

Gruppo e dimensioni gruppali in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Fiore Bello, Anna Mei, Maria Letizia Satta, Eleonora Baroni

Abstract

Gli esseri umani sono immersi in una vita di gruppo e di relazioni per l'intera esistenza e, anche quando la sofferenza psichica individuale si esacerba a tal punto da richiedere un ricovero, la persona si ritrova a condividere spazi, tempi ed emozioni con altri simili. La crisi psichiatrica altera gli equilibri individuali e familiari e si esprime con pensieri, emozioni e comportamenti acuti ed estremi. Il ricovero psichiatrico, anche se traumatico, fornisce al paziente un'opportunità di rivivere in un contesto protetto tutte le alterazioni di quel momento e di dare loro un senso. L'intervento specialistico ospedaliero si pone, quindi, l'obiettivo di modulare, ridefinire e rendere tollerabile la sofferenza affinché la persona possa riprendere il proprio ruolo sociale con espressioni meno drammatiche. Questo articolo esplora le potenzialità dello *strumento gruppo* nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) dell'ospedale S. Pertini di Roma.

Parole chiave: gruppo, SPDC, ricovero, crisi, riunione serale, psicoterapia di gruppo, gruppalità, emozioni.

Il SPDC dell'Ospedale Sandro Pertini

La legge n.180/'78 stabilisce che il ricovero psichiatrico venga effettuato in reparti specialistici collocati negli ospedali generali, affinché la sofferenza mentale non venga considerata una malattia da segregare e recuperi la dignità delle altre malattie. Per garantire la giusta continuità terapeutica e per sostenere le richieste di salute mentale della popolazione, vengono inoltre aperti anche i centri di salute mentale (CSM) nel territorio.

Il SPDC dell'Ospedale S. Pertini, aperto 25 anni fa, inizialmente funzionava a porte chiuse. Dopo una breve fase di adattamento, la rete di relazioni e di scambio che gli operatori psichiatrici sono riusciti a creare nell'ospedale permette oggi ai pazienti di entrare e uscire dal reparto con estrema tranquillità. Il gruppo di operatori (dove è ancora ben rappresentato il nucleo storico) è composto da 10 psichiatri, 3 psicologi, 21 infermieri, 2 ausiliari fissi per turno e, in alcuni periodi, da 2 tirocinanti psicologi. Il reparto può accogliere al massimo 15 persone e la degenza media è di dieci giorni. L'attività clinica si sviluppa ed è scandita da una serie di momenti strutturati e strutturanti che vanno dal giro di saluto mattutino, alla riunione clinica successiva, al briefing a cambio turno, alla *riunione serale* con i pazienti. Ogni lunedì tutti gli operatori in turno si dedicano alla discussione del caso clinico che crea maggiori difficoltà e una volta al mese accolgono un supervisore esterno. Da un anno è stata introdotta una seduta settimanale di psicoanalisi multifamiliare.

