

CARLA CREMONESE\*

## Integrazioni o divergenze?

*"La vita è troppo scivolosa per premesse e conclusioni".*

Mark Rowlands

In questo scritto cercheremo di descrivere l'inizio di una nuova modalità di lavoro in un Centro di salute mentale, dove le conoscenze e le tecniche psicoanalitiche hanno favorito la costruzione e l'integrazione sia dei gruppi di lavoro che del lavoro stesso. Il lavoro prevedeva la rapida presa in carico dei pazienti minori di trent'anni con sintomatologia compatibile con esordio psicotico e dei loro genitori, secondo il modello dell'*Early Intervention*<sup>1</sup> (Birchwood, Spencer, 2001; Cocchi, Meneghelli, 2004; McGorry, Killackey, Yung, 2008).

Nel Centro di salute mentale (d'ora in poi CSM), che consideriamo comprende un territorio di circa 100.000 abitanti, nel 2014 vi erano circa 1.600 cartelle aperte e sono state ricevute richieste per circa 400 prime visite. Il gruppo di lavoro è composto da quattro psichiatri, tre assistenti sociali, otto infermieri, tirocinanti sia medici che psicologi.

Attualmente sono assai pochi i servizi di salute mentale che riescono ad attuare, al loro interno, programmi per patologie specifiche, in particolare per i giovani all'esordio psicotico. Per questa mancanza di specificità, gli psichiatri italiani all'estero vengono chiamati, con un po'

---

\* Psichiatra, psicoterapeuta, responsabile CSM3-DSM Padova, docente a contratto presso l'Università degli Studi di Padova.

1. *Early Intervention*: consiste nell'offrire il più precocemente possibile una combinazione di interventi – farmacologico, psicoterapeutico e di supporto sociale – a pazienti all'esordio psicotico o ad alto rischio di psicosi e ai loro familiari (criteri dell'alto rischio secondo l'*Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis*: sintomi positivi sotto soglia, storia di sintomi brevi e transitori, forte vulnerabilità genetica, associata ad un peggioramento del funzionamento globale negli ultimi 12 mesi).

di sufficienza, ‘generalisti’, con la speranza di diventare progressivamente ‘generalisti competenti’.

I dati epidemiologici, le linee guida e la letteratura internazionale ponevano da tempo la necessità di prestare particolare attenzione ai giovani. Studi internazionali riferiscono che circa il 75% della patologia mentale insorge prima dei 24 anni (Kessler 2007, in Cocchi, Meneghelli, 2012); il deterioramento cognitivo e psicosociale si instaura nei primi cinque anni di malattia; e i disturbi mentali rappresentano il 50% del costo di malattia per i giovani dai 10 ai 24 anni (Cocchi, Meneghelli, 2012). Nel territorio italiano dovremmo aspettarci circa 18 nuovi casi all’anno ogni 100.000 abitanti, un po’ meno che all’estero, e di questi circa il 75% si rivolge ai servizi (Lasalvia, Tansella, 2012).

Il CSM considerato aveva partecipato al braccio sperimentale del progetto GET UP (Ruggeri *et al.*, 2015), sull’esordio psicotico, studio che si era dato come scopo, da un lato, lo studio approfondito sulle caratteristiche della popolazione con quel disturbo, attraverso test, genetica e neuroimaging e, dall’altro, la verifica dei risultati dopo un intervento psicoterapeutico tipo cognitivo-comportamentale sul paziente e, separatamente, sui suoi familiari. L’intervento psicoterapeutico si ispirava al modello anglosassone dell’*Early Intervention*, che aveva già raccolto importanti evidenze scientifiche a livello internazionale (Birchwood, Spencer, 2001; Cocchi, Meneghelli, 2004; McGorry, Killackey, Yung, 2008) ed era già applicato a Milano da Programma 2000 dal 1999 (Cocchi, Meneghelli, 2012).

Pur avendone apprezzato l’efficacia, risultava tuttavia difficile, date le scarse risorse di personale e di formazione specifica nel CSM considerato, pensare ad una possibile riproducibilità istituzionale. La sfida era quindi costruire un modello semplificato ma sufficientemente funzionante, compatibile con le caratteristiche del servizio.

