

La gestione del malato mentale negli ambulatori medico-legali

Franca Galliano¹, Massimo Cordero²

¹ Infermiera Professionale, Centro Medico Legale INPS di Cuneo

² Psicologo e psicoterapeuta, Alba (CN)

ABSTRACT

In this article the Authors analyse the main personality disorders, following Bergeret and Kernberg classifications and basing on Freud's theory: people with neurotic structure have defense mechanisms and inner conflicts different from those of persons with borderline or with psychotic structure. Healthcare professionals must be aware of the behaviour of psychiatric patients who may arrive in the medical-legal ambulatory. The second section of the present article is about the two kinds of social security in Italy: the one for everybody, and the one for workers only. In the social security for everybody a percentage of disability is attributed to each psychiatric patient following specific tables: depending on these percentage, the patient is entitled to the allocation of a pension. The second one follows the rules established by INAIL and INPS, and depends on the reduced or cancelled ability to work.

Keywords: personality disorders, social security, defense mechanisms

*The management of the psychiatric patient in the medical-legal ambulatories
Pratica Medica & Aspetti Legali 2011; 5(1): 27-33*

■ ASPETTI CLINICI

Qual è la tipologia di malati psichici che possiamo ritrovare negli ambulatori medico-legali?

Al fine di migliorare e facilitare le capacità relazionali negli operatori sanitari è utile conoscere alcune caratteristiche psicologiche "tipiche" delle persone con diverse psicopatologie.

Generalmente si affrontano le differenti patologie psichiatriche seguendo le classificazioni principalmente nosologiche-descrittive presenti nel DSM-IV-TR® (manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali) [1] o nell'ICD-10 (classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati) [2].

Il presente contributo intende descrivere la psicopatologia utilizzando l'approccio teorico psicodinamico: tale chiave di lettura dei fenomeni osservati può essere efficacemente affiancata a quella di orientamento nosologico-descrittivo, in quan-

to aggiunge la lettura profonda della personalità (strutture di base di personalità, caratteristiche dei meccanismi di difesa, dell'identità e dell'esame di realtà), che consente di completare la visione fornita dall'orientamento nosologico-descrittivo senza stravolgerla o sostituirla.

I MECCANISMI DI DIFESA

I **meccanismi di difesa** (MDD) sono funzioni dell'io destinate a proteggere il soggetto dalle richieste istintuali dell'Es o da un'esperienza pulsionale troppo intensa percepita come pericolo. Si formano a partire dall'infanzia al fine di tenere lontani dalla consapevolezza impulsi sessuali e aggressivi. I meccanismi di difesa costituiscono pertanto delle operazioni di protezione messe in gioco dall'io per garantire la propria sicurezza e coesione interna. Poiché svolgono un'importante funzione di adattamento, possono essere considerati fisiolo-

gici e in grado di influenzare in modo determinante il carattere e il comportamento di ciascun individuo; diventano patologici quando sono troppo rigidi, inefficaci, non variegati, e compromettono così la flessibilità, l'armonia e l'adattamento del funzionamento mentale.

È possibile distinguere MDD nevrotici detti anche **evoluti** (rimozione, intellettualizzazione, razionalizzazione, formazione reattiva, annullamento reattivo, sublimazione, allontanamento, isolamento, formazione reattiva, negazione, drammatizzazione degli affetti) da MDD borderline-psicotici, detti anche **primari o arcaici** (idealizzazione-svalutazione, diniego, proiezione massiccia, identificazione proiettiva, *Spaltung*).

LE STRUTTURE DELLA PERSONALITÀ

Nella pratica quotidiana è utile conoscere le principali strutture di base della personalità in quanto ci possono guidare nel rapporto con il paziente, consentendoci di migliorare le capacità relazionali nei suoi confronti. Sapere come il paziente si relaziona con il mondo, quali meccanismi di difesa utilizza, come gestisce lo stress e l'angoscia, cosa si aspetta dalle relazioni e come vive la relazione con l'altro, ecc. può essere per noi professionisti della salute una vera e propria mappa di orientamento nella relazione.

L'assunto da cui partiamo è che ogni persona adulta, indipendentemente dalla sintomatologia di superficie lamentata, ha una struttura di base che, secondo Bergeret e Kernberg, può essere di tre diverse tipologie [3,4]:

- struttura nevrotica;
- struttura borderline;
- struttura psicotica.

