

IL PROBLEMA DEL “DISTURBO GENERATORE”

G. STANGHELLINI
A. AMBROSINI
R. CIGLIA
A. FUSILLI

Il tema di questo contributo è il concetto di “disturbo generatore” (*trouble générateur*, TG) così come fu elaborato da Eugène Minkowski in una serie di scritti a partire dagli anni Venti. Questi scritti sono centrati sull’analisi della condizione schizofrenica e melanconica alla ricerca di un principio organizzatore di questi modi di essere al mondo. Il focus di Minkowski è assai più clinico che metodologico, cioè collimato sui fenomeni psicopatologici e sulla loro organizzazione piuttosto che sugli strumenti necessari per elicitarli e afferrarli. Nonostante questa scarsa attitudine verso i problemi metodologici, il pensiero di Minkowski al riguardo del concetto di TG può fornire importanti riferimenti e spunti a chi è interessato ai fondamenti dell’operare del fenomenologo clinico. La domanda attorno alla quale ruota questa riflessione è la seguente: il TG è un concetto ermeneutico oppure ha una valenza causale-esplicativa? Questa domanda non ha perso di attualità; Sass e Parnas hanno di recente riesaminato il problema concludendo che i costrutti fenomenologici non hanno – come credono sia i detrattori della fenomenologia, sia non pochi fenomenologi clinici – una valenza esclusivamente descrittiva; essi possono assumere una fisionomia esplicativa, fondamentale per la costruzione di modelli etio-patogenetici dei disturbi mentali.

La nostra tesi, qui, è che il contributo di Minkowski resti sostanzialmente ambiguo riguardo alla natura del TG: se sia un costruito generatore di senso, quindi ermeneutico, oppure generatore di sintomi, quindi esplicativo. Ciò non toglie che l'analisi di questo concetto, del modo in cui Minkowski lo applica alla clinica della schizofrenia e della melancolia, abbia ancora molto da dire circa il destino della psicopatologia fenomenologica: sul processo delle sue scomposizioni analitiche, sui cardini delle sue ricostruzioni sintetiche, e sulla natura della validità dei suoi costrutti.

Il primo passo del nostro lavoro sarà fornire una cretomazia dalle principali opere di Minkowski sul tema del TG. Poi illustreremo il modo di procedere di Minkowski nella ricerca del TG, a partire da uno dei suoi saggi classici. Infine, cercheremo di rispondere alla nostra domanda, mostrando le direzioni di ricerca da essa indicate.

I. IL DISTURBO GENERATORE NELL'OPERA DI MINKOWSKI

Ne *La schizofrenia* il concetto di TG viene menzionato solo due volte nel Capitolo secondo, *Il disturbo essenziale della schizofrenia e il pensiero schizofrenico*. Minkowski afferma che «[...] ogni nozione clinica non ci diventa forse chiara e precisa solo a partire dal momento in cui siamo riusciti a darle un solido fondamento psicologico? Così vediamo la psichiatria moderna sforzarsi di mettere in evidenza i *disturbi generatori* delle entità cliniche che essa studia» (p. 51).

Le seguenti citazioni sembrano poter tracciare un quadro sufficientemente chiaro dell'argomentazione di Minkowski:

«I sintomi [della schizofrenia], come ha mostrato Kraepelin, sono interscambiabili, più o meno incostanti e portano a stati terminali identici. Essi devono dunque avere tutti qualcosa di comune ed essere soltanto l'espressione più o meno accidentale di un *processo morboso sottostante, sempre lo stesso*. È così che nasce il bisogno di *ricondere tutta la ricchezza dei sintomi e dei quadri clinici ora inglobati nella demenza precoce a un disturbo fondamentale e di precisarne la natura*» (p. 46).

«Ovviamente questo disturbo non può essere ricercato tra i sintomi clinici ordinari, quali le allucinazioni, le idee deliranti, le manifestazioni catatoniche o gli stati di eccitamento e di depressione. Tali sintomi non hanno nulla di costante né di caratteristico, come abbiamo visto. Dovendo costituirne la base comune, il disturbo fondamentale non può trovarsi qui; deve essere ricercato al di fuori, su un altro piano. Gli sforzi per perfezionare la sintesi della demenza

precoce e per farne una vera entità nosologica si rivolgeranno dunque, in modo del tutto naturale, verso funzioni psichiche elementari. È qui che si spera di trovare la chiave di quel comportamento particolare che presentano tutti i dementi precoci, malgrado le varietà infinite che li distinguono gli uni dagli altri dal punto di vista sintomatico» (p. 46).

