



**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia  
Psicodinamica**

**ORDINE DEGLI STUDI**

*Corso Quadriennale di Specializzazione in* **PSICOTERAPIA  
PSICODINAMICA**  
**(Secondo la prospettiva del Ciclo di vita)**

## **Indice**

### **Informazioni generali**

Presentazione del Ce.R.I.P.A. Onlus, della Scuola e Sede  
Associazioni Nazionali ed Internazionali  
Workshop e Congressi  
Pubblicazioni

### **Finalità e destinatari del corso**

#### **Il Progetto formativo**

#### **Discipline e Attività Didattiche**

Primo Anno  
Secondo Anno  
Terzo Anno  
Quarto Anno  
Altre attività didattiche

#### **Attività di ricerca**

#### **Approccio Formativo e metodologico**

Metodologie didattiche  
Tirocinio  
Psicoterapia personale  
Tesi di specializzazione  
Assenze e debiti formativi  
Referenti e commissioni  
Biblioteca  
Info Ce.R.I.P.A. Onlus

**Bibliografia di riferimento**

**Letture consigliate**

## **INFORMAZIONI GENERALI**

**Il CE.R.I.P.A. Onlus** è una Associazione culturale e scientifica che nelle sue attività formative annovera il **Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicodinamica**.

Il quadro di riferimento teorico/operativo, basato sui fondamenti essenziali della psicologia del ciclo di vita, si articola su una serie di elementi (teorici, metodologici e tecnici) peculiari delle prospettive psicoanalitiche post freudiane, in modo particolare quelle che rientrano nell'ambito delle teorie delle relazioni oggettuali, la teoria centrata sul transfert elaborata da Otto Kernberg, dal sistema evolutivo di Erik Erikson, integrate dagli apporti delle teorie dell'attaccamento e costruttiviste, ma anche dagli sviluppi attuali delle neuroscienze.

### **Sede**

La sede centrale del Ce.R.I.P.A. Onlus è sita a Latina in Viale P.L. Nervi c/o Centro Commerciale Latinafiori snc "Torre Orchidee"

La sede didattica è sita a Latina in via Gran Bretagna 22

**Segreteria:** **Centro Latinafiori** Latina

Telefono: 3922719876

Fax: 0773 604316

e-mail: scuolaspeceripa@gmail.com

Sito: [www.ceripa.it](http://www.ceripa.it)

**Referenti:** Prof. Rosario Di Sauro

e-mail: [rosariodisauro@gmail.com](mailto:rosariodisauro@gmail.com)

Tel 3474893332

dott.ssa. Manuela Maltese

e-mail: [manuela-maltese@libero.it](mailto:manuela-maltese@libero.it)

Tel 3397155732

**IL COMITATO SCIENTIFICO del Ce.R.I.P.A. Onlus** è costituito da:

**PRESIDENTE:**

**Prof. R. Di Sauro**

Prof. a contratto Università Tor Vergata Roma

**MEMBRI DEL COMITATO SCIENTIFICO:**

**Prof.ssa R. Alvaro**

Prof. Ass. Università Tor Vergata Roma

**Prof. E. Baccarini**

Prof. Ass. Università Tor Vergata Roma

**Prof. A. Carlesimo**

Prof. Ass. Università Tor Vergata Roma

**Prof. M. Chiesa**

Primario psichiatra & Honor Senior Lecturer The Cassel Hospital & University College London

Psicoanalista IPA Membro Ordinario della British Psychoanalytical Society

**Prof.ssa A. Fabrizi**

Università IUSM Roma

**Dott.ssa Liliana Ferrero**

Psicologa, Membro Ordinario della Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Direttrice della Comisin Nacional de Mujeres Profesionales Italoargentinas.

**Prof. Accursio Gennaro**

Prof. Associato Università Sapienza, Roma

**Prof. M. Grasso**

Prof. Ordinario Università Sapienza Roma

**Prof. A. Manzi**

Assistant Professor of psychology, Mercy College, New York

**Prof. Luciano Mecacci**

Già Prof. Ordinario Università di Firenze

**Prof. R Moguillasnsky**

Departamento de Salud Mental Univ. de BuenosAires, Membro Ordinario con funzione didattica Dell'Asociación Psicoanalitica APdeBA

**Prof. G. Nicolais**

Prof. Ass. Università Sapienza Roma

**Prof.ssa Adele Nunziante Cesàro**

Prof. Ordinario Università Federico II Napoli

**Dott.ssa Silvia Nussbaum**

Medico Psichiatra, Membro Ordinario con funzione didattica dell'Asociación Psicoanalitica de Buenos Aires APdeBA, Full Member dell'Asociación Psicoanalitica internacional IPA

