

Ao6

Stefania Cerino

**Incontro, relazione e riabilitazione
nella residenzialità psichiatrica**

con la collaborazione di
Renata Murolo

Prefazione di
Amato Amati





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXX
Gioacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.gioacchinoonoratieditore.it
info@gioacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-3271-5

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: maggio 2020

A Simona

La psicoanalisi è una disciplina, un terreno,
dove ognuno dei protagonisti percepisce ed
induce qualcosa nell'altro.

Salomon RESNIK, *Spazio mentale*

Indice

11 *Prefazione*
di AMATO AMATI

21 *Introduzione*

PARTE I

Il mondo psicotico

33 **Capitolo I**
Schizofrenia/schizofrenie: le attuali visioni nosografiche

1.1. La nosografia della schizofrenia alla fine dell'Ottocento, 33 – 1.1.1. *Il modello nosografico da Kraepelin a Bleuler*, 35 – 1.1.2. *Ebefrenia, spettro schizofrenico, DSM*, 37 – 1.1.3. *Dai neo-kraepeliniani al modello dimensionale*, 40 – 1.1.4. *Schizofrenia e linguaggio*, 44 – 1.1.5. *Schizofrenia e neurobiologia*, 47 – 1.1.6. *Research Domain Criteria e il futuro della schizofrenia*, 48.

51 **Capitolo II**
L'Altro: Incontro, Contatto, Relazione

2.1. Spazio e stato della mente, 51 – 2.1.1. *Spazio, tempo e relazione di transfert*, 55 – 2.1.2. *Cronicità e psichiatria*, 60.

65 **Capitolo III**
La Riabilitazione psichiatrica nella cronicità psicotica

3.1. Residenzialità psichiatrica: spazi e luoghi, 65 – 3.1.1. *Riabilitazione psichiatrica e lungodegenza*, 69 – 3.1.2. *Il campo istituzionale nel gruppo di riabilitazione psichiatrica*, 71 – 3.1.3. *Condurre un gruppo riabilitativo*, 73.

PARTE II
Dal gregge al gruppo

- 79 **Capitolo I**
Gruppi e Riabilitazione Psichiatrica
1.1. Il gruppo riabilitativo, 79 – 1.1.1. *Setting e gruppo nell'istituzione residenziale*, 82 – 1.1.2. *Esperienza di conduzione*, 84 – 1.1.3. *Transfert gruppale*, 88.
- 93 **Capitolo II**
Terapia Neurocognitiva Integrata
2.1. Neurocognizione e schizofrenia, 93 – 2.1.1. *Riabilitazione neurocognitiva*, 95 – 2.1.2. *Programmi riabilitativi neurocognitivi nella residenzialità a lungo termine*, 101.
- 105 **Capitolo III**
Lo sport nella Riabilitazione Psichiatrica
3.1. Sport e salute mentale, 105 – 3.1.1. *Attività motoria e riabilitazione psichiatrica*, 108 – 3.1.2. *Corpo, spazio e movimento nella psicosi cronica*, 116.
- 121 **Capitolo IV**
La Riabilitazione Psichiatrica oggi
4.1. Tra ri/abilitazione e ri/attivazione, 121 – 4.1.1. *Metodologie e strumenti di valutazione nella riabilitazione psichiatrica*, 123 – 4.1.2. *Conclusioni*, 126.
- 129 *Ringraziamenti*
- 133 *Bibliografia*
- 143 *Sitografia*

Prefazione

di AMATO AMATI*

Ringrazio Stefania Cerino di avermi chiesto di presentare questo suo nuovo libro insieme con la giovane psicologa Renata Murolo, e mi accingo a farlo con lo spirito di provvisorietà evolutiva che caratterizza lo svolgersi dell'esistenza umana e, con essa, l'evoluzione della psichiatria clinica.

