

CAPITOLO SECONDO

PSICHIATRIA E PSICOLOGIA ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO: PROBLEMATICHE CLINICHE EMERGENTI

C) VIOLENZA

PROLEGOMENI ALLA DIMENSIONE “AGGRESSIVITÀ E COMPORTAMENTO IMPULSIVO” NELLA PSICOPATOLOGIA DELL’ASSASSINO SERIALE

DIMENSIONAL PROFILES "AGGRESSIVENESS AND IMPULSIVE BEHAVIOUR" IN THE SERIAL KILLER PSYCHOPATHOLOGY

A. Valchera , M. Salviati, F.S. Marra

III Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

PROLEGOMENI ALLA DIMENSIONE “AGGRESSIVITÀ E COMPORTAMENTO
IMPULSIVO” NELLA PSICOPATOLOGIA DELL’ASSASSINO SERIALE

Riassunto

Volendo prendere in esame il fenomeno del serial killer possiamo limitarci alla definizione di quattro parametri che ci definiscano la normalità: normalità giuridica (normatività), normalità statistica (frequenza), normalità psichica (salute), normalità nella capacità di intendere e di volere (imputabilità).

Nello studio dei comportamenti omicidi non potevamo esimerci dal delineare, anche se solo sommariamente quanto la ricerca scientifica ci ha fornito riguardo alla comprensione del comportamento aggressivo, così esasperato nei soggetti che commettono tali reati.

Parole chiave: *assassino seriale, comportamento aggressivo*

Abstract

Our data confirm previous observations reporting a higher aggressiveness among serial killers, particularly disordered personalities and schizophrenic subjects. Clinical features seem to be more important than psychosocial factors, substance abuse, or family background in determining aggressive behaviour. The importance of seasons in affecting human behaviour is also confirmed, as well as women higher sensitivity to this influence.

Key words: *serial killer, aggressive behaviour*

1. Introduzione

Definire il concetto di normalità è un compito assai arduo, ognuna delle specialità del sapere umano ha insito un concetto di normalità: anche se difficilmente definibile, dentro di noi ognuno sente di sapere cosa è “normale” e sente di poterlo facilmente distinguerlo da ciò che non lo è. Il sapere scientifico non può partire da tali basi, ogni concetto deve essere chiaramente definito, in accordo con altri che si occupano dello stesso argomento per stabilire una norma che indichi la strada ai diversi studi e una comunicabilità del sapere stesso.

Volendo prendere in esame il fenomeno del serial killer possiamo limitarci alla definizione di quattro parametri che ci definiscano la normalità: normalità giuridica (normatività), normalità statistica (frequenza), normalità psichica (salute), normalità nella capacità di intendere e di volere (imputabilità).

Dal punto di vista giuridico appare evidente che i soggetti che commettono omicidi seriali non siano racchiusi nella norma giuridica, tuttavia è importante sin da ora sottolineare, anche se ne parleremo più estesamente in seguito, che non esiste ancora, nel nostro ordinamento, la figura giuridica del serial killer. Anche dal punto di vista statistico i serial killer si allontanano sicuramente dalla normalità, la frequenza di tali comportamenti è fortunatamente eccezionale paragonata al campione del genere umano: la maggioranza delle persone non uccide. Quando si giunge alla definizione della normalità psichica la situazione “dottrinale” non permette una chiara definizione; le vedute sono diverse e tale argomento merita una maggior chiarificazione. Essenzialmente dovremo prima definire il concetto di salute, in quanto l’anormalità psichica è considerata un allontanamento da essa, e nemmeno su tale concetto le vedute sono univoche. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sul concetto di salute ha affermato nel 1946: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente l’assenza di malattia o infermità”. Le malattie sono anche descritte come “ciò che i medici curano” (TAYLOR, 1990), comprendendo in questa definizione il fatto che, perché la persona sia curata dal medico, questa abbia ritenuto necessario il suo intervento, o che questa preoccupazione terapeutica sia sorta dall’ambiente del paziente.

