman, Klein e Lacan*. Vita e Pensiero, Milano.
- FREUD A. (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, trad. it. (1967): *L'io e i meccanismi di difesa*. Martinelli, Firenze.
- FREUD A. (1972): "Comments on aggression", *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 163, trad. it. (1972): "Osservazioni sull'aggressività", *Rivista di psicoanalisi*, 18, 11.
- FREUD S. (1915): "Metapsicologia. Pulsioni e loro destini", in: *Opere di Sigmund Freud*, Vol. 8, 1976, Bollati Boringhieri, Torino.
- FROMM E. (1973): *The Anatomy of Human Destructiveness*. Holt, Rinehart & Winston, New York, trad. it. (1975): *Anatomia della distruttività umana*. Mondadori, Milano.
- GADAMER H.G. (1960): *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Mohr, Tübingen, trad.it. (1994): *Verità e metodo*. Bompiani, Milano.
- GADAMER H.G. (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, trad. it. (1994): *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GILLESPIE W.H. (1971): "Aggression and instinct theory", *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 155, trad. it. (1972): "Aggressività e teoria degli istinti", *Rivista di psicoanalisi*, 18, 33.
- GIRAUD O. (1992): *Psicobiologia dell'aggressività e del comportamento socio-affettivo*. Liguori, Napoli.
- GRECO O., CATANESI R. (1990): *La responsabilità professionale dello psichiatra*. Piccin, Padova.
- GUNTRIP H. (1968): *Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self*. Hogarth Press, London, trad. it. (1975): *Teoria psicoanalitica della relazione d'oggetto*. Etas Libri, Milano.
- HALES R.E., YUDOFKY S.C., GABBARD G.O. (2008): *American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- HALES R.E., YUDOFKY S.C., TALBOTT J.A. (1999): *The American Psychiatric Association Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Press, Arlington VA.
- HARTMANN H. (1964): *Essays on Ego Psychology*. International Universities Press, New York, trad. it. (1976): *Saggi sulla Psicologia dell'Io*. Bollati Boringhieri, Torino.
- HARTMANN H., KRIS E., LOWENSTEIN R. (1949): "Notes on the theory of aggression", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 3, 9.
- HARTMANN H., KRIS E., LOWENSTEIN R. (1964): *Notes on the theory of aggression, Papers*

- on *Psychoanalytic Psychology*. International Universities Press, New York, trad. it. (1978): *Scritti di psicologia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino.
- IACOBONI M. (2005): "Understanding Others: Imitation, Language, Empathy", in: HURLEY S., CHARTER N. (Eds.): *Perspectives on Imitation: From Mirror Neurons to Memes. Vol. I*, MIT Press, Cambridge.
- INSEL Th.R. (1997): "A Neurobiological Basis of Social Attachment", *American Journal of Psychiatry*, 154, 733.
- JONES E. (1953, 1955, 1957): *The Life and Work of Sigmund Freud. Voll. I, II, III*. Basic Books, New York, trad. it. (1962): *Vita e opere di Freud*. Il Saggiatore, Milano.
- JOURDAN S. (1997): "La responsabilità dello psichiatra per le azioni compiute dal paziente: concetto di prevedibilità dell'evento e possibilità di evitarlo", in: JOURDAN S., FORNARI U. (a cura di): *La responsabilità del medico in psichiatria*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- KARR-MORSE R., WILEY M.S. (1997): *Ghosts From the Nursery: Tracing the Roots of Violence*. Atlantic Monthly Press, New York.
- KERNBERG O.F. (1982): "Self, Ego, Affects and Drives", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 893.
- KERNBERG O.F. (1992): *Aggression in Personality Disorders and Perversions*, Yale University Press, New Haven CT, trad. it. (1993): *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- KERNBERG O.F. (1976): *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Aronson, New York, trad. it. *Teoria delle relazioni oggettuali e clinica psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino, 1980.
- KLEIN M. (1957): *Envy and Gratitude*. Tavistock, London, trad. it. (1969): *Invidia e gratitudine*. Martinelli, Firenze.
- KLEIN M. (1975): *The Writings of Melanie Klein, Voll. 1, 2, 3, 4*. Hogarth Press, London, trad. it. (1978): *Scritti 1921-1958*. Bollati Boringhieri, Torino.