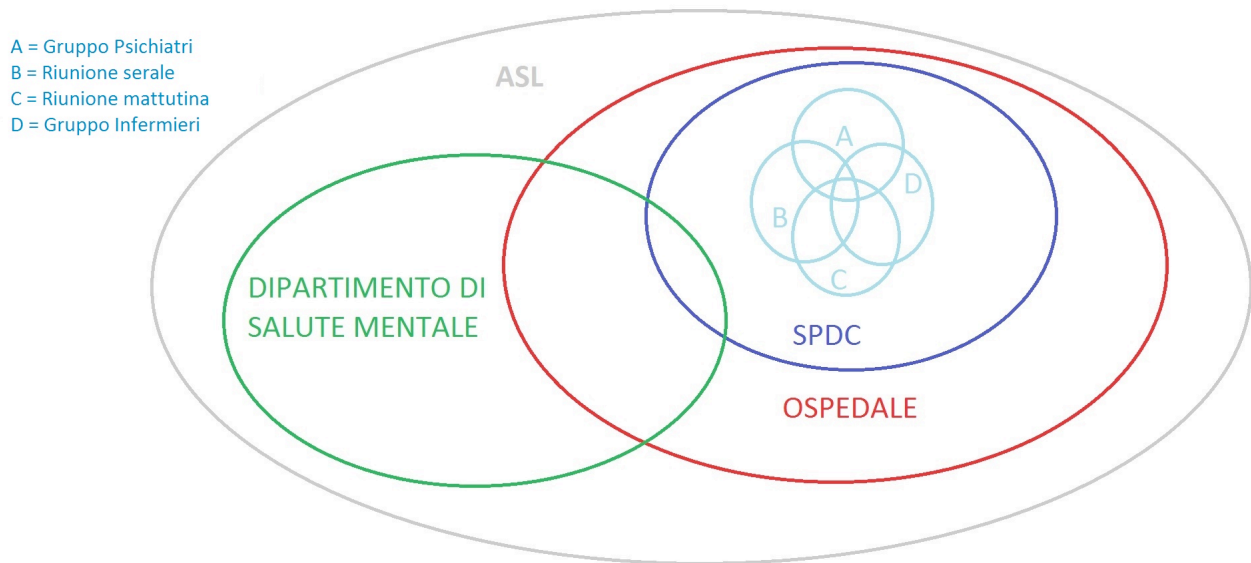
La crisi, la persona e il gruppo curante

Il SPDC è deputato alla cura della crisi psicotica. La parola crisi, dal verbo greco *krino*, ha un duplice significato: a) perturbazione improvvisa con effetti più o meno gravi e duraturi e b) scelta, opportunità, cambiamento. Per creare le condizioni adatte a rendere la crisi una valida opportunità di cambiamento, per favorire una ragionevole alleanza terapeutica e potenziare l'aderenza alle cure nel breve ricovero, l'operatore ha bisogno di conoscere bene il paziente, i suoi familiari e gli eventi che hanno scatenato la crisi. Deve contattare i curanti del territorio, raccogliere ogni tipo di informazione utile e formulare ipotesi da verificare con tutti gli attori in campo. Spesso, nei primi giorni di ricovero, alcuni pazienti sono molto chiusi e ritirati, mentre altri sono agitati e aggressivi, tanto che a volte è necessaria la contenzione fisica. Ogni paziente viene assegnato a una coppia terapeutica (psicologo e psichiatra) responsabile in primis della conduzione delle cure. I due operatori riportano i risultati del processo terapeutico nelle riunioni cliniche mattutine e raccolgono le osservazioni e riflessioni degli altri operatori. In questo modo, l'intero gruppo assume il ruolo di cura e riveste anche una funzione di contenimento nei confronti del singolo operatore. La mente individuale risulta così contenuta in quella gruppale.

La mente gruppale che è sempre al lavoro rende possibile l'apprendimento e genera una mutua rappresentazione interna che si traduce in quelle caratteristiche operative che il gruppo adotta quando affronta il compito. Si tratta di riconoscimenti reciproci, di sguardi, di reti costituite da aggiudicazione e assunzione di ruoli. Potremmo parlare di un tessuto di vincoli che si organizzano attorno al compito del gruppo. La forma, uno schema di riferimento concettuale e operativo, è aperta e dinamica e, pur subendo continue trasformazioni, mantiene sempre una sua stabilità strutturale. A tale proposito, ci sembra utile riportare brevemente il pensiero di alcuni autori che fanno parte del nostro bagaglio teorico. Quando la struttura gruppale si costituisce appare ciò che Anzieu (1979) definisce la pelle psichica gruppale che delimita un territorio di gruppo (spazio occupato, posti, temporalità gruppale, ritmo delle riunioni). Questa frontiera, allo stesso tempo reale e immaginaria, permette una distanza tra il dentro e il fuori. La funzione di contenimento svolta dal gruppo permette ai suoi membri una distinzione tra identità gruppale e ciò che non appartiene al gruppo. Kaes (1999) teorizza un apparato gruppale per pensare e afferma che ciascuno nasce nel e dal gruppo, infatti la psiche individuale include fin dalla nascita una rete di modalità relazionali cui l'individuo partecipa. Con il termine matrice, Foulkes (1967, 1976) sottolinea l'originalità della situazione gruppale che non dipende solo dalla somma delle caratteristiche della personalità dei singoli membri. La matrice manifesta, invece, una sua struttura e autonomia funzionale che, in qualche modo, trascende gli individui, anche se è da essi globalmente costituita e condivisa, essendo inoltre, in un certo senso, capace di condizionarne il pensiero, il linguaggio e il comportamento. Bion (1961) parla esplicitamente di mente di gruppo e introduce, tra l'altro, i concetti di sistema proto mentale, di assunti di base e di gruppo di lavoro. Correale (1991) ritiene che il gruppo istituzionale abbia una funzione auto-rappresentativa che descrive come la "... capacità di potere entrare in contatto e in certa misura potersi