Essa si organizza e si stabilizza in una struttura definitiva con tipiche modalità di interagire e reagire alla realtà, alle situazioni stressanti della vita e alle relazioni con gli altri.

Secondo Freud, in età adulta il raggiungimento da parte della psiche di un grado di equilibrio e di organizzazione interna stabile equivale a una "cristallizzazione" definitiva: da questo momento in poi ogni modificazione della struttura risulta molto difficile, se non impossibile [5,6]. Generalmente le caratteristiche di base della struttura, in un soggetto in stato di equilibrio, sono visibili solo con un'approfondita indagine psicologica (colloquio psicodinamico e/o test psicologici proiettivi-strutturali, es. il test di Rorschach). Tuttavia quando l'equilibrio strutturale viene meno (rottura del cristallo) il soggetto manifesta la sintomatologia (linee di scissione) tipica della struttura fino a quel momento rimasta latente. Secondo questo costrutto teorico, un soggetto con una struttura psicotica tenderà a sviluppare una

sintomatologia psicotica e viceversa un soggetto con struttura nevrotica svilupperà una sintomatologia nevrotica.

Bergeret delinea tre tappe evolutive nella genesi della struttura di base, che sono [3]:

- **I stadio:** l'Io del bambino si trova nell'indifferenziazione somatopsichica. Solo gradualmente l'Io si distingue dal non-Io, soprattutto grazie alle giuste stimolazioni cinestesiche-proprioceptive della figura di attaccamento. In questo stadio iniziale il Sé è caratterizzato da una massima plasticità nei confronti delle influenze esterne maturative e/o nocive;
- **II stadio:** si assiste a una sorta di "pre-organizzazione" in funzione di linee di forza determinate in parte da fattori ereditari e congeniti, e in parte dalle esperienze oggettuali (*caregivers*) che si ripercuotono sotto forma di conflitti, frustrazioni, traumi, ma anche rassicurazioni, sostegni, gratificazioni e identificazioni positive. Le difese iniziano a organizzarsi e l'Io si evolve per tappe successive in modo da far fronte alle minacce interne ed esterne determinate sia dalle pulsioni sia dalla realtà. In questo stadio le relazioni con i genitori sono fondamentali e solo in una fase successiva, gradualmente, divengono importanti anche gli altri membri del contesto sociale/educativo. Con il tempo le difese divengono sempre meno fluttuanti e intercambiabili. Lo psichismo procede verso una graduale "cristallizzazione" con linee di scissione e coesione che difficilmente potranno variare in seguito;
- **III stadio:** si giunge, in età adulta, alla strutturazione definitiva e immodificabile della personalità, a un Io autentico che non potrà più modificarsi né cambiare categoria strutturale, ma solamente adattarsi o non adattarsi in modo definitivo o reversibile alle richieste dell'ambiente esterno e interno.

Struttura nevrotica

Nel caso della struttura nevrotica il Super-Io è l'istanza psichica dominante: il conflitto è tra il Super-Io e le pressioni pulsionali dell'Es. Il conflitto con il Super-Io evoca il senso di colpa.

Secondo la classificazione del sistema multiassiale proposto nel DSM-IV-TR® [1], lo **stato nevrotico** si può ritrovare nei:

- disturbi d'ansia dell'Asse I: disturbo di panico senza agorafobia, disturbo di panico con agorafobia, agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico, fobia specifica, fobia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress, disturbo acuto da stress, disturbo d'ansia generalizzata;

- disturbi somatoformi dell'Asse I: disturbo di somatizzazione, disturbo somatoforma indifferenziato, disturbo algico, ipocondria e disturbo di dismorfismo corporeo;
- disturbo istrionico di personalità dell'Asse II;
- disturbo ossessivo-compulsivo di personalità dell'Asse II.

La caratteristica difesa nevrotica, descritta ampiamente da Freud, è la **rimozione**. È la difesa primaria dell'Io che scarica nell'oscuro magazzino dell'inconscio tutto ciò che non è accolto dalla sfera cosciente percettiva, come impulsi e idee inaccettabili per l'individuo.