Si è partiti così con una formazione teorica sull’esordio psicotico rivolta a tutto il personale del CSM, infermieri in particolare, ponendo una particolare attenzione all’intervento con i familiari del paziente, soprattutto genitori, seguendo il modello del *Family Treatment*<sup>2</sup>. Gli incontri erano dedicati alla coppia genitoriale e non comprendevano incontri di gruppo, mentre era possibile allargarli al paziente, qualora venisse richiesto o se ne vedesse l’utilità.

---

2. *Family Treatment*: serie di interventi sistematici e strutturati, *evidence based*, che possono variare nelle loro modalità operative, ma che hanno in comune alcune caratteristiche fondamentali: psicoeducazione continua sul disturbo, sulle modalità di trattamento e sulla prevenzione delle ricadute; la comunicazione interpersonale, in particolare tra paziente e familiari; le abilità di Problem Solving; la partecipazione attiva dei familiari ai progetti terapeutici per il paziente.

Il programma clinico prevedeva una rapida presa in carico sia del paziente che dei familiari. Al paziente venivano garantiti dei colloqui individuali, almeno settimanali, se possibile con orientamento cognitivo-comportamentale, al fine di ridurre le distorsioni cognitive, e una terapia farmacologica, quasi sempre necessaria (NL di seconda generazione e/o antidepressivi al dosaggio minimo efficace). Contemporaneamente, e questa era la novità più importante, si strutturava un percorso per i genitori del paziente, sul modello del *Family Treatment*, composto da un minimo di otto incontri concordati e programmati entro i primi quattro o cinque mesi, condotti da uno psichiatra e da un infermiere professionale, sempre gli stessi. Gli otto incontri, di almeno un'ora ciascuno, erano strutturati in un percorso composto di tre fasi. La prima, di aggancio e psicoeducazione generale, nella quale raccogliere la storia del paziente, individuare obiettivi concreti e condivisibili e sottolineando il ruolo attivo dei familiari nel percorso terapeutico. Sempre in questa prima fase si effettuava una psicoeducazione generale sul disturbo e sulle possibilità di trattamento, aiutando a far emergere le convinzioni su quanto successo e riformulando le spiegazioni dei familiari in termini psicoeducativi generali. Si introduceva il modello Vulnerabilità-Stress<sup>3</sup> (Garety *et al.*, 2008) e si fornivano le prime informazioni generali sulle possibilità di trattamento (farmacologico, psicoterapeutico e di supporto sociale). In questa fase non era necessario utilizzare termini diagnostici specifici, rimandando spiegazioni più tecniche e articolate alle fasi successive dell'intervento, ma era importante assicurarsi che i familiari avessero ben chiare le informazioni fornite, ponendo in caso domande e ripetendo anche più volte i concetti importanti.

Nella seconda fase, di psicoeducazione specifica e di definizione di obiettivi a breve termine, composta di 4-6 incontri, si analizzavano i cambiamenti all'interno della famiglia seguiti all'esordio psicotico (copolvelizzazioni, stigma, paure irrazionali, isolamento sociale) e si cercavano di affrontare specifici problemi della quotidianità attraverso il metodo del Problem Solving e proponendo strategie di comunicazione più efficace. Venivano poi forniti elementi di psicoeducazione specifica, come fornire informazioni sulla sintomatologia, sui farmaci e sul loro ruolo nel processo di guarigione; sulle aspettative e sui tempi di ripresa e di recupero. Compito importante era mantenere alta la motivazione sottolineando il ruolo attivo dei familiari nel processo di trattamento.

3. Secondo il modello Vulnerabilità-Stress le psicosi hanno caratteristiche multifattoriali. Su una predisposizione individuale agiscono variabili ambientali che, se sfavorevoli, possono portare alla sintomatologia psicotica. I soggetti vulnerabili presenterebbero una bassa soglia di sensibilità allo stress (Fowler, Garety, Kuipers, 1997; Garety *et al.*, 2001).

Alla terza e ultima fase era delegata la verifica delle abilità acquisite e dell'applicazione delle soluzioni concordate con la tecnica del Problem Solving, sottolineando gli eventuali miglioramenti, anche minimi, per mantenere alta la motivazione e il senso di auto-efficacia. In questa fase si cercava di inserire un percorso di psicoeducazione specifica avanzata sui fattori di rischio e sulla prevenzione delle ricadute, condiviso con paziente e genitori.