rappresentare ad un livello, il più possibile elaborato, lo stato complessivo ideativo-emotivo in cui il gruppo istituzionale si sta trovando”.

Il gruppo di lavoro del SPDC, che è già un grande gruppo, è inserito in gruppi istituzionali ancora più ampi che interagiscono tra di loro a vario titolo (Azienda Sanitaria Locale, Dipartimento di Salute Mentale, Ospedale). Al suo interno contiene piccoli gruppi in stretta interrelazione. Uno di questi è la *riunione serale*.



La *riunione serale* e le interconnessioni organizzative della Azienda Sanitaria Locale

La *riunione serale*

Nel SPDC inizia o si riprende il percorso di cura che necessariamente deve essere “... personalizzato rispetto alle caratteristiche del paziente: propone e integra una varietà di interventi, farmacologici, psicologici, psicoeducativi, sul contesto familiare, sociale e lavorativo, perché spesso queste persone sviluppano una crisi proprio in relazione al loro ambiente di lavoro”. (Ducci, 2014, pag. 7). Nella maggioranza dei servizi psichiatrici ospedalieri italiani e internazionali si effettuano incontri terapeutici di gruppo con i pazienti ricoverati sin dagli anni '80 (Mosher, Smith, 1980).

La *riunione serale* è pianificata in modo regolare e, da sempre, è condotta dallo psicologo in turno e si configura come una struttura psicoterapeutica disponibile indipendentemente dalla possibilità di riempirla. Precede la cena, dura circa 60 minuti e si svolge a orario fisso e a porte aperte nella sala mensa che comunica col giardino interno da una parte e con il reparto dall'altra. Non ci sono altre attività in contemporanea e i pazienti non vengono convocati fuori dal gruppo, tutto lo staff

presente a quell'ora invita i pazienti a partecipare e rispetta il tempo del gruppo. E' un laboratorio dove si tenta di non dare solo parola alla malattia, ma anche all'individuo che viene invitato al riconoscimento di sé come soggetto separato dagli altri, ma uniti da un'esperienza comune. Nel corso del tempo la *riunione serale* ha subito vari aggiustamenti e modifiche nel metodo e nel setting, affinché potesse integrarsi con il lavoro degli altri operatori e diventare una risorsa significativa per l'intero reparto. Il conduttore assume un atteggiamento tollerante ma attivo e direttivo per offrire al gruppo la massima stabilità, coordina e promuove interazione per migliorare le capacità di comunicazione e interagisce personalmente con i membri. Dal momento che i pazienti si avvicinano rapidamente, le patologie sono eterogenee, i confini sono imprecisi e i ricoveri sono ripetuti è necessario avere *obiettivi appropriati e realistici* (Yalom, 2009). Lavoriamo per diminuire l'isolamento, evitare il confronto e la critica, sostenere e coinvolgere i pazienti affinché sentano il gruppo come un posto sicuro, imparino ad avere fiducia e sperimentino il valore di un luogo dove sono capiti e accettati. I tre psicologi, nel rispetto dei diversi stili di conduzione, concordano pienamente sull'importanza di focalizzarsi sul qui e ora con l'obiettivo di "... aiutare i pazienti a individuare i problemi di relazione e a rafforzare le energie interpersonali incoraggiandoli a frequentare la terapia post-trattamento, dove potranno perseguire ed elaborare le problematiche interpersonali identificate nel gruppo" (Yalom, 2009, p. 528).