Lo scopo della rimozione è quello di impedire a un pensiero minaccioso di diventare consapevole. Sembra basarsi sul principio secondo cui «quello che non si sa, non ci può far male». Se i pensieri che fanno sorgere angoscia non possono salire in superficie e vengono inconsciamente bloccati, il soggetto non esperisce angoscia. Un pensiero può provocare angoscia quando minaccia una rottura dell'autocontrollo o fa sentire frustrazioni o senso di colpa. Per evitare l'angoscia dimentichiamo il nome di qualcuno che ci ha offeso o dimentichiamo di pagare un conto che porrebbe gravi limitazioni al nostro bilancio e causerebbe preoccupazioni. Spesso è necessario rimuovere un'intera costellazione di ricordi, perché anche ricordi neutri stimolerebbero dolorose memorie a essi associati. Nei casi in cui le pulsioni inaccettabili sfuggono al controllo della rimozione, l'Io si avvale di altri meccanismi di difesa maturi o di secondo ordine a seconda del tipo di nevrosi. Vengono anche definiti «accessori» in quanto aiutano la rimozione ma non si sostituiscono a essa. I meccanismi di difesa accessori sono: formazione reattiva, negazione, annullamento, razionalizzazione, intellettualizzazione e isolamento.

Non viene mai fatto ricorso al diniego della realtà neanche in forma parziale.

È possibile che in momenti di particolare tensione emotiva vengano utilizzati anche meccanismi di difesa primitivi, ma queste difese saranno di breve durata e non avranno mai una grande rilevanza nel funzionamento globale.

I soggetti con struttura nevrotica possiedono un senso integrato della propria identità.

Hanno un'esperienza interiore di continuità temporale del Sé e sono in grado di descrivere se stessi e gli altri con un'immagine variegata, in grado di cogliere tutta la serie complessa e insieme coerente di qualità (positive e negative) che caratterizza una personalità.

Non emergono comportamenti e pensieri bizzarri o assurdi. L'Io ha un buon livello di integrazione ed è in grado di svolgere con una certa efficacia le sue funzioni. Garantisce un corretto esame della realtà e riesce a rimandare alla persona un'immagine congruente di se stessa. Il paziente è in grado di

illustrare realisticamente e sensatamente i sintomi, i bisogni e le difficoltà che incontra nei rapporti interpersonali e nell'adattamento all'ambiente.

Struttura borderline

La struttura dello stato limite, denominata **borderline** (Kernberg) o **astrutturazione** (Bergeret) ha come istanza psichica dominante l'ideale dell'Io: il conflitto psichico è tra l'ideale dell'Io da una parte, e dall'Es e realtà esterna dall'altra. Il conflitto tra le due istanze evoca senso di inferiorità. L'ideale dell'Io ha origini narcisistiche: ogni individuo ha costruito in sé un ideale rispetto al quale misura il proprio Io attuale. L'Io fa riferimento all'ideale dell'Io per valutare le sue realizzazioni effettive. L'angoscia di base è la paura della perdita dell'oggetto con il quale il soggetto ha una relazione di dipendenza e sostegno di tipo anaclitico (di appoggio incondizionato).

I soggetti con una struttura borderline secondo la classificazione assiale del DSM-IV-TR® [1] potrebbero rientrare nei seguenti disturbi:

- disturbo borderline di personalità dell'Asse II;
- disturbo depressivo maggiore dell'Asse I;
- disturbo narcisistico di personalità dell'Asse II;
- disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia nervosa) dell'Asse I;
- disturbo antisociale della personalità dell'Asse II;
- disturbi correlati a sostanze dell'Asse I.

Dall'introduzione del termine «nevrosi» (Cullen, 1777) a quello di «psicosi» (Feuchtersleben, 1845), numerosi ricercatori di matrice psichiatrica e psicoanalitica hanno cercato di attenuare i termini di separazione troppo netti tra «nevrotico» e «psicotico», creando nel tempo nuove tassonomie strutturali e nosologiche in grado di definire quelle forme patologiche «intermedie» che si collocano a yo-yo tra gli stati francamente nevrotici e quelli psicotici.

Attualmente, grazie ai lavori pionieristici di Eisenstein, la maggior parte dei ricercatori e dei clinici raggruppa queste entità cliniche sotto il vocabolo inglese «borderline», tradotto con «casi limite» o «stati limite».

Il meccanismo di difesa più utilizzato è la scissione tra le rappresentazioni «buone» e «cattive» di Sé e dell'oggetto. Gli oggetti (persone emotivamente significative) sono completamente buoni quando appagano i desideri del paziente, quando invece, anche nell'arco di un brevissimo lasso temporale, tali desideri vengono frustrati gli oggetti divengono completamente cattivi.

Sono presenti tipiche manifestazioni di debolezza dell'Io di carattere aspecifico e specifico.

