

CON IL PATROCINIO DI



FONDAZIONE
FABRIZIO DE ANDRÉ
ONLUS



I seminari degli Amici della mente

**Capire e prevenire il disagio psicologico
attraverso le canzoni di Fabrizio De André**

LA PSICOSI

Dr. Gabriele Catania

LE PSICOSI PREMESSA (1)

È opportuno precisare per una corretta comprensione che non esiste lo “psicotico”, ma la persona che soffre di psicosi. Questa malattia, anche nelle sue forme più gravi, non annulla la storia della persona che ne soffre, né i suoi desideri o la sua unicità.

La scarsa conoscenza di questi disturbi e i falsi pregiudizi su di essi rendono significativamente più difficile, a chi ne è colpito e ai suoi familiari, nonché a coloro che se ne occupano professionalmente, la convivenza con questa condizione.

È per questa ragione che agli operatori del dipartimento di salute mentale (Infermieri, psicologi, medici, assistenti sociali) è richiesto, oltre alle competenze tecniche, di affinare quelle capacità empatiche che permettono di entrare in relazione utile e funzionale con i pazienti.

LE PSICOSI PREMESSA (2)

Per tali motivi in psichiatria la formazione degli operatori socio-sanitari, più che in ogni altro settore, deve seguire un percorso che permetta di sviluppare:

- ◉ Una corretta conoscenza della sofferenza psichica, delle patologie esistenti, delle terapie e dei risultati che si possono ottenere.
- ◉ Un'adeguata capacità di gestire al meglio le proprie risorse emotive sia rispetto a se stessi, sia nei confronti del paziente e dei suoi familiari.

LE PSICOSI

IL RUOLO DELL'INFERMIERE PSICHIATRICO

L'infermiere è colui che somministra le medicine al paziente ed è la persona alla quale il paziente esprime più facilmente i suoi dubbi e le sue perplessità. La relazione “farmacoterapica”, quella che si sviluppa tra chi somministra il farmaco e chi lo riceve, è a sua volta ricca di potenzialità evolutive e terapeutiche che opportunamente riconosciute e comprese possono facilitare lo sviluppo della relazione con il paziente. Come è stato sottolineato precedentemente per entrare in una relazione clinicamente efficace è necessario assumere, sempre, ma in particolare con questo tipo di pazienti, un approccio empatico basato sulla capacità di sospendere il giudizio per accettarlo in quanto persona sofferente e di orientare la relazione verso l'individuazione di una possibile soluzione del problema, quando si sta affrontando un problema, senza accuse o colpevolizzazioni.

LE PSICOSI

ASPETTI GENERALI

Cosa sono:

Sono delle patologie psichiatriche caratterizzate da allucinazioni, deliri e altri disturbi del pensiero e dalla compromissione delle capacità di esame della realtà. L'esperienza psicotica non è, come spesso si crede, tipica solo della schizofrenia ma può essere presente in altre patologie psichiatriche (come ad esempio il disturbo bipolare, la depressione maggiore, ecc.) o essere secondaria ad alcune patologie organiche. I sintomi della psicosi possono essere, inoltre indotti da sostanze quali farmaci, alcol, cannabis, cocaina, allucinogeni, oppiacei ecc.

LE PSICOSI TIPI DI DISTURBO

- ◉ La **SCHIZOFRENIA**
- ◉ **IL DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO**
- ◉ **IL DISTURBO DELIRANTE**
- ◉ **IL DISTURBO PSICOTICO NON ALTRIMENTI SPECIFICATO (NAS)**
- ◉ La **PSICOSI POST-PARTUM**

SCHIZOFRENIA

- Colpisce tra lo 0,5% e l'1% della popolazione senza differenze significative relativamente al sesso
- L'età di esordio è in genere compresa fra 15 e 25 anni per gli uomini e fra i 15 e 30 anni per le donne
- Il decorso è unico per ogni paziente, tiene conto della sua personalità e va ad inserirsi nella sua storia personale; ogni trattamento (farmacologico, psicoterapeutico e riabilitativo) deve essere, pertanto, personalizzato
- I possibili esiti sono così distribuiti: il 25% raggiunge la completa remissione dei sintomi, il 48% un miglioramento complessivo ma con una riduzione del funzionamento rispetto al passato, il 27% rimane soggetto ad un deterioramento progressivo