Alcuni Autori hanno tentato di spostare l'attenzione verso i fattori regolatori dello psichismo, verso le facoltà superiori:

- Kraepelin, per il quale il nucleo psicopatologico è un disturbo dell'astrazione, «dell'indebolimento delle spinte affettive della volontà e di una perdita dell'unità interiore, [...] un venir meno delle idee dei sentimenti e delle tendenze di ordine generale» (p. 47);
- «Masselon invece mette in primo piano i disturbi dell'attenzione e paragona l'atteggiamento dei dementi precoci ad una perpetua distrazione» (*ibid.*);
- «Weygand, facendo proprie le nozioni di Wundt, parla di demenza apercettiva» (*ibid.*).

Secondo Minkowski queste nozioni della psicologia corrente non sono sufficienti a individuare il disturbo essenziale: questo non può essere ricondotto a nessun elemento della tradizionale triade intelligenza, sentimento, volontà: «Incapaci di tradurre il disturbo essenziale della demenza precoce, [questi Autori] cedono sempre più il passo a nozioni di altro ordine» (p. 47). «Per usare un'immagine – chiarisce –, il disturbo essenziale non altera una o più facoltà, quale che sia il loro ordine nella gerarchia delle funzioni, ma risiede piuttosto *tra* di esse, nello “spazio interstiziale”» (*ibid.*, corsivo nostro).

In questo spazio interstiziale Minkowski individua il TG della schizofrenia: la perdita del contatto vitale con la realtà. L'attenzione di Minkowski è completamente rivolta a identificare *quale* sia il TG della schizofrenia – non a illustrare *come* identificarlo. Riconosce a Bleuler il ruolo di battistrada: «Bleuler precisava i sintomi cardinali della schizofrenia che riguardavano l'ideazione, l'affettività e gli atti di volontà del malato. Ma, nello stesso tempo, grazie alla nozione di autismo, i fattori che avevano a che fare con l'ambiente cominciavano ad avere una parte sempre più importante nella sua concezione. La mancanza di scopi reali e di idee direttive, l'assenza di contatto affettivo orientavano il concetto su una nuova strada. Tutti questi disturbi sembravano convergere verso una sola e unica nozione, quella di *perdita del contatto vitale con la realtà*» (p. 49).

Cosa si intende per contatto vitale con la realtà? L'illustrazione che dà Minkowski è metaforica: «Il contatto vitale con la realtà riguarda

molto più il fondo stesso, l'essenza della personalità vivente nei suoi rapporti con l'ambiente» (*ibid.*). L'ambiente è considerato qui «[...] un'onda mobile che ci avvolge da ogni parte e che costituisce il mezzo senza il quale non potremmo vivere» (*ibid.*); «[...] il contatto vitale con la realtà riguarda il dinamismo intimo della nostra vita» (p. 50). «Così ho fatto del contatto vitale con la realtà il punto centrale della schizofrenia».

Dal punto di vista metodologico, quest'ultima sembra l'affermazione essenziale. Il TG è “punto centrale”, il punto archimedeo che sorregge concettualmente tutto il costruito minkowskiano di schizofrenia. Minkowski chiarisce così: «[...] lo squilibrio profondo del contatto con la realtà è nella schizofrenia non una conseguenza di altri disturbi psichici, ma *un punto essenziale da cui derivano o per lo meno a partire dal quale si possono intravedere in maniera uniforme tutti i sintomi cardinali di questa affezione mentale*» (p. 52, corsivo nostro).

Ne *Il tempo vissuto* – testo assai più filosofico rispetto a *La schizofrenia* – Minkowski fornisce qualche ulteriore ragguaglio circa la necessità di pensare in termini di TG e di struttura, piuttosto che di funzioni psichiche e sintomi isolati. Nel Libro secondo (Capitolo secondo) afferma che dietro i sintomi e le sindromi si cela la *personalità vivente*: «Dietro la confusione c'è una persona confusa, dietro la melanconia il depresso. In tal modo i sintomi si compenetrano intimamente e la sindrome non si basa più su una coesistenza puramente empirica e più o meno contingente di sintomi isolati, ma tende a trasformarsi in unità organizzata e vivente nel senso psicologico della parola. La sindrome clinica tende a divenire una sindrome psicologica» (p. 211).