Il volume è centrato sulla possibilità di cogliere vissuti potenzialmente partecipativi in soggetti psicotici in trattamento farmacologico stabilizzato e di cercare di indirizzarli verso la reciprocità relazionale attraverso il riconoscersi. È ricco di riflessioni raccordate con raffinati contenuti teorici di psicopatologia del profondo, dai quali traspare la solida formazione psicoanalitica dell'Autrice, a lungo maturata con la guida di Salomon Resnik. Le conoscenze teoriche e cliniche appaiono entrambe arricchite dall'ampia esperienza personale, svolta in vari contesti e costantemente orientata alla "riattivazione esistenziale". I contenuti portanti, sul piano relazionale e cognitivo, sono permeati dalla sensibile ricerca orientata a dare un senso concreto e globale all'efficacia delle attività riabilitative. L'esperienza psicoanalitica si ritrova anche nella capacità di rispettare i tempi individuali di ascolto e di attesa nell'accedere alla partecipazione nelle attività di gruppo, e di accettarli come primi passi verso il formarsi di un'atmosfera relazionale. I successivi segnali di appartenenza condivisa preludono alla possibilità di "avvertire nel presente movimenti intrapsichici collegabili al futuro". Questo evento farebbe pensare a due passaggi ipotetici, l'uno riferibile al singolo soggetto e l'altro al gruppo in formazione: nel singolo partecipante, il ripetersi dei contatti e l'evolversi progressivo di interazioni

* Professore Ordinario di Psichiatria, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro.

multiple potrebbero essere un modo per stimolare (o ravvivare?) dimensioni intra-personali sopite, mentre la “ri/elaborazione intra-gruppale” potrebbe restituire stimoli di ritorno, che diano a ciascuno il senso soggettivo dell’evento, arricchito dalla reciprocità e dalla differenziazione.

In questa direzione si inseriscono anche i contributi della Dottoressa Renata Murolo, psicologa, esperta di Riabilitazione Neurocognitiva Integrata. In particolare, viene dato risalto alla esperienza di co-conduttrice del gruppo che, essendo libera da interventi di guida e/o di riequilibrio, può osservare l’emergere di movimenti emozionali e cognitivi fin da quando esso inizia a costituirsi e seguirne a tutto campo le successive modalità di evoluzione, di coinvolgimento e di partecipazione attiva. Di notevole interesse l’esposizione dei fondamenti e delle modalità d’impiego della procedura riabilitativa, e le considerazioni sui campi di possibile efficacia, sul rating e sulla valutazione complessiva di efficacia. Essa si inserisce nell’attuale valorizzazione della tematica rispetto al bisogno di riattivare le persone esposte a lunghi periodi di sottostimolazione cognitiva (Bowie 2019). L’altro contributo è focalizzato sulle molteplici potenzialità favorevoli al benessere psichico che possono essere innescate dalla partecipazione programmata ad attività fisiche, come fonte di soddisfazione arricchente per chi accetti di praticarle con regolarità. Anche questi aspetti si integrano nel filo conduttore del volume, e, al di là dell’esperienza concreta di prestazione fisica, evidenziano come la soddisfazione personale contribuisca ad ampliare la conoscenza di sé e la fiducia nelle proprie potenzialità. Ai potenziali lettori auguro che, accanto ai contenuti tecnici, possano cogliere e condividere la filosofia motivazionale che ha sostenuto le autrici.

Se un uomo parte con delle certezze finirà con dei dubbi; ma se si accontenta di iniziare con qualche dubbio, alla fine arriverà a qualche certezza (Francis Bacon)

Entrare in contatto con la condizione psicotica

La relazione d’incontro è l’elemento portante di ogni intervento psichiatrico. Essa si costruisce attraverso la dialettica delle risonanze e delle meta-comunicazioni che affiorano sin dal primo contatto tra due persone che non si conoscano e condivideranno l’incontro ed i suoi potenziali sviluppi. Nella reciprocità di questa particolare situazione duale, prende cor-