SCHIZOFRENIA

CRITERI DIAGNOSTICI (DSM IV TR)

Il principio fondamentale per la diagnosi di schizofrenia prevede la presenza per almeno **sei mesi**, di due o più dei seguenti sintomi:

- ◉ Deliri
- ◉ Allucinazioni
- ◉ Eloquio disorganizzato (disturbi della forma del pensiero)
- ◉ Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
- ◉ Sintomi negativi

IL DELIRIO

Il delirio è un disturbo del contenuto del pensiero e consiste in false convinzioni. Si tratta di un errore di giudizio nei confronti della realtà; la persona ha la certezza assoluta di ciò che per lei è “vera realtà” e non vi è alcun modo di convincerla del contrario (immodificabilità del delirio anche di fronte all'evidenza).

Il delirio può essere: **di grandezza** (credere di avere capacità speciali o essere un personaggio famoso); **di persecuzione** (credere di essere perseguitato dalla CIA o cose simili); **di gelosia** (credere che il coniuge lo/a tradisca); **di riferimento** (credere che affermazioni o eventi insignificanti siano riferiti a sé); **di influenzamento** (credere le proprie azioni siano influenzate da forze esterne); **di somatizzazione** (credere che il proprio corpo sia deforme o puzzi); **mistico** (credere ad esempio di dover svolgere una missione per conto di Dio); **nichilistico** (credere di essere morto, di non esistere o che il mondo non esista)

LE ALLUCINAZIONI

Sono false percezioni che si manifestano in assenza di uno stimolo esterno.

Le allucinazioni più comuni nella schizofrenia sono quelle uditive, che si manifestano in genere sottoforma di “voci” che il paziente sente nella testa o che riferisce arrivano dall'esterno.

L'allucinazione può essere anche visiva e far percepire a chi ne soffre immagini che non esistono nella realtà.

I DISTURBI DELLA FORMA DEL PENSIERO

L'eloquio disorganizzato (disturbo della forma del pensiero) è caratterizzato da un allentamento dei nessi associativi: il soggetto non riesce a legare in modo logico le parole e le idee fino a diventare completamente incomprensibile (incoerenza o insalata di parole). Può perdere il filo del discorso e passare da un argomento ad un altro senza una logica (deragliamento), può rispondere alle domande in modo improprio o comunque in maniera non correlata a ciò che gli si è chiesto (tangezialità).

I SINTOMI NEGATIVI

Per sintomi negativi (così definiti per differenziarli da quelli positivi come i deliri e le allucinazioni) s'intende un deficit delle funzioni mentali normali, ad esempio:

- ◉ Appiattimento affettivo o ottundimento affettivo
- ◉ Alogia (povertà di linguaggio)
- ◉ Abulia (incapacità di avviare o di mantenere attività anche desiderate e quindi perdita della progettualità)
- ◉ Anedonia (incapacità di provare interesse o piacere)
- ◉ Asocialità (incapacità a stabilire relazioni sociali che può portare al totale ritiro sociale)
- ◉ Mancanza di capacità introspettiva (difficoltà a riconoscere il suo stato di malattia)

SCHIZOFRENIA

I SOTTOTIPI (DSM IV TR) (1)

- ◉ **PARANOIDE:** caratterizzata dalla presenza di deliri (principalmente di persecuzione, di grandiosità e di gelosia) che possono essere molteplici e essere organizzati su un tema centrale (idee di riferimento secondo le quali si è oggetto di attenzioni negative da parte di altri) e di allucinazioni uditive che confermano queste idee. Può essere associato a rabbia apparentemente immotivata, ad ansia o violenza.
- ◉ **DISORGANIZZATO:** è caratterizzato soprattutto dalla presenza di eloquio e comportamento disorganizzati, affettività appiattita o inadeguata. È tipico il comportamento sciocco e infantile associato ad una grave compromissione del funzionamento individuale e sociale.
- ◉ **CATATONICO:** è caratterizzato da grave rallentamento fino all'arresto motorio (il paziente può trascorrere ore in una determinata posizione anche scomoda o rimanere immobile a letto) o da un'eccessiva attività motoria(influenzata da stimoli esterni). Altre manifestazioni catatoniche sono : un estremo negativismo(resistenza immotivata a qualsiasi richiesta), mutacismo, ecolalia (ripetizione di una parola o di una frase appena pronunciata da un'altra persona), ecoprassia (la tendenza incontrollabile ad imitare spontaneamente i movimenti osservati).