A livello operativo, ci ispiriamo alle quattro fasi del modello proposto da Yalom: *orientamento e preparazione, definizione dell'ordine del giorno personale, adempimento dell'ordine del giorno, ricapitolazione* (2009, pag. 534). A fine seduta, lo psicologo scrive un resoconto che è sempre consultabile da tutti gli operatori. Alla riunione clinica della mattina successiva, vengono riportati i dati clinici serali, affinché possano integrarsi con i contributi degli altri operatori e ricomporsi in una visione unitaria, chiara e organica. Alla *riunione serale* il paziente ha libertà di parlare e di muoversi e, anche se il gruppo diventa una specie di prisma su cui può proiettare il suo nucleo caotico e dirompente, lo psicologo è sempre attento a ridimensionare interventi troppo lunghi e inappropriati. I pazienti più fragili e angosciati vanno protetti e rispettati e bisogna fare attenzione a non stravolgere completamente le regole e gli obiettivi del gruppo. Le due vignette cliniche che seguono possono aiutarci ad avere un'idea più chiara di cosa accade nella *riunione serale*.

A. è una vedova di 54 anni che presenta un grave disturbo di tipo psicotico da più di venti anni. Si ricovera volontariamente e spesso, poiché riesce a capire quando il suo stato di malessere sta pericolosamente alterando il già fragile equilibrio psichico della giovane figlia convivente. Chiama l'ambulanza e si fa condurre in ospedale dove generalmente accetta la terapia farmacologica, ma rifiuta ostinatamente le regole del reparto e della convivenza. Osserva, controlla, ammonisce, ordina, contesta il comportamento degli infermieri, prescrive soluzioni bizzarre e, spesso, si erge a paladina degli altri pazienti, raramente è violenta. Non

sempre le sue osservazioni sono senza senso, poiché riesce, anche se in modo disordinato, a dar voce e a portare alla coscienza sentimenti e pensieri pensati da altri e difficilmente espressi. Potremmo affermare che A. con il suo comportamento reifica quella parte inconscia estremamente primitiva, ribelle e distruttiva che pochi altri pazienti riescono a far emergere in modo così articolato. Nonostante la caparbia ostinazione a sovvertire le regole delle convivenza, A. sente quando deve fermarsi e far respirare gli altri (ad esempio quando c'è un'emergenza o un ricovero difficile). Queste sue caratteristiche, pur mettendo a dura prova il personale e gli altri pazienti, contribuiscono a vitalizzare il reparto rendendolo anche più giocoso e creativo. Questa donna non partecipa mai alla riunione serale, ma, in un recente ricovero, sembrava fosse interessata, tanto da affacciarsi spesso anche se con fare distaccato. Una sera, mormorando qualcosa di incomprensibile e con in bocca una sigaretta accesa, ha attraversato il gruppo già riunito da un po'; si è seduta vicino alla finestra fuori dal cerchio dando la schiena agli altri membri facendo finta di niente. Il conduttore ha atteso per affrontare il suo comportamento e dopo un po' le ha chiesto di unirsi al gruppo dopo aver finito di fumare. Lei ha risposto: "Non te lo sognare neanche, non vado da nessuna parte, io rimango qua!". E con ironia ha aggiunto: "ti propongo un gioco. Se il numero delle persone che sta lì è dispari, te compreso, vinci tu. Se è pari vinco io". E' inutile dire che il numero era dispari! Nel frattempo ha finito la sigaretta, si è girata verso il gruppo e ridendo ha detto al conduttore: "ragazzo, tu sei troppo serio! Mi angosci!". Il conduttore, che non è affatto un ragazzo, ringrazia A. del suo intervento perché ha permesso di alleviare l'angoscia del momento e ammette che a volte è troppo serio. A. ripete: "troppo serio, troppo serio!" e resta silenziosa al suo posto per molti minuti, poi si alza e, avviandosi verso l'uscita, afferma a voce alta e chiara: "questa sera ho fatto bene il mio lavoro". A. aveva colto il numero delle persone in un attimo, il loro assetto e soprattutto l'intollerabile angoscia che circolava in quel momento e, in modo impulsivo e con modalità proto mentali, ha fatto qualcosa che è stato utile all'intero gruppo. Forse A. ci ha voluto dire che riconosceva l'esistenza e la funzione del gruppo a cui poteva partecipare solo marginalmente e che sentiva il bisogno urgente di stemperare e sdrammatizzare tensione e angoscia presenti dentro di sé e fuori di sé. Se il conduttore avesse apostrofato il comportamento della paziente, forse lei avrebbe attaccato il gruppo e non sarebbe stato possibile ridimensionare col gioco il clima difficile di quel momento.