Peter Sedgwick, riguardo al concetto di salute e di malattia ha affermato che “le malattie sono invenzioni dell’uomo... non ci sono malattie o disturbi in natura”: riferendosi al carbonchio delle patate ha detto che “se l’uomo volesse coltivare parassiti invece che patate, non vi sarebbe malattia, ma

PROLEGOMENI ALLA DIMENSIONE “AGGRESSIVITÀ E COMPORTAMENTO IMPULSIVO” NELLA PSICOPATOLOGIA DELL’ASSASSINO SERIALE

semplicemente il necessario terreno di coltura per i parassiti”. E ancora “a causa del proprio antropocentrico interesse, l’uomo ha deciso di considerare ‘malattia’ o ‘disturbi’ tutte quelle circostanze naturali che precipitano la morte (o il mancato funzionamento in accordo a determinate regole) di un piccolo numero di specie biologiche incluso l’uomo”(SEDGWICK, 1981).

Quindi anche il concetto di salute e di malattia in generale, può incontrare notevoli difficoltà, il problema diviene sicuramente maggiore quando ci si allontana dalla patologia fisica, e ci si avvicina alla patologia mentale. Le controversie tra i diversi autori si amplificano e si moltiplicano quando ci addentriamo nel concetto di salute mentale o, in altri termini, cosa è psicologicamente normale? Secondo gli psicanalisti, almeno, tale concetto è ormai inadeguato: “per valutare i processi psichici, l’alternativa posta dalle categorie normale-patologico è altrettanto inadeguata quanto quella buono-cattivo, che un tempo dominava incontrastata. I sintomi vengono così prospettati entro una dialettica che non coincide più con la distinzione tra normale e patologico” (SEMI, 1993). Per la fenomenologia “è piuttosto da considerare che di normalità nervose e psichiche ne vengono constatate tante e così frequenti, che tra esse e le variazioni normali degli individui non c’è nessun limite netto” (JASPERS, 1981). Alcuni hanno persino negato totalmente l’esistenza della malattia mentale, tanto che la schizofrenia è stata considerata da Laing “un’attribuzione inventata da uno psichiatra svizzero nel 1911 e che come reale entità non esiste” (LAING, 1971).

Un approccio sicuramente diverso è quello dell’American Psychiatric Association (DSM-IV, 1995), che ha utilizzato il proprio manuale diagnostico dei disturbi psichici come un catalogo descrittivo, esente, almeno nelle intenzioni, da qualsivoglia interpretazione di tipo eziologico; nel concetto degli autori americani è, comunque, insito il paradigma che l’essere classificati malati nasce da una sofferenza per la quale ci si rivolge al medico, o ci si è condotti, per trovarvi rimedio.

Per quanto riguarda l’imputabilità, è necessario conoscere, sia pur superficialmente in questa sede, quali siano le basi patologiche che la annullano, per poter comprendere il difficile lavoro del perito nel discernere se un serial killer sia imputabile o meno, ciò ovviamente varia da caso a caso.

Tuttavia dopo queste considerazioni sulla salute e la malattia, sulla normalità e la devianza, come ci poniamo di fronte al fenomeno del serial killer? Sicuramente, come abbiamo visto, ci si allontana dalla norma giuridica, dalla normalità statistica; se il fenomeno rappresenta anche un allontanamento dalla salute questo probabilmente è da definire in seguito,

PROLEGOMENI ALLA DIMENSIONE “AGGRESSIVITÀ E COMPORTAMENTO IMPULSIVO” NELLA PSICOPATOLOGIA DELL’ASSASSINO SERIALE

dopo aver valutato alcuni aspetti del comportamento umano “normale” e patologico, dopo l’esplorazione di alcune patologie psichiche, e sempre in considerazione delle diverse ragioni che hanno spinto il soggetto alla commissione del reato. Il criminale, in quanto tale, non è un malato psichiatrico, diversamente da quanto aveva postulato la scuola positiva italiana (BRUNO, 1990); almeno questo è il paradigma che vogliamo tenere presente: può essere malato e la sua patologia può essere connessa al reato, tuttavia la patologia non è sempre e solo la causa unica e necessaria all’attuazione del comportamento criminale.