Nel corso dell'anno considerato si era potuto usufruire di spazi di supervisione e discussione dei casi, seguendo le modalità descritte sopra, durante i quali gli operatori potevano mettere a fuoco eventuali criticità e rimodulare l'intervento. Il progetto si proponeva, all'interno di uno spazio di ascolto e condivisione, di offrire una maggior completezza di informazioni sull'esordio psicotico e sulla psicosi, e soprattutto di fornire una maggiore percezione di auto-efficacia nei familiari e di migliorare il clima emotivo familiare utilizzando un linguaggio chiaro e comprensibile. Questi cambiamenti avrebbero dovuto riflettersi in una riduzione delle tensioni e dello stress familiare, facilitando il miglioramento globale del paziente e la sua adesione alle cure.

Dall'inizio del 2014 al settembre 2015 abbiamo 'arruolato' 22 pazienti, che rispondevano ai criteri per un intervento precoce, arrivati al servizio in condizioni di seria gravità, con un'età compresa tra i 17 e i 30 anni, e più della metà, esattamente 13, non superavano i 22 anni.

In questo anno e mezzo circa, i genitori ai quali è stato proposto il trattamento hanno partecipato a quasi tutti gli incontri e quasi sempre in coppia, dieci coppie hanno già completato il percorso, nove sono in corso e tre hanno appena iniziato. Dei 22 pazienti considerati, 10 avevano avuto uno o più ricoveri prima di iniziare il percorso integrato di *Early Intervention*, e solo 2 hanno avuto un ricovero successivo, comunque concordato e condiviso.

Questi pazienti, pur stando molto meglio, non sono di sicuro guariti in un così breve lasso di tempo, ma Manuel, 21 anni, chiuso in casa da quasi due anni dopo aver interrotto la scuola, le cui uniche immagini che riportava erano di se stesso morto o morente, ha iniziato a lavorare, frequenta un gruppo, si interessa a una ragazza. Erica, 18 anni, da una posizione di grave ritiro schizoide con vissuti interpretativo-persecutori, ha ripreso a frequentare la scuola, che aveva abbandonato l'anno prima, ed è stata promossa. Alberto, 19 anni, ricoverato per un grave episodio di agitazione con ideazione mistico-persecutoria, è riuscito a superare la maturità e ad andare in vacanza con gli amici. Un ragazzo è entrato in comunità terapeutica, su sua richiesta, e un'altro è stato nuovamente ricoverato, ma su base volontaria. Abbiamo seguito loro e i loro genitori, che, dal disorientamento iniziale, sono passati ad una collaborazione attiva, partecipando quasi sempre entrambi agli otto incontri programmati.

Non possiamo fermarci qui, continueremo a seguirli, ma in una atmosfera di speranza e collaborazione, e i giovani pazienti, pur assumendo ancora terapia farmacologica, senza o quasi effetti collaterali visibili, hanno ripreso a sorridere e, qualcuno, anche a sognare.

Questo programma è stato portato avanti con ostinazione e fatica, ma anche con soddisfazione. Con l'idea di aver compiuto una piccola impresa, un piccolo ma importante cambiamento nella, spesso, rigida ripetitività del lavoro istituzionale. La terapia per gli esordi è una lotta di alleanza contro il tempo, per eliminare inutili attese ed evitare, o ridurre, la progressione verso una cronicità invalidante. Come scrive William Carpenter (2013): "L'outcome ancora sfavorevole della schizofrenia è causato dall'identificazione tardiva e dal ritardo nell'inizio del trattamento rispetto all'andamento della patologia, quando una sostanziale quantità di danni sono già accaduti. Dei prodromi abbastanza caratteristici, caratterizzati da sintomi psicotici attenuati, precedono l'onset della psicosi franca".

Ma in quale modo abbiamo coniugato l'*Early Intervention*, con le sue teorie e tecniche cognitivo-comportamentali, con la psicoanalisi?