po l'empatia, come capacità di rappresentarsi lo stato mentale proprio e quello dell'altro (Decety *et al.* 2014). Nel ruolo di osservatore-partecipe, si chiede allo psichiatra la consapevole capacità di modulare i propri registri relazionali verso l'altro. Nella situazione clinica, entrambi i partecipanti condividono lo spazio, che è cosa esterna al sé di ciascuno, mentre sono co-immersi nel fluire del tempo, che, a sua volta è cosa in sé. La natura dell'io, invece, resta oggetto indeterminato di un'intuizione empirica, sia nella sua fisiologica plasticità adattiva, sia nell'irrigidirsi del disadattamento esistenziale che nella produttività sintomatica della psicopatologia (da Ferraris 2012, modif.). Nel pensiero filosofico attuale (Mazzarella 1999) e nella filosofia della scienza (Rovelli 2017), si ritrovano espressioni collegate all'inseparabile coesistenza dell'emozionale e del razionale, con le rispettive logiche. Ciò appare sostanzialmente sovrapponibile alle concettualizzazioni psicoanalitiche (Ginzburg e Lombard 2007), e fa anche pensare che l'emergere temporaneo di contenuti mentali anomali rispetto al reale condiviso ed il loro successivo rientro spontaneo potrebbero esprimere una "normalità situazionale estrema", in risposta a sollecitazioni massimali. Va anche ribadito che lo psichiatra non conosce l'essenza dell'attività mentale, ma è in grado di valutare il funzionamento della mente dell'altro e di coglierne le modalità psicopatologiche, che affiorino attraverso la capacità di reagire a stimoli esterni e/o ad eventi del mondo interno strutturando comportamenti non adattivi (sintomi). Questi ultimi rientrano in costrutti diagnostici condivisi, quando confluiscono in cluster ripetitivi di manifestazioni psicopatologiche e di anomalie comportamentali. In tal modo esprimono insieme di fenomeni che siano riconoscibili secondo criteri di osservabilità e di relativa replicabilità. Ma, l'individualità dei vissuti sofferti del singolo malato domina anche nei quadri clinico-psicopatologici codificati. Perciò, attraverso l'osservazione partecipata, lo psichiatra, per quanto possibile, cerca di sentire, rilevare e dedurre ciò che probabilmente accade nello spazio interiore del soggetto e di collegarlo alle manifestazioni psicopatologiche che ne qualificano il disfunzionamento che confluisca in un possibile disturbo riconoscibile. Nelle psicosi ad esordio precoce, può anche cogliere un inquinamento funzionale silente che si insinui nell'assetto maturativo-esistenziale individuale e riduca l'autonomia potenziale del soggetto. È raro, ma non impossibile, che l'osservazione iniziale possa coincidere con la scoperta che, per la prima volta, il soggetto stia rivelando le proprie esperienze intrapsichiche frammentate e/o abnormi ad un'altra persona e che il quadro clinico osservato non rientri del

tutto nei criteri della diagnostica codificata. Ma in un incontro valutativo può anche accadere che il contatto verbale sia impossibile. «Ces silences son en réalité très parlants» (Dalmeiz 1949) nel senso che essi stessi comunicano il vissuto di discontinuità biografico-esistenziale. Accettandoli, si può dar corpo ad un esile tramite provvisorio con lo psichiatra. Nel passaggio esistenziale di accesso alle dimensioni dell'età adulta, l'esperienza trasformativa di malattia e l'emergere di sintomi disfunzionali interferiscono con la fisiologica traiettoria di sviluppo di una persona giovane. Chi abbia sperimentato l'angoscia del proprio vissuto trasformativo riferirà poi di essersi sentito costantemente osservato, già parecchio tempo prima della comparsa dei sintomi rilevabili. Ed anche di aver avvertito un senso angosciante di sovvertimento interiore, di difficoltà a governare i propri pensieri, di aver provato la percezione di dire e di sentirsi dire cose che gli altri non sentono, oppure di aver visto persone e cose che gli altri non vedessero. La ricostruzione retrospettiva di una condizione psicotica conferma che i prodromi sono già espressione di malattia. Del resto, chiunque abbia cercato di sostenere un soggetto in questo stadio ha avvertito un proprio turbamento interiore, nel confrontarsi con l'incomprensibilità e l'inspiegabilità del suo modo di fare e di porsi. Altre manifestazioni riferite sono l'agitazione interna incontrollabile, l'insonnia oppure interessi improvvisi e totalizzanti, come quelli verso il soprannaturale ed il magico, mentre la reattività può manifestarsi come inconsueta, imprevedibile e sproporzionata proprio verso i familiari e chi sia più vicino al malato. Se persiste l'isolamento, la persona mostra anche crescente difficoltà a comprendere il significato delle parole, giunge ad usare parole che sembrano non avere senso oppure entra in una chiusura relazionale impenetrabile. Soprattutto nelle forme ad esordio precoce, la ricerca clinica valorizza anche le alterazioni cognitive, motorie e comportamentali come prodromi/sintomi che esprimano il coinvolgimento di aree cerebrali definite: la compromissione di funzioni come la motivazione, l'apprendimento in risposta a ricompensa e la memoria di lavoro, è indicativa di coinvolgimento disfunzionale della corteccia pre-frontale. Invece, le anomalie nelle relazioni sociali segnalano il coinvolgimento della corteccia fronto-orbitale, mentre il riconoscimento delle emozioni afferisce all'amigdala ed il riconoscimento delle facce al giro temporale superiore. Gli eventuali interventi combinati, già in questa fase, mirano a contenere la produttività ed a preservare il soggetto dall'ulteriore deterioramento, contrastandone anche la deriva sociale.