In aggiunta di quanto abbiamo appena detto utilizziamo le parole di Ponti e Fornari (1995): “Anche pensare che la follia sia la spiegazione della crudeltà e del sadismo dei serial killer, è pur sempre una ‘risorsa’ che rende apparentemente più ‘comprensibile’ la loro condotta. ...Se infatti i serial killer sono dei matti, possiamo stare tranquilli: in noi, convinti di essere ‘sani di mente’, non possono albergare i mostri...la crudeltà è un’abituale componente della natura umana...I folli poi non sono in realtà quel che i più credono, non sono più sanguinari e più violenti dei sani...Infine fra i serial killer i pazzi sono rari...a un approccio statistico sono moltissimi i serial killer esaminati da psichiatri di molti paesi che sono stati giudicati privi di malattie mentali: ad esempio tutti quelli che, dopo una perizia hanno subito condanne o sono stati giustiziati...È ovvio che si troveranno nel profondo di questi soggetti una sessualità disturbata, degli sviluppi psicosessuali malamente organizzati, identificazioni sessuali e modalità di investimento libidico con qualcosa che non quadra...avere problemi sessuali non vuol dire essere folli, essere cioè privi della capacità di intendere e volere”.

Può esserci utile valutare il comportamento aggressivo e la sua presenza nell’essere “normale” e nel folle.

2. Il comportamento aggressivo

Nello studio dei comportamenti omicidi non potevamo esimerci dal delineare, anche se solo sommariamente quanto la ricerca scientifica ci ha fornito riguardo alla comprensione del comportamento aggressivo, così esasperato nei soggetti che commettono tali reati.

L’aggressività è uno dei temi maggiormente studiati dalle scienze umane. Possiamo ricordare il lavoro di Lorenz (1976) che proponeva che il comportamento aggressivo derivasse da un istinto primario, programmato filogeneticamente ed alimentato da una fonte energetica sempre presente.

PROLEGOMENI ALLA DIMENSIONE “AGGRESSIVITÀ E COMPORTAMENTO IMPULSIVO” NELLA PSICOPATOLOGIA DELL’ASSASSINO SERIALE

L’aggressività come una forza interiore che tende a scaricarsi, a garantire la sopravvivenza della specie, come seguisse le leggi della fluidodinamica. Freud (1923), collocò, già prima di Lorenz, con il concetto di istinto di morte, l’aggressività all’interno delle reazioni istintuali, contrapposta alla pulsione libidica, l’aggressività come un impulso che scorre continuamente, radicato nella costituzione dell’organismo umano. Tuttavia, nel comportamento aggressivo innato, che avrebbe la funzione della sopravvivenza della specie, come possiamo inserirci il serial killer, con la sua carica distruttiva e annientante? Fromm (1973) ha collegato l’istinto primario come fonte dell’aggressività cosiddetta “benigna”, comune agli uomini come agli animali, aggressività che ha base biologica e serve all’uomo per difendere i suoi interessi vitali ed è una reazione innata. L’aggressività “maligna”, invece, per l’autore, sarebbe presente esclusivamente nell’uomo, distruttiva e disadattativa perché può portare anche all’autodistruzione, interpretata dall’autore come patologia caratteriale degli individui. Anche Kernberg (1992), più recentemente, rifiuta la teoria dell’istinto, in favore di quella del fallimento dell’ambiente, l’aggressività non più vista come una risposta ad una situazione, ma un distorto insieme di propensioni verso una situazione; è sottolineata dall’autore l’importanza di efficaci relazioni oggettuali nell’impedire una grave emergenza della carica aggressiva.

Nell’ottica della Scuola Positiva italiana di inizio secolo, l’aggressività è vista come espressione di patologia, molto probabilmente di origine organica. Anche l’atto antisociale, spesso figlio di un comportamento aggressivo, era considerato alla stregua di un sintomo. Tale disposizione medica di pensiero portò il suo contributo alle scienze giuridiche, ponendo le basi al concetto di pericolosità sociale del paziente psichiatrico. Un concetto del pensiero della Scuola Positiva è il fatto che la pericolosità sociale debba sempre implicare un’anormalità psichica. È accomunato il criminale al paziente psichiatrico (BRUNO, 1990).