Le prime riguardano l'incapacità di controllare gli impulsi (con frequenti *acting-out* auto- e/o etero-

distruttivi, aggressivi e/o verbali, es. rompere vetri, insultare, ecc.), l'impossibilità di controllare l'angoscia e la frustrazione e l'assenza di adeguati sbocchi sublimatori sviluppati.

Le manifestazioni specifiche sono caratterizzate dal predominio di particolari meccanismi di difesa primitivi, che proteggono il paziente dai conflitti intrapsichici e da un'ulteriore disintegrazione dei confini fra il Sé e l'oggetto. Tuttavia il loro utilizzo indebolisce l'Io e riduce la sua capacità adattiva e la sua flessibilità al mondo interno ed esterno. I meccanismi di difesa primari più importanti nella patologia strutturale borderline sono l'onnipotenza e la svalutazione. Derivano entrambi dalla scissione delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto e si manifestano nell'attivazione di stati dell'Io che riflettono un Sé grandioso e gonfiato rispetto a rappresentazioni svalutanti degli altri. Nell'onnipotenza il paziente si identifica con un oggetto completamente buono, potente e protettivo. L'oggetto idealizzato è controllato e usato con la convinzione inconscia di aver diritto ad aspettative e a soddisfacenti illimitati. La svalutazione è un corollario (conseguenza) dell'onnipotenza. Infatti quando l'oggetto esterno non è più fonte di protezione e di soddisfacimento viene immediatamente svalutato e abbandonato. Oltre all'onnipotenza e alla svalutazione, altri meccanismi di difesa primari sono l'idealizzazione primitiva, la proiezione, l'identificazione proiettiva, il controllo onnipotente, il ritiro narcisistico e il diniego.

Struttura psicotica

Predomina l'Es, perché l'Io è scarsamente integro e coeso e il Super-Io non si è adeguatamente formato. Il conflitto di base è tra l'Es e la realtà, l'angoscia riguarda il terrore di frammentazione e di perdita totale dei confini tra il Sé e l'oggetto. Il soggetto non sente più le proprie rappresentazioni mentali come sue, ma come estranee, guidate e imposte da altre.

I pazienti con **struttura psicotica** potrebbero rientrare secondo la classificazione assiale del DSM-IV-TR® [1] nei seguenti disturbi:

- schizofrenia dell'Asse I;
- disturbo schizofreniforme dell'Asse I;
- disturbo schizoaffettivo dell'Asse I;
- disturbo delirante dell'Asse I;
- disturbo psicotico breve dell'Asse I;
- disturbo paranoide di personalità dell'Asse I.

La presenza o l'assenza di dispersione dell'identità differenzia l'area patologica al limite da quella nevrotica, mentre la presenza o l'assenza di un corretto esame di realtà differenzia l'organizzazione della personalità al limite da quella psicotica.

Già durante le prime fasi dell'interazione, la reazione dei pazienti con struttura psicotica è inadeguata,

ta, confusa, bizzarra, sconcertante, accompagnata da affetti e/o comportamenti inappropriati che indicano l'assenza dell'esame di realtà. Un principio generale da seguire nei colloqui con i pazienti psicotici è quello secondo il quale, una volta dimostrata, con estrema delicatezza, la perdita dell'esame di realtà il sanitario non deve più mettere in discussione i processi di pensiero patologici, le distorsioni della realtà e l'esperienza interna del paziente. Questi pazienti non hanno una "coscienza di malattia" e per questo ogni nostra sottolineatura in tale direzione non fa che irritare l'emotività del paziente e suscitare possibili reazioni impulsive.

In questi soggetti è consigliabile che il sanitario abbia un atteggiamento il più possibile prudente, contenitivo, rassicurante ed empatico. Nella relazione è richiesta massima empatia per la realtà interna del paziente al fine di comprendere al meglio il suo pensiero, i suoi bisogni e i suoi limiti nell'esame della realtà e delle limitate capacità relazionali. Il soggetto con struttura psicotica ha un'identità non integra (gli aspetti contraddittori del Sé e degli altri sono scarsamente integrati e sono tenuti separati). Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono scarsamente delimitate, può arrivare a non riconoscere l'identità propria e quella altrui fino al limite di un'identità delirante (identità sostenuta da deliri e allucinazioni).