SCHIZOFRENIA

I SOTTOTIPI (DSM IV TR) (2)

- ◉ **INDIFFERENZIATO:** sono presenti i sintomi della schizofrenia, descritti dal criterio A del DSM-IV, ma non soddisfano i criteri per il tipo paranoide, disorganizzato o catatonico.
- ◉ **RESIDUO:** è un quadro clinico caratterizzato dall'assenza di rilevanti deliri, allucinazioni e altri sintomi psicotici. Sono invece presenti i sintomi negativi o almeno due sintomi positivi attenuati quali convinzioni stravaganti, esperienze percettive inusuali, comportamento eccentrico, eloquio lievemente disorganizzato.

IL DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO

Consiste nella sovrapposizione di un disturbo dell'umore (depressivo maggiore, maniacale o misto) alla patologia schizofrenica. Quando a sintomi della schizofrenia si accompagna una rilevante diminuzione dell'interesse o del piacere nei confronti delle cose, dell'ambiente e dei contatti sociali, può aumentare il rischio di suicidio. Questa condizione richiede un'attenta osservazione del paziente ed una capacità alla vicinanza e all'ascolto con contatti frequenti.



IL DISTURBO DELIRANTE

È caratterizzato dalla presenza di uno o più deliri non bizzarri che persistono per almeno un mese. Generalmente il delirio riguarda situazioni che ricorrono nella vita reale e non compromette necessariamente il funzionamento sociale della persona. Il contenuto del delirio può essere vario, più frequentemente è di persecuzione(il paziente può ritenere di essere vittima di un complotto da parte di altre persone), di gelosia (si convince che il coniuge sia infedele), di grandezza (ad esempio si convince di essere il consigliere del Presidente della Repubblica), somatico (si convince di emanare un cattivo odore dalla pelle o dall'ano) o erotomanico (si convince che una persona, in genere appartenente ad uno status molto più elevato rispetto al suo, si sia innamorata di lui o di lei e questa persona diventa oggetto delle sue insistenti attenzioni infastidendola gravemente e rischiando conseguenze giudiziarie).

IL DISTURBO PSICOTICO NON ALTRIMENTI SPECIFICATO

Comprende quadri psicopatologici caratterizzati da sintomi psicotici per i quali non è possibile fare una diagnosi precisa sia per la mancanza di informazioni, sia per la presenza di quadri clinici non ben definiti. Può trattarsi di casi clinici atipici, di situazioni limite o di quadri clinici troppo complessi in cui interagiscono più fattori(esempio una quadro psicotico nel quali non si riesce a definire se sia primario o dovuto ad una patologia organica o all'uso/abuso di sostanze)

LA PSICOSI POST-PARTUM

Questa patologia che viene fatta rientrare (secondo il DSM-IV) tra i disturbi psicotici non altrimenti specificati, è una sindrome caratterizzata da depressione (la maggior parte degli studi indica una stretta relazione tra questa psicosi e i disturbi dell'umore), delirio e timore da parte della madre di fare del male al bambino o a se stessa. Queste idee di suicidio o di infanticidio meritano particolare attenzione da parte degli operatori sanitari poiché i dati indicano che il 5% delle pazienti commette suicidio e il 4% infanticidio. Questa diagnosi può essere fatta se il quadro clinico si presenta entro quattro settimane dal parto. La paziente comincia ad essere insonne, affaticabile irrequieta, ad avere frequenti crisi di pianto e sintomi psicotici come deliri (la paziente può credere che il bambino sia morto, può affermare di non essere sposata ecc.). In oltre il 25% dei casi si hanno allucinazioni, confusione mentale, sospettosità, agitazione psicomotoria. Questa patologia deve essere considerata una vera emergenza psichiatrica e quindi gestita con la necessaria attenzione.