Una definizione del comportamento aggressivo, posta in forma descrittiva, è quella riportata da Kaplan et al (1996): “l’aggressività può essere definita come qualsiasi comportamento diretto al fine di nuocere o procurare lesioni a un’altra persona, la quale è motivata ad evitare tale trattamento”.

Il comportamento aggressivo nell’uomo è stato studiato con numerose metodiche. I test proiettivi, che sono dei reattivi che partono dal concetto che il soggetto che guarda e spiega delle figure o delle scene, le quali sono ambigue e non chiare, le spieghi utilizzando e completando tali figure con qualcosa che gli sia proprio, cioè “proiettando”, come il Rorschach e il Thematic Apperception Test (TAT), sono in grado di distinguere, all’interno di un gruppo, i soggetti con una forte aggressività e ciò sembra

PROLEGOMENI ALLA DIMENSIONE “AGGRESSIVITÀ E COMPORTAMENTO IMPULSIVO” NELLA PSICOPATOLOGIA DELL’ASSASSINO SERIALE

ampiamente dimostrato da numerosi studi sull’argomento (ABBATE, CAPRI, FERRACUTI, 1990). Anche il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), il quale è un questionario in cui sono poste numerose domande al soggetto, alcune che sono di chiarimento per alcune patologie, ed altre che sono per valutare la sincerità del soggetto stesso, è uno strumento assai utile nella valutazione del comportamento aggressivo; in particolare sono stati trovati alcuni “profili”, in quanto le risposte date si traducono in un grafico, caratteristici di soggetti con aggressività elevata. Tra i test neuropsicologici è stata molto usata la Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), la quale è un test che permette la valutazione del Quoziente Intellettivo del soggetto, nell’ipotesi che punteggi bassi al test potessero essere compatibili con il comportamento violento, tuttavia i risultati non sono univoci (KUNCE, RYAN, ECKELMAN, 1976; SHAWVER, JEW, 1978), inoltre la WAIS è stata utilizzata in aggiunta ad altre metodiche, per correlare il comportamento aggressivo a parametri biologici (WONG et al, 1994).

In rapporto alla biologia del comportamento aggressivo sono stati eseguiti studi in numero notevole, utilizzando le metodiche disponibili nel periodo degli studi. Sono stati effettuati numerosi studi sugli animali, mediante sezioni ed ablazioni cerebrali; fondamentalmente questo tipo di studi traevano origine dalla genesi dell’aggressività suggerita da Lorenz, come comportamento nato da un istinto alla lotta che gli umani condividono con gli altri organismi. Gli studi sugli animali hanno permesso il rilevamento dell’importanza del sistema limbico, che è una parte del cervello, situata nella zona profonda, che dovrebbe essere deputata alle emozioni e al comportamento istintivo, sul comportamento aggressivo: si è osservato che gli animali con lesioni dell’amigdala sono particolarmente docili, anche quando sottoposti a manovre che solitamente innescano una risposta aggressiva; di contro in altri studi si è visto che stimolazioni dell’amigdala suscitavano reazioni aggressive. In generale dallo studio della neurofisiologia dell’aggressività si è visto che sono coinvolte determinate aree cerebrali: dal sistema olfattivo e corteccia prepiriforme all’amigdala, dall’ipotalamo ai nuclei del rafe (BERSANI, LEGGERI, 1990).

Sempre per scovare una radice biologica del comportamento aggressivo, sono stati effettuati studi genetici, in particolare fu presa in considerazione la possibilità di un’origine genetica di questi, la sindrome xyy, che è la presenza di un ulteriore cromosoma sessuale maschile, il numero di y presenti in un corredo cromosomico normale è di uno, è stata ritenuta correlata al comportamento aggressivo; oggi si da molta meno importanza a questo corredo cromosomico, anche se alcuni studiosi correlano ancora tale

PROLEGOMENI ALLA DIMENSIONE “AGGRESSIVITÀ E COMPORTAMENTO IMPULSIVO” NELLA PSICOPATOLOGIA DELL’ASSASSINO SERIALE

assetto, in aggiunta all’escrezione urinaria di criptopirrolo, ad una maggiore aggressività, in particolare uno studio ha valutato tali parametri in un serial killer che aveva ucciso undici donne (KRAUS, 1995). Sicuramente la familiarità del comportamento aggressivo è fuori discussione (KAPLAN, SADOK, GREBB, 1996) data la notevole concordanza nei gemelli omozigoti, cioè i gemelli identici che hanno un identico patrimonio genetico, maggiore che nei gemelli dizigoti, i cosiddetti gemelli fratelli, che non hanno il corredo cromosomico completamente identico. Studi su gemelli suggeriscono, inoltre, l’ereditabilità della dimensione impulsivo-aggressiva della personalità (KETY, 1986).