Questa seconda parte del lavoro cercherà di affrontare appunto il ruolo che la psicoanalisi e le sue teorie hanno avuto sia nell'organizzazione del gruppo di lavoro, che nell'aiutare a pensare le complesse relazioni e interazioni familiari.

Inizialmente, la proposta di cambiamento nell'organizzazione del lavoro non era stata accolta con grande entusiasmo nel servizio. Bisognava riconsiderare la turnistica degli infermieri per permettere ad ognuno di loro di essere presente al *Family Treatment* in cui era direttamente coinvolto. Impossibile chiedere autorizzazioni per orari straordinari o per rientri specifici. Tutto doveva rientrare all'interno della 'normale' attività del servizio. Il timore degli operatori era quello di aggiungere lavoro al lavoro, di venire, anche emotivamente, sovraccaricati e di non riuscire a gestire le necessarie modificazioni dei turni. Bisognava capire se l'ostacolo era superabile e, in caso, come.

Davide Lopez (Lopez, Zorzi Meneguzzo, 2012), scrive che il sogno "acquisisce la forma di realtà virtuale che realizza i desideri del sognatore come vuole Freud, ma anche accentua o trasfigura le angosce e cerca soluzioni adeguate per le problematiche esistenziali". Quindi, se il sogno avrebbe potuto presentarsi come possibile mediatore, la possibilità era quella di cercare in modo per 'sognare insieme', per provare a immaginare insieme un possibile cambiamento nel servizio, prima ancora di metterlo in atto. Le nostre conoscenze partivano della '*clinica dell'organizzazione*' come definita da Mario Perini (2013b), e da lui introdotta in Italia, una 'clinica' che aiuti a sondare la parte sommersa, le zone d'ombra dell'istituzione e la qualità delle relazioni tra i suoi

membri che trae origine dalle *Group Relations Conferences* (GRC), nate dagli studi psicoanalitici di gruppo e dagli studi di sistema presso il Tavistock Institute alla fine degli anni Cinquanta. Pensando quindi al gruppo di lavoro considerato, alle sue complesse dinamiche, ai bisogni emotivi dei singoli e al sogno come possibile mediatore tra posizioni opposte, si individuò come strumento gruppale il *Social Dreaming* (SD), innovazione apportata da W. G. Lawrence alle GRC, in quanto “si focalizza sul sogno e non sul sognatore, ovvero sul sapere culturale dell’ambiente piuttosto che sul carattere individuale del sognatore” (Baglioni, Fubini, 2013).

Uno dei risultati tangibili della condivisione comune, dell’immaginare e sognare insieme, che questo *Social Dreaming* (Baglioni, Fubini, 2013) produsse fu quello di ridurre timori e paure, rassicurando e modificando il clima emotivo in modo tale da vedere, immaginare e sognare, le possibilità di cambiamento. Tutto questo permise di cominciare il lavoro previsto, superando le difficoltà organizzative con costanza e flessibilità.

Se può essere stato abbastanza agevole descrivere lo sviluppo organizzativo, un po’ meno è riuscire a sintetizzare brevemente la relazione possibile tra il *Family Treatment*, combinazione di tecniche cognitiviste, problem solving e psicoeducazione rivolte ai familiari di pazienti con esordio psicotico, e le teorie psicoanalitiche. Un sicuro punto di contatto è il pensiero che l’intervento con i giovani pazienti all’esordio preveda il coinvolgimento dei familiari, in particolare dei genitori. È stata posta grande attenzione alla relazione e lo stile relazionale dei genitori nelle prime fasi dello sviluppo secondo teorie psicoanalitiche, da Winnicott a Laplanche, a Bowlby con la teoria dell’attaccamento, ma anche secondo modelli cognitivi e neurobiologici (Garety et al., 2007). Le psicosi sono probabilmente il risultato di variabili complesse e multifattoriali, in cui la predisposizione individuale interagisce con le variabili ambientali e l’ambiente primario è generalmente fornito dai genitori, e più spesso dalla madre.