LE PSICOSI

LE CAUSE - IL MODELLO DELLA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE DI C. PERRIS (1)

Attualmente si ritiene che all'origine della vulnerabilità psicobiologica alle psicosi vi sia una concomitanza di fattori diversi: biologici, psicologici e socioambientali che induce nella persona una particolare sensibilità a livelli di stress normalmente tollerati dal resto della popolazione (Il modello Bio-Psico-Sociale). Esistono però diversi modi di intendere le relazioni tra questi fattori. Ci sono approcci che sostengono l'idea che tali relazioni siano casuali e lineari e altri (come quello sostenuto dal Carlo Perris e dalla sua scuola) che invece propongono un approccio maggiormente olistico per la comprensione dell'eziologia dei disturbi mentali. In quest'ultimo tipo di spiegazione si sostiene che la vulnerabilità individuale sia il risultato delle continue interazioni dialettiche tra un dato contesto socio-affettivo, che influenza la predisposizione di un soggetto a sviluppare il disordine psicopatologico, e il soggetto vulnerabile, che interagisce attivamente con l'ambiente che lo circonda.

LE PSICOSI

LE CAUSE - IL MODELLO DELLA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE DI C. PERRIS (2)

In sintesi secondo il modello di Perris:

“Esistono degli scambi continui reciproci tra l’individuo e i fattori bio-psico-sociali, e sono tali scambi che influenzano lo sviluppo normale o deviante che sia. Ciò che da ultimo è ritenuto responsabile dell’insorgenza della patologia è il risultato di tali interazioni e non del singolo fattore. In particolare né i fattori genetici, né le influenze sociali particolari, né i processi intrapsichici che si manifestano molto precocemente sono di per sé considerati come fattori necessari e sufficienti al verificarsi di manifestazioni psicopatologiche successive. In accordo con i concetti di base della genetica comportamentale, le influenze genetiche vanno interpretate in termini di *probabile propensione*, piuttosto che come *determinazione genetica*”.

LE PSICOSI

LE CAUSE - IL MODELLO DELLA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE DI C. PERRIS (3)

Il modello della vulnerabilità allo stress proposto da Carlo Perris si differenzia dagli altri (es. quello più conosciuto di Zubin e Spring) per alcuni interessanti aspetti.

- Non considera le relazioni tra i fattori di vulnerabilità in termini lineari ma olistici (un processo di relazioni complesso nel quale tutti gli elementi si influenzano reciprocamente)
- Non considera invariabile nel tempo la vulnerabilità: “ a causa delle continue interazioni dialettiche tra fattori biologici, psicologici e sociali, la vulnerabilità cambia continuamente nel corso della vita della persona. Questo aspetto rappresenta un prerequisito fondamentale nel definire gli obiettivi degli interventi terapeutici. Infatti se la vulnerabilità si considera imm modificabile non avrebbe senso alcun intervento psicoterapeutico”.

LE PSICOSI

LE CAUSE - IL MODELLO DELLA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE DI C. PERRIS (4)

- ◉ Attribuisce la giusta importanza al contesto culturale, sia come elemento determinante per lo sviluppo della vulnerabilità (ne è un esempio il concetto di cultura narcisistica descritto da Lasch nel 1979), sia per l'impatto che gli aspetti culturali hanno non solo sul tipo di terapia che viene scelta, ma anche sullo sviluppo e sul mantenimento della relazione quando il paziente è trattato in psicoterapia.
- ◉ Attribuisce un ruolo attivo ai soggetti nel poter determinare la propria vulnerabilità. Esso infatti presuppone un'interazione attiva tra il soggetto vulnerabile e l'ambiente socio-affettivo che lo circonda. In questo senso si riconosce alla persona una partecipazione attiva nel creare e dare significato alla propria esperienza di vita. Gli eventi della vita non vengono considerati in sé ma in termini di interazione con il soggetto che li sperimenta.

LE PSICOSI

LE CAUSE - IL MODELLO DELLA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE DI C. PERRIS (5)

- Pone l'attenzione sull'ambiente come elemento di estrema importanza nel fornire alle persone gli strumenti funzionali per affrontare le situazioni stressanti. In questo senso si trova in accordo con il modello della vulnerabilità di Ciompi (1988) che non solo minimizza il ruolo della vulnerabilità genetica specifica della schizofrenia, ma prende anche in considerazione l'interiorizzazione di importanti *schemi logico-affettivi* di riferimento che raggiungono un equilibrio e una strutturazione durante il corso dello sviluppo di un soggetto sulla base dell'esperienza, attraverso un processo circolare di assimilazione e accomodamento della realtà esterna. Un altro elemento di riferimento a cui viene data rilevanza è costituito dal lavoro di Day (1985) che enfatizza l'impatto di *fattori ambientali tossici* (come ad esempio un ambiente che pone delle richieste elevate), in contrapposizione ai singoli eventi esistenziali critici.