Questo esempio ci dice che i comportamenti divergenti hanno sempre un significato e, se ben indirizzati e contenuti nel gruppo, possono dar vita a salutari cambiamenti del clima e alleviare sentimenti angosciosi e paurosi. Anche quando una persona è molto confusa, offuscata e disorganizzata, se riesce a trovare il proprio tempo e la sua giusta collocazione nel gruppo, può essere in grado di comunicare, di dare e prendere qualcosa dagli altri.

Le porte aperte, anche se a volte rappresentano un disturbo alla concentrazione, permettono ad alcuni pazienti di avvicinarsi gradualmente al gruppo, di attraversarlo,

di entrare in ritardo, di uscire, di non entrare, di collocarsi in prossimità e persino di “origliare”. Questo spazio di riflessione e confronto si pone come ponte tra ciò che si può pensare e comunicare e tra ciò che ancora non è pensato e non può essere comunicato e condiviso.

F. è un pensionato di circa 60 anni che vive con la madre anziana e molto malata. Presenta un grave e cronico disturbo paranoico con rigido comportamento ossessivo e controllante da moltissimi anni. Viene ricoverato quando la sua angoscia persecutoria diventa insopportabile per l'ambiente domestico. Le sue crisi recenti sono scatenate principalmente dalle gravi condizioni fisiche della madre che richiedono assistenza continua da parte di personale esperto. Impotenza, solitudine, bisogno d'aiuto e sofferenza materna generano emozioni intollerabili in F. che smette di prendere i farmaci e diventa rabbioso. Assume e licenzia continuamente assistenti perché la sua ostinata perseveranza al controllo persecutorio e perfezionistico lo porta a interferire aggressivamente con l'operato altrui. Il risultato è che F. esaspera la madre, la badante e se stesso. Perde il controllo della situazione, telefona continuamente alle forze dell'ordine denunciando un complotto nei suoi confronti, dorme di meno, diventa iperattivo, irritabile e aggressivo verbalmente. A questo punto si rende necessario il ricovero, quasi sempre sotto forma obbligatoria all'inizio e durante il quale svaluta, minaccia e promette vendetta. Accetta la terapia dopo che, per l'ennesima volta, gli vengono spiegati principi attivi, benefici ed effetti collaterali, ma pretende con insistenza e in modo verboso e ripetitivo il riconoscimento pieno delle sue convinzioni. Durante il ricovero, prende appunti, stila memorandum di future querele, minaccia ritorsioni, respinge i colloqui e appena pensa di aver subito un minimo affronto chiama il suo avvocato, rifiuta la terapia e il pranzo o la cena. Si isola e non partecipa alla riunione serale anche se, a volte, passeggia per il corridoio con una valigetta affermando di essere solo di passaggio e di essere pronto per tornare a lavoro. Durante l'ultimo ricovero, viene visto fermo accanto alla porta della stanza mentre la riunione serale era in corso. L'operatore lo invita a entrare, ma F. risponde con gentilezza che preferisce restare in quella posizione perché “così posso appurare bene se si parla di me”. F. resterà ad ascoltare fuori della stanza per un lungo periodo di tempo generando osservazioni e vissuti contrastanti negli altri partecipanti. L'indomani esprime approvazione per la conduzione del gruppo serale e, senza alcuna arroganza, chiede allo psicologo di aiutarlo ad affrontare l'ennesima difficoltà con l'attuale badante straniera. Lo psicologo gli fornisce la sua disponibilità e lo invita a partecipare alla successiva riunione serale, ma F. risponde: “dottore mi creda, vorrei, ma non sono ancora pronto a discutere con gli altri senza rancore. Se non le dispiace, preferisco ascoltare dal corridoio”.