- KOHUT H. (1971): *The Analysis of the Self*. International Universities Press, New York, trad. it. (1976): *Narcisismo e analisi del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino.
- KOHUT H. (1977): *The Restoration of the Self*. International Universities Press, New York, trad. it. (1980): *La guarigione del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino.
- LACAN J. (2004): *Le séminaire, Livre X: L'angoisse (1962-1963)*. Seuil, Paris.
- LICHTENBERG J.D. (1983): *Psychoanalysis and Infant Research*. Analytic Press, Hillsdale NJ, trad. it. (1988): *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*. Astrolabio, Roma.
- LICHTENBERG J.D. (1989): *Psychoanalysis and Motivation*. Analytic Press, Hillsdale NJ, trad. it. (1995): *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LORETTU L., MILIA P. (2001): "La prognosi del comportamento violento in psichiatria", *Nòs. Aggiornamenti in psichiatria*, 3, 205.
- MARK V., ERVIN F. (1970): *Violence and the brain*. Harper & Row, New York.
- MENNINGER K.A., MAYMAN M. (1956): "Episodic dyscontrol: a third order of stress adaptation", *Bullettin of the Menninger Clinic*, 20, 153.
- MILLAUD F. (1991): "Compréhension psychanalytique de l'acting out et du passage à l'acte; un essai de synthèse de la littérature", *Perspectives psychiatriques*, 29, 244.
- MILLAUD F. (1998): "Le passage à l'acte: points de repères psychodynamiques", in: MILLAUD F.: *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Masson, Paris.
- NIVOLI G.C., LORETTU L., SANNA M.N. (1993): "Malattia mentale e comportamento violento: psicodinamica e criterio prognostico imminente, condizionale e generico", *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 299.
- PANKSEPP J. (2004): *Textbook of Biological Psychiatry*. John Wiley & Sons Ltd, Hoboken NJ.
- RAOULT P.A. (2002): "Les impasse subjectives dans l'acte transgressif", in: RAOULT P.A. (Sous la direction de): *Passage à l'acte. Entre perversion et psychopathie*. Harmattan, Paris.

- RAOULT P.A. (2006a): "Dossier: Psychopathologie de l'agir: entre vulnérabilité et dangerosité - Psychologie clinique et criminologie", *Bulletin de psychologie*, 59, 3.
- RAOULT P.A. (2006b): "Dossier: Psychopathologie de l'agir: entre vulnérabilité et dangerosité - Clinique et psychopathologie du passage à l'acte", *Bulletin de psychologie*, 59, 7.
- RAVERA M. (1986): *Il pensiero ermeneutico*. Marietti, Genova.
- REICH W. (1933): *Charakteranalyse. Technik und Grundlagen für studierende und praktizierende Analytiker*. Selbstverlag des Autors, Wien, trad. it. (1975): *Analisi del carattere*. SugarCo, Milano.
- RICOEUR P. (1986, 1987, 1988): *Tempo e racconto. Voll. I, II, III*. Jaca Book, Milano.
- ROSENFELD H. (1971): "A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism", *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 169, trad. it. (1972): "L'accostamento clinico alla teoria psicoanalitica degli istinti di vita e di morte: una ricerca sugli aspetti aggressivi del narcisismo", *Rivista di psicoanalisi*, 18, 46.
- STOLLER R.J. (1978): *Perversione. La forma erotica dell'odio*. Feltrinelli, Milano.
- STONE L. (1971): "Reflections of the psychoanalytic concept of aggression", *The Psychoanalytic Quarterly*, 40, 195.
- STOROLOW R.D., BRANDCHAFF B., ATWOOD G.E. (1987): *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Analytic Press, Hillsdale NJ.
- STORR A. (1968): *Human Aggression*. Scribner, New York, trad. it. (1968): *L'aggressività nell'uomo*. De Donato, Bari.
- TARDIFF K. (1992): "The current state of psychiatry in the treatment of violent patients", *Archives of General Psychiatry*, 49, 493.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978): *International Classification of Diseases 9th Revision. Clinical Modification*. Commission on Professional and Hospital Activities, Ann Arbor MI.
- YUDOFKY S.C., HALES R.E. (Eds.) (2002): *The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 4th ed. American Psychiatric Publishing, Washington DC.