Dopo oltre 50 anni di attività clinica, didattica e di ricerca, la rilettura tentativa dei profili di esordio della psicosi schizofrenica, stimola anche qualche ipotetica considerazione personale. Il focus attuale della ricerca clinica sembra orientato ad anticiparne il riconoscimento diagnostico, con l'obiettivo di contenere la sintomatologia produttiva e raggiungere la stabilizzazione del quadro psicopatologico entro tempi relativamente contenuti. La diagnosi di schizofrenia resta ancorata all'evidenza di manifestazioni psicopatologiche tipiche, ma, anche alla luce dei dati di Hafner (Brown 2015), gli aspetti produttivi appaiono relativamente meno eclatanti ed instabili rispetto a quelli del passato mentre la precocizzazione terapeutica potrebbe includervi anche quadri clinici in assetto non definitivo. Questi ultimi potrebbero conservare una neuroplasticità residua, con potenzialità stimolabili da attività abilitative e riabilitative appropriate. Tanto più rivalutandole alla luce delle evidenze recenti sulla "neuroconnessionalità rinnovabile" del SNC, intesa come proprietà funzionale fondante la modificabilità del funzionamento mentale stratificato (Borsboom 2017). Questa ipotesi potrebbe indurre una suggestiva associazione tentativa rispetto alle modalità di svolgimento del percorso terapeutico psicoanalitico. In particolare, si potrebbe immaginare che il soggetto acceda alle proprie "neuro-connessioni remote", attraverso la tecnica regressiva, e che, nella successiva fase di ricostruzione psicodinamica, possa attivare "nuove connessioni significanti". Tanto più se si tiene conto di recenti evidenze di neurobiologia molecolare che rimandano l'inizializzazione connessionale cognitivo-emotiva all'imprinting ed ai comportamenti imitativi e, quindi, alla qualità della relazione materna (Borsboom 2017). Al di là delle vicende individuali, già da tempo, si osservano quadri psicopatologici "ibridi", con co-presenza di sintomi psicotici (sia negativi che produttivi), di instabilità e/o incongruità affettiva e di ritiro sociale che potrebbero anch'essi esprimere esposizione precoce ad instabilità ed a turbolenze socio-culturali di contesto (Amati 1992). Nel disfunzionamento mentale dello spettro schizofrenico, si rileva un'anomalia complessiva dell'esperienza soggettiva del mondo. In termini assolutamente ipotetici, si potrebbe immaginare che, attraverso la dissociazione, il soggetto possa giungere alla costruzione soggettiva di un "mondo interno travestito da mondo esterno", e riconducibile ad esperienze remote, vissute come insostenibili. Ciò potrebbe costituire il presupposto necessario per lo sviluppo di successivi vissuti esistenziali estraniati, fino a giungere alla mancata costruzione/perdita di identità. Le anomalie dei processi senso-percettivi, i deficit di apprendi-