È nei casi cosiddetti puri che si appalesa la natura di *unità organizzata* della sindrome psicopatologica: i «[...] casi “puri” che noi riconosciamo come tali ci permettono di scomporre i casi associati. Questa “purezza” in fondo non è altro che l'espressione del sentimento che abbiamo di fronte a certi malati quando cerchiamo di cogliere al vivo la loro personalità, che tutti i sintomi che essi presentano “si reggano”, che si basino tutti su un solo disturbo iniziale, *che siano un'unità organizzata*, che rappresentino una vera e propria sindrome psicologica» (*ibid.*, corsivo nostro).

In questa pagina, Minkowski fa un'affermazione di principio che è l'epigrafe di quell'epoca della storia della psicopatologia che Lantéri-Laura ha chiamato l'epoca delle grandi strutture: «è così che nasce in psicopatologia la nozione dei *disturbi generatori*. La sindrome mentale non è più per noi una semplice associazione di sintomi ma

l'espressione di una modificazione profonda e caratteristica dell'intera personalità umana» (1998, p. 211). La psicopatologia fenomenologica va alla ricerca dell'unità strutturale profonda che sottende la congerie apparentemente eterogenea dei sintomi psicopatologici.

Per chiarire ulteriormente: «Il disturbo generatore corrisponde, sul piano psicologico, alla base anatomofisiologica delle sindromi somatiche. Tuttavia non avremo più a che fare qui né con delle funzioni, ma con la personalità vivente, una e indivisibile» (p. 212). Per far questo, come vedremo, bisogna «penetrare al di là degli elementi ideici e anche dei fattori emozionali di una sindrome fino alla struttura intima della personalità morbosa che serve da intelaiatura e agli uni e agli altri» (p. 214). I disturbi generatori sono disturbi elementari che si rapportano alla personalità intera e non a una qualunque delle sue funzioni, come ad esempio l'emotività o l'ideazione (p. 215).

II. IL *MODUS OPERANDI* DI MINKOWSKI ALLA RICERCA DEL DISTURBO GENERATORE

Minkowski fornisce ulteriori elementi per la definizione della nozione di TG nel saggio sulla struttura degli stati depressivi (*Structure des dépressions*). In questo saggio sono descritte approfonditamente esperienze e sensazioni abnormi di un uomo di 26 anni con diagnosi di “depressione ambivalente” (un sottotipo di depressione maggiore). Cercheremo in questo paragrafo d'illustrare e ripercorrere i passaggi fondamentali dell'indagine svolta da Minkowski.

– Punto primo: *analisi fenomenica*

Il paziente riporta le sue lamentele, Minkowski le registra con cura e ordina con sistematicità. Egli riferisce disturbi cenestopatici («Ho la sensazione di un arresto delle funzioni vegetative»), sensazioni di materializzazione («Non sono altro che un specie di funzione animale»), disturbi della coscienza di sé («Non sento più me stesso. Ho cessato di esistere») e disturbi dell'intersoggettività («Io risuono con le persone, rifletto le loro vibrazioni», «Ho l'impressione di essere spazzatura gettata nella vita, così tanto mi sento distante dagli altri»); seguono lamentele relative a disturbi dell'azione («Ho sempre la sensazione di incompletezza») e della temporalizzazione («Sono stato persuaso di essere una persona malata di tempo (*malade du temps*). Ho la sensazione che il tempo scorra molto velocemente, più velocemente che per gli altri, troppo velocemente e questo è atroce», «Non ho più la sensazione di continuità», «Sono ossessionato dal passato»). Fin qui

l'analisi minkowskiana rappresenta un magistrale esempio di psicopatologia descrittiva: egli registra le esperienze personali, nella loro idiosincronicità, inclusi quei fenomeni che non trovano categorizzazione nelle specifiche *checklist* diagnostiche. È da notarsi che egli non è interessato meramente ai sintomi psicopatologici tradizionalmente intesi (cioè agli indici diagnostici): non fa menzione né dei disturbi ideativi (deliri o altre “false credenze”), né delle alterazioni dell'umore (tristezza, disforia o anedonia).