LE PSICOSI

LE CAUSE - IL MODELLO DELLA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE DI C. PERRIS (6)

I RIFERIMENTI A SOSTEGNO DEL MODELLO DI PERRIS

- La psicologia dello sviluppo dà come assodato il concetto che l'individuo entri nel mondo equipaggiato di un insieme rudimentale di strutture determinate geneticamente e di vie neuronali innate, con i relativi programmi di elaborazione delle informazioni. Ma è chiaro che fintanto che l'attività neuronale viene modulata dai segnali sensoriali, fattori ambientali diversi possono influenzare lo sviluppo della matrice neuronale. Secondo Singer (1986) l'*autoriorganizzazione* del cervello dipendente dall'esperienza deve essere considerata un dialogo attivo tra il cervello e il suo ambiente. In questo senso sono particolarmente rilevanti le interazioni tra il bambino e chi si prende cura di lui, in particolare quelle che riguardano il *processo di attaccamento*, descritto da J. Bowlby (1980).

LE PSICOSI

LE CAUSE - IL MODELLO DELLA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE DI C. PERRIS (7)

I RIFERIMENTI A SOSTEGNO DEL MODELLO DI PERRIS

- Secondo Bowlby perché si sviluppi un attaccamento sicuro, la figura di attaccamento deve essere accessibile e disponibile a rispondere in modo appropriato ai bisogni di rassicurazione del bambino. È attraverso lo stile di attaccamento che caratterizza le fasi della crescita di un individuo che egli costruisce i suoi *modelli operativi interni* attraverso i quali costruirà la sua concezione di sé, degli altri e del mondo. In questo processo le emozioni svolgono un ruolo fondamentale perché secondo Bowlby, fanno associare a certi tipi di situazioni certi tipi di risposta. Le emozioni funzionano come un sistema di conoscenza primitivo, rapido ed efficace, mentre le cognizioni permetteranno dopo di mediare la relazione tra la percezione, l'emozione e il comportamento.

LE PSICOSI

IL PROBLEMA DELL'INFORMAZIONE E DELLO STIGMA

INFORMARE

Informare sulla malattia, la sua natura e le sue manifestazioni, è un dovere etico per coloro che operano nel campo della salute mentale ed essere informato è un diritto di chi si trova a condividere i pesanti riflessi di questa patologia. Una corretta e diffusa informazione è necessaria per comprendere le risposte emotive dei pazienti e anche quelle di chi è impegnato nella sua cura nella consapevolezza che la condivisione di un problema è il miglior strumento per affrontarlo adeguatamente e per non soccombere di fronte al timore della propria inadeguatezza a saperlo affrontare.



LE PSICOSI

IL PROBLEMA DELL'INFORMAZIONE E DELLO STIGMA

LO STIGMA

I disturbi mentali in genere e la schizofrenia in particolare provocano una sofferenza importante sia nei pazienti che nelle loro famiglie e tale sofferenza è spesso amplificata dal rifiuto, dall'emarginazione e a volte dalla discriminazione che ancora oggi la società mette in atto nei confronti di queste persone. Spesso questa situazione porta chi soffre di queste patologie ad essere risucchiate in un circolo vizioso che li può portare all'isolamento sociale, all'inabilità lavorativa, all'abuso di alcol o di sostanze stupefacenti, al vagabondaggio o all'eccessiva istituzionalizzazione. Ciò riduce fortemente le possibilità che le cure possano risultare realmente efficaci e quindi ostacola il processo guarigione.

LE PSICOSI

IL PROBLEMA DELL'INFORMAZIONE E DELLO STIGMA

IL PREGIUDIZIO

Una serie di pregiudizi sono frutto della disinformazione, tra questi, uno dei più ostacolanti è quello che considera chi soffre di schizofrenia più pericoloso e potenzialmente violento delle persone considerate sane. Numerose indagini su questo problema ha ampiamente dimostrato l'infondatezza di queste convinzioni. È ormai chiaro che i malati mentali non sono assolutamente più pericolosi della popolazione cosiddetta normale.