Il *Family Treatment* si pone come obiettivo il porre rimedio a distorsioni cognitive, a deficit e incomprensioni nella relazione, cerca di creare, liberare, una comunicazione più comprensibile e fluida tra quel paziente e quei genitori, riducendo rigidità, blocchi e perseverazioni e fornendo spiegazioni e strumenti validi di supporto. Il modello Vulnerabilità-Stress, così come proposto da Philippa Garety (Garety et al., 2008), offre un buon punto di partenza per definire il campo di azione: interno ed esterno interagiscono tra loro, e, in caso di difficoltà e vulnerabilità, possono aumentare stress e patologia. Sta a noi cercare di rendere più chiara la comunicazione, riprendere ed utilizzare un linguaggio progressivamente più chiaro e comprensibile e, soprattutto, condiviso, tra tutti. Il linguaggio diventa quindi un potente strumento per ridurre le distorsioni cognitive e le convinzioni personalistiche che

spesso accompagnano una comunicazione intrafamiliare, distorta, angosciata e colpevolizzante.

Sul linguaggio la psicoanalisi propone importanti chiavi di lettura. René Kaës in *Un singolare plurale* scriveva: “lo psichismo umano si fonda su 3 principali pilastri: la sessualità infantile, il linguaggio e i legami intersoggettivi”, in stretta relazione tra loro. Il linguaggio arriva all’infans (quello che non parla) dal suo ambiente primario, e la sua lunga dipendenza lo rendono a lungo recettivo a ciò che arriva dall’adulto, ed è l’adulto a consentire al bambino l’accesso alla parola e al linguaggio. Ma l’adulto entra nella relazione con il bambino con un dialogo che inizialmente è corporeo, e tramite il corpo può comunicare e trasmettere molto del proprio funzionamento psichico inconscio, dei propri fantasmi e della propria sessualità (Dejours, 2013). I messaggi che arrivano all’infans sono inevitabilmente complessi, di difficile lettura e comprensione e, in talune circostanze, dipendenti anche dalla particolare struttura di quel bambino, possono perdurare e assumere caratteri confusi e rendere lo spazio intersoggettivo ambiguo ed enigmatico. Questo spazio confuso ricorda spesso quello che ci troviamo davanti nella relazione tra quei genitori e quel particolare figlio: spazio intersoggettivo ambiguo e confuso, che la crescita non ha liberato, almeno in parte, ma, anzi, imprigionato sempre più in una relazione incomprensibile, minacciosa ed enigmatica, nella quale è impossibile comprendersi.

*Nei colloqui con i genitori di Manuel, il ragazzo che si immaginava morto, traspariva il loro desiderio di un figlio perfetto, che avrebbe raggiunto gli obiettivi da loro e, forse, per loro, sognati. In un incontro in cui si chiedeva loro che cosa piaceva fare a Manuel, prima di stare male, il padre rispondeva, che a lui, al padre, piaceva andare in bicicletta. E la madre aggiungeva che a lei sarebbe piaciuto studiare. Ripetendo la domanda, ma a Manuel cosa piaceva? La confidenza relazionale che si era nel tempo creata tra noi permetteva al padre di ricordare con nostalgia quando insieme andavano in giro in bicicletta. E di chiedersi cosa effettivamente piacesse a Manuel.*

Nelle terapie con i genitori ci dobbiamo confrontare con il loro linguaggio, una comunicazione che appare spesso come bloccata in ripetizioni angoscianti. Un linguaggio e una comunicazione che restano per qualche motivo estranee e incomprese dal paziente, confuso e frammentato, arroccato strenuamente su posizioni difensive contrapposte. E se per i pazienti era facile attribuire ai genitori le colpe di tutti i loro mali, per i genitori era altrettanto difficile capire perché quel figlio fosse così arrabbiato, misterioso ed enigmatico. Spiegare, chiarire, ascoltare, trovare soluzioni insieme e condividerle, aprire lo spazio della comunicazione, iniziare a rendere più chiaro e comprensibile ciò che prima era confuso e minaccioso. Questo è stato ed è il lavoro che abbiamo imparato a fare. L’approccio del *Family Treatment* e l’applicazione delle teorie cognitive, che facilitano i collegamenti tra esperienze e convinzioni pa-

tologiche, hanno permesso la costruzione di un modello di intervento nell'esordio psicotico nell'istituzione, dove corpo, linguaggio e legami intersoggettivi appaiono strettamente connessi.