In questo caso, il paziente ha potuto utilizzare lo spazio terapeutico gruppale nel pieno rispetto dei propri tempi e modalità e forse è riuscito a prendere qualcosa. Certamente ha potuto sperimentare l'assenza di un complotto nei suoi confronti e un briciolo di fiducia in un altro essere umano. Ha sospeso temporaneamente la sua

cronica sospettosità e ha permesso a un operatore di farsi aiutare su un problema per lui importante.

Fattori terapeutici e obiettivi della riunione serale

Spesso ci chiediamo se denominare questa attività serale “psicoterapia di gruppo”, ma ancora abbiamo delle resistenze, perché essa è un dispositivo di cura particolare, sui generis, transitorio e di breve durata per i pazienti che, durante un ricovero, accedono mediamente a 4 sedute. E’ una struttura terapeutica transitoria, parziale, ma intensa, la cui continuità è nella mente degli operatori e nel suo ripetersi quotidiano con partecipanti sempre diversi. “Il riferimento mentale temporale è di ciascuna seduta ma nel gruppo rimane sempre un nucleo di persone che per un certo numero di incontri vive secondo la tradizione del reparto ed è in grado di trasmettere le norme del gruppo ai pazienti appena arrivati” (Stòccoro, 2006, pag. 94). Nonostante tutte le peculiarità di questo tipo di intervento di gruppo, non possiamo non pensare a quegli elementi responsabili del cambiamento positivo in psicoterapia che Yalom (2009, pag. 21) ha denominato “fattori terapeutici”: *infusione di speranza, universalità, informazione, altruismo, cambiamento del copione familiare, socializzazione, comportamento imitativo, apprendimento interpersonale, coesione di gruppo, catarsi, fattori esistenziali*. Gli obiettivi sono necessariamente limitati, raggiungibili e a misura delle capacità e potenzialità dei partecipanti che sono incoraggiati a concentrarsi sull’esperienza del momento. Volendo riassumere gli obiettivi terapeutici di un siffatto gruppo, riportiamo fedelmente i sei obiettivi *appropriati e realistici* descritti da Yalom (2009, pag. 520):

- *coinvolgere il paziente nel processo terapeutico.*
- *Dimostrare che parlare aiuta.*
- *Individuare i problemi.*
- *Diminuire l’isolamento.*
- *Essere d’aiuto agli altri.*
- *Alleviare l’angoscia provocata dal ricovero in ospedale.*

Conclusioni

Abbiamo provato a descrivere come funziona l'approccio psicologico di gruppo di un reparto psichiatrico e come possa essere declinata la pensabilità individuale e collettiva. L'organizzazione grupppale risponde, in prima istanza, ad una funzione protettiva per il singolo operatore, ma permette efficacemente ai familiari e ai pazienti di sperimentare qualcosa che si contrappone al vuoto di risposte e di relazioni ancora presente tra curante e paziente in medicina. I nostri pazienti possono verificare quotidianamente che tutto il reparto è curativo e che ogni operatore è capace di dare una risposta perché parte informata e partecipe di un tutto estremamente attivo e in continua evoluzione. Questa organizzazione grupppale non annulla confini e specificità professionali e individuali a vantaggio della massificazione e della deresponsabilizzazione, ma permette il raggiungimento degli obiettivi di cura senza che gli operatori vivano la devastante esperienza della solitudine di fronte al mondo psicotico. I pazienti conosciuti e soprattutto quelli ricoverati per la prima volta apprendono velocemente a rispettare lo spazio e i tempi delle varie riunioni cliniche e spesso assistiamo a dialoghi tra un paziente che spiegava a un altro "... quando i medici sono in riunione, bisogna aspettare perché stanno lavorando per noi".