Altri frequenti pregiudizi sono:

- Hanno una malattia incurabile
- Possono contagiare gli altri
- Hanno debolezza di volontà e di carattere
- Sono pigri e inaffidabili

È così che

IL PREGIUDIZIO NEGA LA PAROLA A CHI SOFFRE DI DISTURBI MENTALI

LE PSICOSI

LA COMPrensIONE EMPATICA DEL CASO CLINICO (1)

Ecco alcuni stralci significativi della storia di un paziente affetto da un disturbo psicotico tratti dal libro “La terapia De Andrè. Come comprendere il disagio psicologico attraverso le parole del grande cantautore” (Gabriele Catania, Sperling & Kupfer 2013). Si tratta di un paziente che mal sopportava la condizione di ricovero e riusciva a scappare spesso dal reparto ospedaliero: lo chiamavano **il matto “fuori”**.

<<Era stato ricoverato per la prima volta in reparto psichiatrico a ventisette anni perché, a seguito di una delusione amorosa, si era barricato nella sua stanza con le tapparelle chiuse rifiutando qualsiasi contatto con il mondo esterno ... Restò in quella situazione di completo isolamento per una ventina di giorni, finché il padre, vincendo le resistenze della moglie che minimizzava ciò che stava accadendo, decise di rivolgersi al medico>>.

LE PSICOSI

LA COMPrensIONE EMPATICA DEL CASO CLINICO (2)

<<Mario mi raccontò di sentirsi spesso escluso dalla gente, incompreso e certe volte discriminato. Non accettava quella situazione perché si considerava un buono, una persona per bene, un uomo sai sani principi: “non capisco perché gli altri facciano così tanta fatica a capire come sono fatto veramente. A volte mi sembra che mi guardino come se fossi un diverso, uno nato con qualche difetto, come se fossi uno sbaglio del Signore, così mi chiudo in me stesso e non se ne parla più”>>.

<< Essere capito era il suo assillo. Dopo un certo numero di sedute gli chiesi quale fosse secondo lui il problema che avremmo dovuto affrontare per primo. Mi rispose come se la domande lo stupisse: “.. il mio problema è sempre lo stesso: non riuscire a farmi accettare per quello che sono. Io vorrei che lei mi aiutasse a comunicare agli altri tutto il mondo che ho nel cuore>>.

LE PSICOSI

LA COMPRENSIONE EMPATICA DEL CASO CLINICO (3)

<< Dovetti faticare parecchio per mantenere la concentrazione su quanto Mario mi disse in quella seduta, perché la sua ultima frase aveva spostato la mia attenzione sul ricordo di una canzone di De André: “Un matto”. Ascoltavo il paziente e nello stesso tempo mi sembrava di udire la prima strofa: “Tu prova ad avere un mondo nel cuore e non riesci ad esprimerlo con le parole”>>.