– Punto secondo: *ricostruzione del mondo-della-vita*

Minkowski ricostruisce il mondo-della-vita del paziente, «l'esperienza vissuta del mondo reale che lo circonda» (Lantéri-Laura, 1993, p. 108), piuttosto che enumerare i suoi sintomi. A tale proposito egli mette metodicamente in parentesi o sospende tutti i contenuti ideo-affettivi (cognitivi e affettivi) dell'esperienza, e si concentra sugli aspetti formali e sulle configurazioni spazio-temporali implicite nelle esperienze del paziente. Gli “esistenziali” presi principalmente in considerazione sono lo spazio e il tempo vissuti, ma nell'indagine di Minkowski rientrano anche i modi in cui il paziente vive il proprio corpo, le altre persone e se stesso. Esaminate da tale prospettiva, le esperienze del paziente melancolico manifestano caratteristiche peculiari rispetto al mondo del senso comune. In tale stadio di ricostruzione del mondo vissuto, se da una parte è possibile sentire o immaginare cosa si prova a vivere in un mondo simile, dall'altra è ancora assente il nucleo che rende conto della significativa interconnessione delle sue parti.

– Punto terzo: *afferrare il trouble générateur*

Come spiegato da Urfer, tradotto letteralmente, *trouble générateur* significa disturbo “generatore” o “generante”; si riferisce alla caratteristica unità che sottende una peculiare tipologia di abnorme mondo vissuto (Sass, p. 255: «underlying unity characteristic of particular types of abnormal lived world»), al nocciolo che sottende i sintomi manifesti in tutta la loro varietà e che li mantiene significativamente interconnessi o uniti (Urfer, p. 281: «kernel underlying the manifest symptoms in all their variety that keeps them meaningfully interconnected or united»).

III. IL DISTURBO GENERATORE E L'INCONSCIO FENOMENOLOGICO

Una sindrome psicopatologica non è meramente un'associazione di sintomi, ma «l'espressione di una profonda e caratteristica modificazione della personalità umana nella sua interezza» (Minkowski, 1927, p. 12). Cogliere il disturbo generatore significa cogliere l'intima metamorfosi della soggettività, che sottende il complesso dei sintomi conferendovi la loro propria unità strutturale. Nelle parole di Minkowski, «il modo in cui la personalità è situata, in condizioni normali come patologiche, in rapporto al tempo e allo spazio vissuti» (1930, p. 2), «l'unità vivente organizzata» dei fenomeni psichici abnormi.

La nozione minkowskiana di TG è un «sintomo più profondo» rispetto ai «sintomi di superficie» sui quali si basa la nosografia contemporanea.

Significativa a tale proposito è la questione sollevata da Kendler: «fino a che punto dobbiamo continuare a mettere al centro della nostra nosologia sintomi e segni «superficiali» scelti per la loro affidabilità (*reliability*) piuttosto che cercare di sviluppare sintomi potenzialmente più informativi o «profondi» che possono emergere a partire da un'attenta analisi fenomenologica?» (pp. 7-8). In quale senso questi sintomi, rinvenuti ad opera di un'attenta analisi fenomenologica, sono da considerarsi più «profondi» rispetto a quelli elencati dai comuni manuali diagnostici? Come osserva Francioni, il «profondo» di cui parla Minkowski «*esprime* in modo adeguato soltanto una *forma destrutturata* della temporalità» (p. 52) perché nella temporalità risiede il fenomeno strutturale fondamentale.

Il profondo inteso in senso fenomenologico è propriamente la *struttura fondamentale* della vita psichica, la condizione di possibilità della manifestazione del mondo così come ci appare. Il modo in cui ci appare il mondo, ad esempio l'esperire l'interno distinto dell'esterno, e le cose del mondo distribuite ordinatamente in uno spazio esterno a noi, separate le une dalle altre e al contempo capaci di entrare in contatto le une con le altre e di agire (causalmente) le une sulle altre; oppure l'esperire gli accadimenti del mondo come orientati dal passato verso il futuro secondo la modalità del divenire e la nostra esistenza sospinta verso il futuro da uno slancio (*élan*): questo modo per noi abituale di far esperienza del mondo dipende dal modo di fungere implicito della struttura fondamentale, cioè dal modo in cui questa struttura fondamentale «costituisce» la nostra esperienza secondo certe coordinate temporali e spaziali. Tale modalità fondamentale *si esprime*

attraverso uno *stile* peculiare con cui la persona fa esperienza, vive cose e situazioni del mondo.