Tra i meccanismi difensivi del registro primario, il più importante e tipico della struttura psicotica è la *Spaltung* (dal tedesco spaccatura, divisione, scissione). La *Spaltung* viene differenziata in due momenti: una *Zerspaltung* primaria (una disgregazione, una vera frammentazione) e una *Spaltung* propriamente detta (scissione del pensiero in diversi raggruppamenti). Si manifesta con una sconnessione fra le varie funzioni psichiche, una significativa alterazione del pensiero e del linguaggio, una perdita dei nessi associativi e un sovvertimento delle leggi che regolano i rapporti e le gerarchie delle associazioni.

Le difese, pur essendo di basso livello e disadattive per la realtà esterna e le relazioni con gli altri, preservano il paziente dalla disintegrazione e dalla fusione totale del Sé con l'oggetto.

■ ASPETTI LEGALI

LE BASI MEDICO-LEGALI PER LA TUTELA DEL SOGGETTO CON PROBLEMI PSICHICI

Oltre al mantenimento dello stato di benessere psicofisico attuando prevenzione, diagnosi, cura e

ART. 4 DELLA COSTITUZIONE

- La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendono effettivo questo diritto.

ART. 38 DELLA COSTITUZIONE

- Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.
- I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria.
- Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

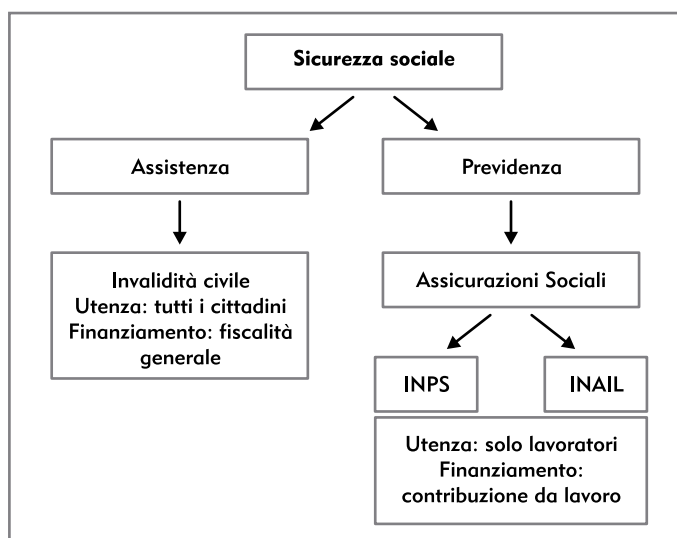


Figura 1. Le forme di tutela del cittadino possono essere di tipo assistenziale o di tipo previdenziale, ma in questo secondo caso il cittadino vi ha diritto soltanto se lavoratore

riabilitazione delle malattie tramite l'estensione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, lo Stato si pone l'obbligo di garantire un adeguato benessere socio-economico mediante interventi erogati per sostituire, integrare o ripristinare la capacità economica di ciascuno, attivando gli istituti di assistenza e previdenza sociale (Figura 1).

■ ASSISTENZA SOCIALE

L'assistenza sociale consiste in prestazioni di vario genere indirizzate al sostegno di ogni persona, lavoratore o no, che si trovi in uno stato di bisogno. Essa viene attuata direttamente dagli organi di pubblica amministrazione e attinge i propri mezzi dal finanziamento pubblico (imposte fiscali). Tipici interventi di assistenza sociale sono l'assegno, la pensione o l'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili, i ciechi e i sordomuti op-

pure la pensione sociale per gli ultrasessantacinquenni.

Il **grado di invalidità** è determinato in base a un'apposita tabella approvata con decreto del Ministero della Salute.

La legge prevede che, a seconda della percentuale di invalidità riconosciuta, vengano riconosciuti determinati benefici a favore degli invalidi civili (Tabella I).

■ PREVIDENZA SOCIALE

Si tratta di uno strumento di politica sociale destinato a prevenire condizioni di bisogno di soggetti esposti ed economicamente indifesi in quanto totalmente dipendenti dal lavoro quotidiano;

Grado di invalidità (%)	Riconoscimento
33-66	Viene riconosciuta la qualifica di invalido civile e si ha diritto a ottenere gratuitamente protesi e ausili ortopedici
46	Si ha diritto all'iscrizione nelle liste speciali dei Centri per l'impiego per l'assunzione agevolata al lavoro
66	Si ha diritto all'esenzione dal ticket sanitario
74	È riconosciuta la qualifica di invalido parziale e si ha diritto al pagamento di un assegno mensile (in presenza di determinati requisiti socio-economici)
100	È riconosciuta la qualifica di invalido totale e si ha diritto al pagamento della pensione di inabilità. Inoltre, se il richiedente non è autosufficiente o non riesce a deambulare autonomamente, ha diritto all'indennità di accompagnamento

Tabella I. Percentuali di invalidità civile che possono essere riconosciute al cittadino e relativi benefici erogati

è riservato alle classi lavoratrici. Il finanziamento delle prestazioni previdenziali è basato su un fondo alimentato dai contributi assicurativi versati in parte dal soggetto assicurato e in parte dal datore di lavoro, eventualmente integrati dallo Stato.