mento e di memoria, la compromissione delle funzioni esecutive e la produttività delirante concorrono alle alterazioni che, ipoteticamente, potrebbero condurre a vissuti non condivisibili. Nel tentativo di darsi una ragione dell'inconsapevole ambiguità tra reale ed immaginario, il soggetto potrebbe sentirsi costretto a "chiudersi" e ad ancorarsi all'autoreferenzialità del proprio mondo interno. Nell'isolamento autoindotto, il sentimento di Sé perde i propri confini ed i contenuti psicopatologici si espandono. La mente "svilupparebbe" un sentimento di realtà alternativo, per attenuare la sofferenza interiore e cercare di distanziarsi dalla informazione disturbante (Martindale 2015). Ma la persona, isolandosi, si auto-depriva di riscontri cognitivi condivisi e viene invasa dalle esperienze dispercettive, che si insinuano nelle elaborazioni produttive e le rinforzano. Freud riflettendo sulla psicoanalisi di soggetti psicotici, aveva ipotizzato che il delirio avesse una funzione "originariamente riparativa", come una "toppa" che fosse collocata su un'esperienza sofferta ed intollerabile (Bronstein 2018). Resnik si è soffermato sulla diffusione del delirio nell'attività mentale e sulla sua pervasiva non coincidenza con la realtà (1986, citato da S. Rodighiero 1997). Matte Blanco ha sottolineato la centralità dell'emozione nella conoscenza (Ginzburg e Lombard 2007). Ma le manifestazioni psicopatologiche attuali appaiono differenti rispetto a quelle osservate in passato. Chi abbia valutato lo stato psichico di malati in fase iniziale/ conclamata, in un passato remoto, ricorda di essersi confrontato con manifestazioni produttive largamente intrise di autoreferenzialità fantastica. Attualmente, invece, si ha l'impressione che nei contenuti psicopatologici affiori piuttosto un appiattimento verso il pensiero concreto ed autoreferenziale. Le alterazioni disfunzionali tipiche del disturbo sono tuttora rilevabili nel quadro clinico iniziale, ma, nell'insieme, esso sembra presentarsi in modo meno eclatante, rispetto alle osservazioni del passato. Tale configurazione di esordio potrebbe associarsi alla rilevabilità differita dei sintomi maggiori, in quanto tardivamente manifesti rispetto alla percezione interiore del loro esordio da parte del soggetto, che potrebbe averli vissuti a lungo senza rivelarli. Né si può escludere che, un sintomo avvertito ma non ancora rilevabile come tale, possa perfino assumere la ricondita valenza di una rassicurante continuità interiore nel vissuto del malato, tanto più se il suo contenuto abbia riferimento costante al personale e si esprima con intensità relativamente bassa. Del resto, chi entri in contatto con un malato che gli racconti di "sentire delle voci" oppure si confronti con una persona in chiusura relazionale sperimenta risonanze interiori

ben diverse. Rispetto al passato, sembrano oggi essere divenuti molto meno frequenti eventi autistici massimali come il linguaggio incoerente oppure il soliloquio. Va tuttavia rimarcato che, nella reciprocità relazionale e comunicativa, il malato soggiace alla prevaricazione interiore della propria produttività fantastica mentre il timore/rifiuto dell'altro riflettono il ripetersi di esperienze pseudo-percettive. Così, un fugace guardarsi intorno durante una valutazione clinica potrebbe esprimere il tentativo di individuare la provenienza di un presunto messaggio verbale proveniente da altra fonte, oppure segnalare incertezza fluttuante sulla reale presenza di un altro. Infine, le due dimensioni, sofferte e paralizzanti, dell'invasività e dell'insopprimibilità, potrebbero esprimersi in presenza di eco sonoro del pensiero. La destrutturazione precoce del pensiero era tipica nelle descrizioni psicopatologiche nell'era pre-farmacologica. L'anticipato riconoscimento diagnostico, l'inizio tempestivo della terapia, potenziata da crescenti risorse, riescono oggi a contenere l'intensità e la durata sia della patologia produttiva che di quella negativa, a contrastare la disgregazione dell'attività mentale e favorire interventi riabilitativi precoci, non sempre attuabili nel contesto organizzativo attuale (Altamura 2012). Tenendo conto che l'inizializzazione connessionale cognitivo-emotiva risalga all'imprinting e quindi ai comportamenti imitativi indotti dalla qualità originaria della relazione materna e parentale, non si può non tener conto di altre interferenze nella costruzione dell'immaginario infantile che possano riflettersi nei vissuti e nelle modalità relazionali. Sulla base delle più recenti evidenze di neurobiologia molecolare, potrebbe anche essere riconsiderata la precoce esposizione passiva al percettivo audio-visivo, che, ormai da decenni, ha sostituito il tradizionale "racconto" delle favole. Se ci consentiamo una digressione sul tema, nella modalità tradizionale, l'approccio infantile al fantastico si apriva nel contesto della relazione interpersonale dedicata dall'adulto al bambino. La ricchezza e la musicalità del linguaggio verbale raffigurativo vivificavano la comunicazione, che era scandita anche dal ritmo della mimica e della gestualità coerenti con i contenuti. Lo spettro narrativo si esprimeva con musicalità variabile, scandita da pause. La modulazione non-verbale veicolava stimoli complessi e coerenti alla costruzione dell'immaginario individuale in un contesto dedicato all'esclusività ed alla reciprocità del contatto fisico nella comunicazione. La situazione e le modalità di contatto potrebbero essere identificate come uno "strumento di comunicazione specie-specifico", in grado di fornire alla mente in costruzione del destinatario del racconto, modelli