Cogliere il TG di una patologia psichica secondo Minkowski significa cogliere la metamorfosi del fungere implicito di questa struttura fondamentale – cioè dell’inconscio fenomenologico.

Si prenda l’esempio della sintomatologia melanconica e della fondamentale destrutturazione del tempo, caratteristico TG nella melancolia. Il disturbo della temporalità si esprime non soltanto e unicamente nel modo in cui il melanconico vive il tempo («Non ho più la sensazione di continuità», «Sono ossessionato dal passato»). Anzi, raramente il melanconico è in grado di cogliere e esprimere il TG, cioè la discontinuità del tempo, la perdita dell’orientamento verso il futuro e dell’*élan*, il ristagnare nel passato. Raramente, cioè, il melanconico è cosciente del TG della sua patologia. È del tutto eccezionale che riesca a dire (come il paziente di Minkowski) «Sono malato di tempo». Il TG resta in questo senso per lo più “inconscio”. Cosa troviamo al livello dell’esperire cosciente del TG della melancolia? Troviamo ciò che si esprime nei sintomi melanconici, ciò che traluce attraverso di essi. Ad esempio, quando il melancolico dice «Ho la sensazione di un arresto delle funzioni vegetative», esprime in questo modo la crisi del divenire temporale resa esperibile dal vissuto del corpo. Si dice che in questo caso il vissuto corporeo-cenestopatico del melancolico costituisce l’espressione noematica della noesi destrutturata – cioè del fondamentale disturbo della temporalizzazione. Sass e Parnas parlano a questo riguardo di relazione *espressiva* di implicazione fenomenologica; nella relazione espressiva il contenuto noematico della vita mentale rappresenta o esprime specificatamente le caratteristiche formali o strutturali della vita mentale.

IV. COSA GENERA IL DISTURBO GENERATORE?

La questione epistemologica essenziale è la seguente: cosa genera il TG di Minkowski? Una possibile risposta è che esso generi dei sintomi, cioè che vada inteso come un “disturbo di base” in senso patogenetico (ad esempio, i “sintomi primari” di Bleuler, il “processo” di Jaspers (Minkowski, 1930, p. 11), o i sintomi-base di Huber).

Questo però non sembra essere il compito della nozione minkowskiana di TG. Il disturbo generatore non è un sintomo di livello più profondo che genera dei sintomi di superficie. Piuttosto, cogliere il disturbo generatore vuol dire conferire un significato unitario ai

fenomeni psichici abnormi. In altre parole, non si tratta di un costrutto etio-patogenetico, ma di un costrutto *ermeneutico*.

Il compito della ricerca orientata dal concetto di TG è dunque *in primis* di natura ermeneutica. La patologia della psiche costituisce una condizione attinente al vissuto e un complesso di comportamenti il cui peculiare significato emerge unicamente attraverso “il livello personale dell’analisi” (Hornsby; Gabiani & Stanghellini) che dispiega la personale storia-di-vita, le emozioni, gli atteggiamenti, i valori e i modi dell’esperienza. I disturbi mentali sono innanzitutto *mentali*. La riduzione dei fenomeni mentali a meccanismi causali è soltanto un passo successivo.

Il TG è il nucleo di una struttura psicopatologica. Cogliere questo nucleo significa afferrare il fenomeno fondamentale di una struttura, che resta ai margini della vita cosciente, ma è anche sempre implicito e virtualmente presente in ciascuna delle sue parti manifeste e che conferisce a tale struttura coerenza significativa.