La *riunione serale* aiuta a dare un senso a quel materiale frammentato e disorganizzato che emerge all'inizio di ogni incontro, in una "continuità" garantita dalla presenza dei conduttori che raccolgono, organizzano e riannodano tutte le informazioni sui pazienti e le condividono con il resto dei curanti. Lo sforzo dei conduttori nella raccolta della dimensione personale di ogni paziente è quello di liberarla dal "rumore di fondo" del sintomo e consentirle di divenire comprensibile, comunicabile e condivisibile, passibile di scambio e promotrice di interazione tra persone e non tra malati.

Bibliografia

- Anzieu, D. *Il gruppo e l'inconscio*. Roma: Borla, 1979.
- Badaracco, J. G. *Psicoanalisi multifamiliare*. Torino: Boringhieri, 2004.
- Bion, W. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando, 1972.
- Correale, A. *Il campo istituzionale*. Roma: Borla, 1991.
- Ducci, A., Marzano A. *Le attività di gruppo nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*. In www.funzionegamma.it, 2014.
- Fava, E., Masserini, C. *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Milano: Franco Angeli, 2002.
- Ferruta, A. (2013). *Come lavora il pensiero grupppale in differenti situazioni cliniche*. In Gabbriellini, G. (a cura di). *Il pensiero grupppale nel lavoro con il paziente, nelle supervisioni, nei servizi*. Pisa: Felici, 2013.
- Foulkes, S. H. *Analisi terapeutica di gruppo*. Torino: Boringhieri, 1967.

Foulkes, S. H. *La psicoterapia gruppo analitica*. Roma: Astrolabio, 1976.
Kaës, R. *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Roma: Borla, 1999.
Kaës, R. (1999). *Lezioni romane*. In www.funzionegamma.it.
Michellini S., Gasseau M. *Psicoterapia di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura*. Roma: Franco Angeli, 2003.
Mosher, L, Smith, S. *Psychosocial treatment: individual, group, family and community support approaches*. Schizophrenia Bulletin. Vol. 6, 10-41. 1980.
Neri, C. *Gruppo*. Roma: Borla, 1995.
Yalom, I. D., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Boringhieri, 2009.
Yalom, I. D. *Inpatient group psychotherapy*. Basic books, 1983.
Stòccoro, C. *Il fuoco si spegne col fuoco*. In Carnevali R., Pratelli, A. *Pensare il gruppo*. Milano: ARPANet, 2006.

Nota sugli autori

Fiore Bello: psicologo clinico, psicoterapeuta e specialista in Psicologia della Salute. Dal 1995 conduce gruppi psicoterapeutici e riabilitativi nei servizi di salute mentale pubblici. Nel 2012 ha partecipato alla Leicester Group Relations Conference del Tavistock Institute. Attualmente lavora presso il Dipartimento di Salute Mentale della ASL ROMA 2.

Anna Mei: psicologa, psicoterapeuta, Dipartimento di Salute Mentale ASL ROMA 2.

Maria Letizia Satta: psicologa, psicoterapeuta, Dipartimento di Salute Mentale ASL ROMA 2.

Eleonora Baroni: psicologa, psicoterapeuta e specialista in Psicologia della Salute, PhD, Università La Sapienza, Roma. Prof.ssa a contratto presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università La Sapienza, Roma.

e-mail: fiorebello2@gmail.com