basilari di riferimento per futuri “pattern emotivo–dichiarativi” e di fargli acquisire “registri modulanti” per la propria successiva comunicazione interpersonale. Tuttavia, ormai da decenni, il linguaggio essenziale, semplificato, diretto (e, per certi versi, definitivo) del percettivo audiovisivo ha soppiantato le potenzialità “germinative” dell’esposizione al repertorio descrittivo verbale e delle sue modulazioni personalizzate. La narrazione della vicenda e del suo dipanarsi stimolavano attivamente l’immaginario del bambino mentre ora sono assorbiti da uno spettatore passivo di immagini. I giovani adulti di oggi, da bambini, furono poco esposti all’esperienza di condivisione emotiva interattiva e ciò farebbe pensare alla opportunità di esplorare se la dominanza precoce del “vedere” rispetto all’“ascoltare” possa aver introdotto precoci effetti connessionali “confondenti” nell’immaginario in formazione. Essi potrebbero poi riemergere, sia come difficoltà a distinguere i contenuti dell’immaginario rispetto a quelli del reale sia nella successiva costruzione e gestione differenziata delle qualità e distanze relazionali (Yeh *et al.* 2016).

Tornando alla condizione psicotica dell’adulto, il trattamento farmacologico tempestivo, appropriato e stabilizzato attualmente facilita la partecipazione contestuale dei soggetti ad un programma riabilitativo residenziale. Nonostante la routine comporti il ripetersi di eventi quotidiani prevedibili, non è da escludere che gli stimoli riabilitativi possano facilitare la ripresa di contatto con esperienze premorbose valide ma isolate, facendo riemergere e consolidando dimensioni di individualità pratica. Analogamente, l’esito soggettivamente favorevole dell’esposizione agli stimoli multivariati di un programma riabilitativo potrebbe facilitare anche il riaffiorare di ricordi emozionali sopiti. E che, attraverso questi ultimi, il soggetto possa riaprirsi al proprio futuro, ri–agganciandosi a percorsi esploratori che erano stati interrotti dall’invasione dei sintomi produttivi e dall’inacidimento relazionale. Posto che l’inizializzazione connessionale cognitivo–emotiva derivi dall’imprinting (Borsboom 2017), l’efficacia della ri–abilitazione neuro–cognitiva potrebbe profilarsi come una sorta di “imprinting tardivo” orientato a contenere la preponderanza del fantastico nella produttività psicotica, attraverso la ri–attivazione della capacità di riconoscere e di differenziare la concretezza del percepito individuale, riconoscere le proprie potenzialità dialogiche e la capacità di servirsene, sperimentandole nella relazionalità interpersonale e valorizzandole nel quotidiano.

In conclusione, qualsiasi cambiamento dell’osservabile prima–dopo rispetto ad un evento di riferimento, ci fa chiedere perché e come esso

si sia verificato. I percorsi osservazionali episodici descrivono eventi isolati e reclamano evidenze affidabili. In questa sede sono state delineate, con le dovute cautele, alcune ipotesi speculative, che, se verificate mediante disegni sperimentali strutturati, potrebbero potenziare l'efficacia della tempestiva integrazione stimolazione riabilitativa neuro cognitiva, attivando precocemente condizioni di residenzialità riabilitativa sin dalla stabilizzazione farmacologica, come ricorda Allen Frances (2019) che cita Freud, come grande anticipatore rispetto alle moderne teorie cognitive nelle neuroscienze e nelle tecniche psicoterapeutiche.

Napoli, novembre 2018