Per Minkowski, il fenomeno essenziale caratterizzante la condizione melanconica è un peculiare disturbo della temporalità. Due sarebbero per Minkowski (1930) gli elementi – distinti ma intimamente correlati – fondanti il nostro modo di vivere il tempo in condizioni normali: uno di natura dinamica che proietta il nostro *élan* verso il futuro, l’altro di natura più statica, l’“eterno” (l’*éternel*). La normale esperienza del tempo origina dalla sintesi armonica dei due elementi, così che il tempo non sia vissuto né come una fuga né come una immobilità. In condizioni patologiche, tale sintesi subisce uno scacco. Nelle depressioni maggiori l’*élan* è surclassato da l’*éternel*. Tale disturbo del tempo vissuto affiora in *ciascuno* dei fenomeni caratterizzanti la depressione maggiore, è il *legame strutturale* che conferisce loro unità e coerenza; esso consente di dare senso alle azioni, ai pensieri, alle emozioni ed alle esperienze che risulterebbero altrimenti incomprensibili.

Per tornare, concludendo, alle parole di Minkowski, il concetto di TG è il cuore di quelle ricerche che egli definisce sinteticamente fenomenologico-strutturali: «“Fenomenologiche” così credevo di aver diritto di chiamarle, poiché, andando oltre le constatazioni empiriche della clinica corrente, cercavano di penetrare fino al disturbo essenziale che le sottende tutte; e “strutturali”, nello stesso tempo, per il fatto che tali ricerche avevano per fondamento la struttura stessa della nostra esistenza in rapporto al tempo vissuto e, insieme, allo spazio esso pure vissuto» (1966; tr. it., p. 10).

BIBLIOGRAFIA

- Bolton D., Hill J.: *Mind, Meaning, and Mental Disorder. The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry*, second edition. Oxford University Press, Oxford/New York, 2003
- Francioni M.: *La psicologia fenomenologica di Eugenio Minkowski. Saggio storico ed epistemologico*. Feltrinelli/Bocca, Milano, 1976
- Gabbani C., Stanghellini G.: *What Kind of Objectivity do We Need for Psychiatry?*. PSYCHOPATHOLOGY, 2008, 41, 3: 203-204
- Hornsby J.: *Personal and Sub-Personal: A Defence of Dennett's Early Distinction*. PHILOSOPHICAL EXPLORATIONS, 2000, 2: 6-24
- Huber G.: *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen*. NERVENARZT, 1983, 54: 23-32
- Kendler K.S.: *Introduction. Why Does Psychiatry Need Philosophy?*, in Kendler K.S., Parnas J. (eds.): *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology*, pp. 1-16. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2008
- Lantéri-Laura G.: *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Édition du temps, Pornic, 1998
- ... : *Introduction à l'oeuvre psychopathologique d'Eugène Minkowski, Postface*, in Minkowski E.: *Structure des depressions*. Nouvel Object, Paris, 1993. Tr. it.: *Introduzione all'opera psicopatologica di Eugenio Minkowski (con particolare riguardo alla struttura delle depressioni)*. COMPRENDRE, 1999, 9: 61-92
- Minkowski E.: *La Schizophrénie. Psychopathologie des Schizoïdes et des Schizophrènes*. Payot, Paris, 1927. Trad. It.: *La schizofrenia. Psicopatologia degli schizoïdi e degli schizofrenici*. Einaudi, Torino, 1998
- ... : *Étude sur la structure des états de depression (Les depressions ambivalentes)* (1930), in *Structure des depressions*. Nouvel Object, Paris, 1993
- ... : *Le temps vécu*. D'Artray, Paris, 1933. Tr. it.: *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Einaudi, Torino 1971 e 2004
- ... : *Traité de psychopathologie*. Presses Universitaires de France, Paris, 1966. Trad. it.: *Trattato di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano, 1973
- Sass L.A. (guest editor): *The phenomenology of schizophrenia: Three classic approaches*. PHILOSOPHY, PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY, 2001, 8, 4
- Sass L.A., Parnas J.: *Explaining Schizophrenia: The Relevance of Phenomenology*, in Man Cheung C., Fulford K.W.M., Graham G. (eds.): *Reconceiving Schizophrenia*, pp. 63-96. Oxford University Press, Oxford-New York, 2007
- Urfer A.: *Phenomenology and Psychopathology of Schizophrenia: The Views of Eugène Minkowski*. PHILOSOPHY, PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY, 2001, 8, 4: 279-289

Corresponding author:
Prof. Giovanni Stanghellini
Università di Chieti
Via dei Vestini, 31
I-66013 Chieti