Un fattore indagato nella biologia dell’aggressività è stato l’influenza degli ormoni sul comportamento violento. Gli ormoni che con maggiore frequenza sono stati proposti dalla ricerca scientifica quali modulatori del comportamento aggressivo sono gli ormoni sessuali e steroidei in generale. È stato visto che la somministrazione di alte dosi di testosterone, che è l’ormone sessuale maschile, a scimmie gravide tende a mascolinizzare i feti femmine, queste femmine tendono a manifestare una maggiore aggressività (COSTABILE, 1996). Negli uomini sono stati effettuati diversi studi sulla popolazione adulta, ponendo in correlazione i livelli di ormoni androgeni e aggressività, nella popolazione psichiatrica, nei volontari sani, nei criminali comuni, nei criminali sessuali; in generale emerge una correlazione positiva tra elevati livelli di testosterone e aggressività, prevalentemente di tipo verbale e in risposta alle provocazioni. La maggior presenza di aggressività con alti livelli di testosterone è alla base dei trattamenti di castrazione farmacologica con ciproterone acetato, utilizzato prevalentemente in soggetti che hanno commesso gravi crimini sessuali. Tale tipo di terapia è utilizzato frequentemente nei paesi del nord Europa, nei confronti dei pedofili, come alternativa alla pena detentiva. Recentemente, anche per il frequente abuso da parte di atleti, si è notata la correlazione tra abuso di steroidi e violenza, definita nel gergo dei consumatori “roid rage”: numerosi omicidi ed altri crimini violenti sono stati infatti descritti come compiuti da soggetti che abusavano di tali sostanze e che in un periodo precedente a tale abuso erano stati descritti come non violenti (KAPLAN, SADOK, GREBB, 1996).

Molti studi sono stati effettuati per indagare sulle possibili connessioni del comportamento aggressivo con variabili biochimiche, in particolare con il sistema serotoninergico, fin dagli anni ’50 (YEN, STANGLER, MILLMAN, 1959). Tali studi sono continuati sino ad oggi evidenziando l’importanza notevole della serotonina, che è un neurotrasmettitore cerebrale, ovvero una sostanza che trasporta un’informazione all’interno

PROLEGOMENI ALLA DIMENSIONE “AGGRESSIVITÀ E COMPORTAMENTO IMPULSIVO” NELLA PSICOPATOLOGIA DELL’ASSASSINO SERIALE

del nostro cervello, una sorta di messaggero quindi, e del suo squilibrio rispetto ad altri neurotrasmettitori cerebrali, nella modulazione dell’aggressività. L’aggressività sembra essere correlata con una disfunzione di questo neurotrasmettitore, e ciò in modo indipendente riguardo alla patologia psichiatrica considerata (COCCARO, SIEVER et al., 1989; COCCARO, KAVOUSSI, 1997). Anche in soggetti normali, la dimensione esperienziale e comportamentale dell’ostilità sembra variare con interventi che diminuiscono o potenziano il sistema neurotrasmettitoriale serotonergico (KNUTSON et al., 1998). Tutto questo potrebbe tradursi in possibilità terapeutiche, sia per i soggetti affetti da patologia psichiatrica in cui è presente un comportamento aggressivo, ma anche, se verranno eseguiti studi a riguardo, sui soggetti che compiono reati aggressivi e violenti come i serial killer. Ovviamente dopo tali richieste anche l’apparato giuridico e la legislazione dovrebbero modificare il loro approccio verso tali soggetti.