La previdenza sociale è realizzata mediante le assicurazioni sociali INAIL e INPS, che non perseguono scopi di lucro.

Sulla base di tale principio l'INPS eroga l'assegno di invalidità o la pensione di inabilità.

L'**assegno ordinario di invalidità** (L. 222/84) è una prestazione economica, erogata a domanda ai lavoratori la cui capacità lavorativa è ridotta a meno di un terzo a causa di infermità.

Sono richiesti almeno cinque anni di contribuzione e assicurazione, di cui tre anni di contribuzione e assicurazione nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda.

L'assegno ordinario di invalidità ha validità triennale e può essere confermato (accertando il solo requisito sanitario) altre due volte per ulteriori tre anni, su domanda presentata dall'interessato nei sei mesi che precedono la data di scadenza.

Diventa definitivo dopo il terzo riconoscimento.

La **pensione di inabilità** (L. 222/84) è una prestazione economica erogata a domanda ai lavoratori che si trovano nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

La pensione di inabilità è reversibile.

I requisiti richiesti sono:

- **assoluta e permanente impossibilità** di svolgere qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale;

- cinque anni di contribuzione e assicurazione di cui **tre anni** di contribuzione e assicurazione nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda;
- **cessazione** di qualsiasi tipo di attività lavorativa;
- **cancellazione** dagli elenchi di categoria dei lavoratori;
- **cancellazione** dagli albi professionali;
- **rinuncia** ai trattamenti a carico dell'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e a ogni altro trattamento sostitutivo o integrativo della retribuzione.

I titolari di pensione di inabilità possono, in qualsiasi momento, essere sottoposti a **visita di revisione** sia per iniziativa dell'INPS che su richiesta dell'interessato.

Sono quindi, essenzialmente i motivi economici che spingono una persona a presentarsi in ambulatorio di medicina legale in quanto risulta particolarmente difficile per tali persone ottenere un lavoro stabile e talvolta anche presentarsi al lavoro.

■ DISCLOSURE

L'Autore dichiara di non avere conflitti di interesse in merito ai temi trattati nel presente articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR®. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision, 2000. Disponibile all'indirizzo <http://www.psychiatryonline.com/resourceTOC.aspx?resourceID=1> (ultimo accesso gennaio 2011)
2. World Health Organization. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version for 2007. Disponibile all'indirizzo <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (ultimo accesso gennaio 2011)
3. Bergeret J. La personalità normale e patologica (1974). Milano: Raffaello Cortina Editore, 1984 (Nuova ed. italiana a cura di Del Corno F)
4. Kernberg OF. Disturbi gravi della personalità (1984). Torino: Bollati Boringhieri, 1987
5. Freud S. La perdita della realtà nella nevrosi e nella psicosi. Tr. It. in: Opere, vol. 10. Torino: Bollati Boringhieri, 1924
6. Freud S. Nevrosi e psicosi. Tr. It. in: Opere, vol. 10. Torino: Bollati Boringhieri, 1924

BIBLIOGRAFIA DI APPROFONDIMENTO

- Freud A. L'io e i meccanismi di difesa (1961). Firenze: G. Martinelli Editore, 1967
- Brenner C. Breve corso di psicoanalisi. Firenze: G. Martinelli Editore, 1995

- Gabbard GO. Psichiatria psicodinamica. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000 (III ed., ed. italiana a cura di Freni S)
- Galimberti U. Dizionario di psicologia. Torino: UTET, 1992
- Miller HP. Teorie dello sviluppo psicologico. Bologna: Il Mulino, 1994
- Laplace J, Pontalis JB. Enciclopedia della psicoanalisi (1973). Bari: Laterza, 1993
- Lis A, Stella S, Zavattini GC. Manuale di psicologia dinamica. Bologna: Il Mulino, 1999

CORRESPONDING AUTHOR

Dott.ssa Franca Galliano

E-mail: franca.galliano@inps.it