Portare avanti il lavoro con i familiari in coppia, psichiatra o psicologo e infermiere, ha probabilmente permesso una maggiore condivisione, evitato di essere percepiti come onniscienti e onnipotenti, ma privi delle più semplici conoscenze della vita comune. Dal punto di vista formativo i risultati sono stati molto positivi. Gli operatori partecipanti al progetto hanno riconosciuto l'importanza e l'efficacia di questo lavoro. La struttura dell'intervento è stata nel complesso apprezzata e condivisa dai partecipanti, consentendo a tutti di iniziare ad applicare in tempi sufficientemente brevi quanto appreso a livello teorico. Vi è stato, in generale, un maggior riconoscimento dell'importanza di un intervento precoce e una più ampia condivisione degli interventi con i familiari dei pazienti all'esordio.

Ci capita di scherzare, a volte, tra colleghi, sul nostro modo di condurre le terapie. Abbiamo imparato molto dai colleghi cognitivistici, così come dalle neuroscienze, ma riusciremmo a lavorare bene senza le nostre basi psicoanalitiche?

### Bibliografia

- Baglioni L., Fubini F. (2013), *Social Dreaming*. In: S. Long (ed.), *Socioanalytic methods*. Karnac, London.
- Birchwood M., Spencer E. (2001), Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review* 21, 8: 1211-1226.
- Bird V., Premkumar P., Kendall T., Whittington C., Mitchell J., Kuipers E. (2010), Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 197, 5: 350-356.
- Bowlby J. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina, Milano.
- Carpenter W. T. (2013), The psychoses in DSM-5 and the near future. *Am J Psychiatry* 170, 9, Sept.: 961-962.
- Cocchi A., Meneghelli A. (2004), *L'intervento precoce tra pratica e ricerca*. Centro Scientifico, Torino.
- Cocchi A., Meneghelli A. (2012), *Esordio psicotico: una sfida che continua*. Edi-Ermes, Milano.
- Dejours C. (2013), *Dal corpo biologico al corpo erotico*. Lettura ai seminari teorico clinici "Corpo, sovversione libidica e linguaggio". Comunicazione al Centro Veneto di Psicoanalisi, 20 aprile 2013.

- Fowler D., Garety P., Kuipers E. (1997), *Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi. Teoria e pratica*. Masson, Milano.
- Garety P. A., Bebbington P. E., Fowler D., Freeman D., Kuipers E. (2007), Implication for neurobiological research of cognitive models for psychosis: A theoretical paper. *Psychological Medicine* 37: 1377-1391.
- Garety P. A., Fowler D., Freeman D., Bebbington P., Dunn G., Kuipers E. (2008), Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 192, 6, May: 412-423.
- Garety P. A., Kuipers E., Fowler D., Freeman D., Bebbington P. E. (2001), A cognitive model of the positive symptom of psychosis. *Psychological Medicine* 31: 189-195.
- Laplanche J. (2006), Incesto e sessualità infantile. *Rivista Psicoanalitica* 52: 685-698.
- Lasalvia A., Tansella M. (2012), Young people at high risk for psychosis: Conceptual framework, research evidence and treatment opportunities. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21, Dec.: 317-322.
- Lopez D., Zorzi Meneguzzo L. (2012), *La sapienza del sogno*. Mimesis, Milano.
- McGorry P. D., Killackey E., Yung A. (2008), Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 7: 148-156.
- Onwumere J., Bebbington P., Kuipers E. (2011), Family interventions in early psychosis: Specificity and effectiveness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 20, 2: 113-119.
- Perini M. (2013a), Un approccio psicoanalitico alle istituzioni della salute mentale. *Psiche – Rivista di cultura psicoanalitica* 1.
- Perini M. (2013b), *Lavorare con l'ansia. Costi emotivi nelle moderne organizzazioni*. Franco Angeli, Milano.
- Ruggeri M. et al. and the GET UP Group (2015), Feasibility and effectiveness of a multi-element psychosocial intervention for first-episode psychosis: Results from the cluster-randomized controlled GET UP PIANO trial in a catchment area of 10 million inhabitants. *Schizophrenia Bulletin*, first published online, May 20, 2015, doi:10.1093/schbul/sbv058.
- Winnicott D. W. (2002), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma.

Carla Cremonese  
carlateresacremonese@gmail.com