Bibliografia

ABBATE L., CAPRI P., FERRACUTI F., “La diagnosi psicologica in criminologia e psichiatria forense. I test psicologici”, in *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, a cura di Ferracuti F. Giuffré, Milano 1990

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Masson, Milano 1995

BERSANI G., LEGGERI G., “Sintomo psichiatrico e condotta antisociale”, in *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, a cura di Ferracuti F. Giuffré, Milano 1990

BRUNO F., “La pericolosità sociale psichiatrica”, in *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, a cura di Ferracuti F. Giuffré, Milano 1990

COCCARO E.F., SIEVER L.J. et al., “Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior”, *Arch. Gen. Psychiat.*, 46, 587-599, 1989

PROLEGOMENI ALLA DIMENSIONE “AGGRESSIVITÀ E COMPORTAMENTO IMPULSIVO” NELLA PSICOPATOLOGIA DELL’ASSASSINO SERIALE

-
- COCCARO E.F., KAVOUSSI R.J., “Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects”, *Arch. Gen. Psychiat.*, 54, 1081-1088, 1997
- COSTABILE A., *Agonismo e aggressività*, Franco Angeli, Milano 1996
- FREUD S., *L’Io e l’Es* (1923). Ed. it. Nuovi saggi di psicoanalisi, O.E.T., Roma 1946
- FROMM E., *Anatomia della distruttività umana* (1973), Ed. it. Mondadori, Milano 1975
- JASPERS K., *La mia filosofia.*, Einaudi, Torino 1981
- KERNBERG O.F., *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni* (1992). Ed. it. Raffaello Cortina, Milano 1993
- KAPLAN H.I., SADOK B.J., GREBB J.A., “Contributi delle scienze psicosociali allo studio del comportamento umano”, in *Psichiatria Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. Settima edizione. Ed. it. Centro Scientifico Internazionale, Torino 1996
- KETY S., “Genetic factors in suicidew”, in Roy A., *Suicide*. Williams & Williams, Baltimore 1986
- KNUTSON B., WOLKOWITZ O.M., COLE S.W., CHAN T., MOORE E.A., JOHNSON R.C., TERPSTRA J., TURNER R.A., REUS V.I., “Selective alteration of personality and social behavior by serotonergic intervention”, *Am. J. Psychiat.*, 155, 373-379, 1998
- KRAUS R.Y., “An enigmatic personality: case report of a serial killer”, *J. Orthomol. Med.*, 10, 1, 11-24, 1995
- KUNCE J.T., RYAN J.J., ECKELMAN C.C., “Violent behavior and differential WAIS characteristics”, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 44, 1, 42-45, 1976
- LAING R., in Basaglia F., *La maggioranza deviante*. Franco Angeli, Milano 1971
-

PROLEGOMENI ALLA DIMENSIONE “AGGRESSIVITÀ E COMPORTAMENTO IMPULSIVO” NELLA PSICOPATOLOGIA DELL’ASSASSINO SERIALE

LORENZ K., *L’aggressività*, Ed. it. Il Saggiatore, Milano 1976

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (1946), “Constitution of the World Health Organization”, in Sims A: *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*, seconda edizione, Raffaello Cortina, Milano 1997

PONTI G., FORNARI U., *Il fascino del male*, Raffaello Cortina, Milano 1995

SEDGWICK P. (1981), “Illness-Mental and otherwise”, in Sims A., *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*, Seconda edizione, Raffaello Cortina, Milano 1997

SEMI A., *Trattato di Psicanalisi*, Volume secondo, Raffaello Cortina, Milano 1993

SHAWVER L., JEW C., “Predicting violent behavior from WAIS characteristics: a replication failure”, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 46, 1, 206, 1978

TAYLOR F. K., “The concepts of disease”, *Psychol. Med.* 10, 419-424, 1990

WONG M. T.H., LUMSDEN J., FENTON G.W., FENWICH P.B.C., “Electroencephalography, computed tomography and violence ratings of male patients in a maximum-security mental hospital”, *Acta Psychiatr. Scand.*, 90, 97-101, 1994

YEN C.Y., STANGLER R.L., MILLMAN N., “Ataractic suppression of isolation-induced aggressive behavior”, *Arch. Int. Pharmacodyn.*, 123, 179-185, 1959