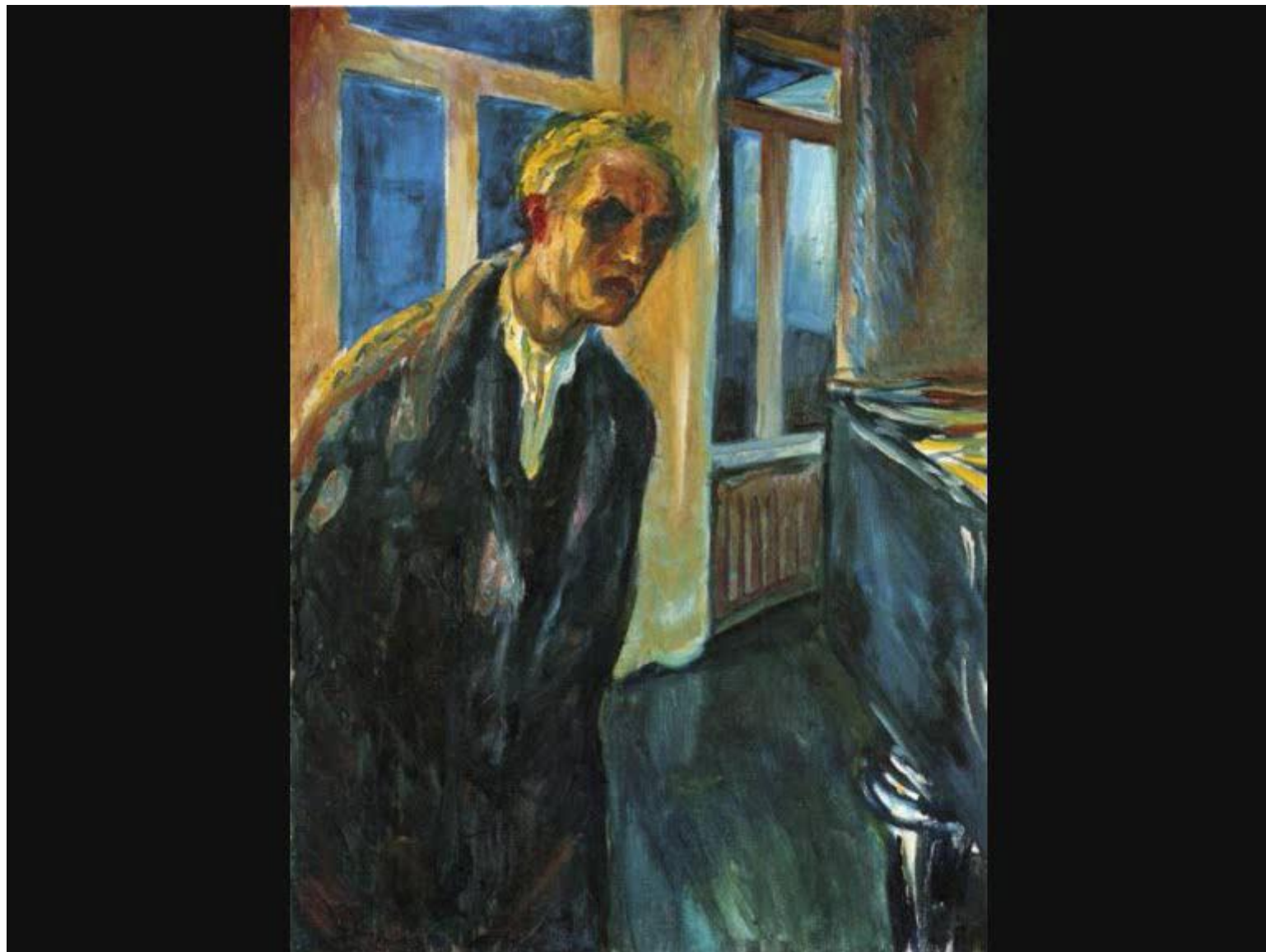
<<L’assunto che la malattia mentale è di fatto una restrizione della libertà individuale e che come tale va riconosciuta, ci permette di cogliere un interessante collegamento tra la storia di Mario e quella raccontata da De André. Entrambe le vicende descrivono chiaramente come la negazione di una libertà individuale, nel caso specifico quella della parola per comunicare ciò che si prova, possa generare o comunque mantenere una patologia psichiatrica>>.

LE PSICOSI

LA COMPrensIONE EMPATICA DEL CASO CLINICO (4)

*<<La difficoltà dei genitori a comprendere la pena dei loro figli impedisce loro di esprimersi in libertà perché sanno che rischiano di non essere capiti. Un vero controsenso: **la parola negata porta a negare la parola.** Ricordo quello che mi disse a questo proposito la madre di una paziente affetta da schizofrenia: “ho capito solo adesso, adesso che ho gli strumenti per capire, che quello che mi diceva mia figlia non era ciò che avrebbe voluto dirmi. Io cercavo di capire con le mie parole e le impedivo di parlare con le sue. Ora finalmente quella voce mi parla e io ho imparato un linguaggio nuovo:il suo”>>.*

ASCOLTIAMO QUESTA CANZONE



LA TESTIMONIANZA DI UNA PAZIENTE CHE HA SOFFERTO DI PSICOSI

IL CASO DI G.





UN LIBRO PER UN PROGETTO DI PREVENZIONE SECONDARIA DEL DISAGIO PSICOLOGICO