**Prof. A. Pennella**

Prof. a contratto. Università Sapienza Roma

**Prof. L. Provenzano**

Ricercatrice confermata Università Sapienza Roma

**Prof. G. Rocco**

Prof a contratto Università Tor Vergata Roma

**Prof. A. Sbardella**

Prof. a contratto Università Sapienza Roma

**Prof. Massimo Scialpi**

Prof. a contratto Università Tor vergata Roma

**Prof. Paolo Valerio**

Prof. Ordinario, Università Federico II Napoli

**IL COMITATO DIRETTIVO del CE.R.I.P.A. Onlus** è costituito da:

Stefania Bertìe

Donata Cavallo

Rosario Di Sauro

Manuela Maltese

Francesca Marchegiani

Alessandra Mura

Anna Riccardi

**IL COMITATO SCIENTIFICO del CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA PSICODINAMICA** è composto:

**PRESIDENTE**

**Prof. G. Nicolais**

Prof. Ass. Università Sapienza Roma

**Membri del Comitato:**

**Prof. M. Grasso**

Prof. Ordinario Università Sapienza Roma

**Prof. A. Carlesimo**

Prof. Ass. Università Tor Vergata Roma

**IL CONSIGLIO DEI DOCENTI del CORSO DI SPECIALIZZAZIONE** è composto da:

**Prof.ssa Rosaria Alvaro**

Prof. Ass. Università Tor Vergata, Roma

**Dott.ssa Monica Baron**

Dirigente Psicologo ASL Ceccano

**Dott.ssa Chiara Bergerone**

Psicologa, Psicoterapeuta, Analista Transazionale

**Prof. Augusto Carlesimo**

Prof. Ass. Università Tor Vergata, Roma

**Dott.ssa Donata Cavallo**

Psicologa, Psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico

Ce.R.I.P.A. Onlus (**didatta**)

**Prof.ssa Barbara Cordella**

Ricercatrice confermata Università Sapienza Roma; Docente Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università La Sapienza Roma

**Prof.ssa Anna Di Norcia**

Ricercatrice Uni Sapienza Roma

**Dott. Franco Di Nucci**

Psicologo psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo comportamentale e strategico Dirigente psicologo ASL Latina

**Prof. Rosario Di Sauro**

Psicologo, Psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico

Prof. a contratto Università Tor Vergata, Roma (**didatta**)

**Prof.ssa Adele Fabrizi**

Psicologo, Psicoterapeuta, Prof. a contratto Facoltà di Psicologia 1, Università La Sapienza Roma; Prof. IV Università degli studi di Roma, IUSM; Docente e Supervisore dell'Istituto di Sessuologia Clinica di Roma

**Dott.ssa Gaetana Giannotta**

Psicologa, psicoterapeuta indirizzo Gestaltico

**Dott. sa Manuela Maltese**

Psicologa, Psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico Ce.R.I.P.A. Onlus (**didatta**)

**Dott.ssa Francesca Marchegiani**

Psicologa, Psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico  
Ce.R.I.P.A. Onlus

**Dott. Concetta Malvaso**

Medico chirurgo, Specialista in Pediatria

**Prof. Luciano Mecacci**

Prof. Ordinario, già Pro Rettore Università degli studi di Firenze

**Dott.ssa Alessandra Mura**

Psicologa, Psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico  
Ce.R.I.P.A. Onlus (**didatta**)

**Prof. Giampaolo Nicolais**

Psicologo clinico

Prof. Ass. Università Sapienza Roma

Presidente Comitato Scientifico

**Dott. Franco Norelli**

Psicologo psicoterapeuta, indirizzo psicoanalitico

**Prof. Augusto Pasini**

Medico, Specialista in Psichiatria

Prof Ass. Università Tor Vergata, Roma

**Prof. Angelo R. Pennella**

Psicologo, Psicoterapeuta;



Prof. a contratto Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università Sapienza, Roma

**Dott. Bruno Pinkus**

Psicologo, Psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico.  
Cooperativa Sociale GNOSIS, Marino (RM)

**Dott. Lorenzo Polli**

Psicologo, Psicoterapeuta ad indirizzo sistemico relazionale  
Dirigente ASL Latina

**Dott. Riccardo Pulzoni**

Medico, Specialista in Psichiatria  
Psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo comportamentale

**Dott.ssa Anna Riccardi**

Psicologa, Psicoterapeuta ad indirizzo sistemico relazionale  
Ce.R.I.P.A. Onlus

**Prof. Gennaro Rocco**

Prof a contratto Università Tor Vergata, Roma

**Prof. Alberto Sbardella**

Medico, Specialista in Psichiatria  
Prof a contratto Università Sapienza, Roma

**Prof. Massimo Scialpi**

Psicologo, Psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico  
Prof. a contratto Università Tor Vergata, Roma

**Prof.ssa Simona Spiridigliozzi**

Prof. a contratto Università Tor Vergata Roma

**Prof.ssa Maria Pia Viggiano**

Prof. Ordinario Università di Firenze

## **COLLABORAZIONI E CONVENZIONI CON ASSOCIAZIONI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI**

Il Ce.R.I.P.A. Onlus attraverso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia psicodinamica ha istituito rapporti di collaborazione culturale e scientifica con:

**Prof. R. Moguillasnsky**

Departamento de Salud Mental Univ. de BuenosAires, Membro Ordinario con funzione didattica Dell'Asociación Psicoanalitica APdeBA

**Prof. M. Chiesa**

Primario psichiatra & Honor Senior Lecturer The Cassel Hospital & University College London Psicoanalista IPA Membro Ordinario della British Psychoanalytical Society

**Prof. A. Manzi**

Assistent Professor of psychology, Mercy College, New York

**AMI** (Associazione Italiana Avvocati Matrimonialisti, sez Latina).

**Associazione Centro Donna LILITH (Latina)**

**Associazione Gnosis (Cooperativa Sociale)**

## **ALTRE ATTIVITÀ CLINICHE E FORMATIVE**

IL Ceripa Onlus continua la collaborazione attraverso alcuni didatti della Scuola attraverso attività di insegnamento presso l'Università Nostra Signora del Buon Consiglio di Tirana (Albania), in collaborazione con l'Università di Tor Vergata.

## **CONVENZIONI**

Asl Latina

Asl Frosinone

Comunità Esserci Terracina

Altre Convenzioni saranno stipulate in conformità alle richieste degli Allievi.

## **WORKSHOP E CONGRESSI**

Oltre alle attività didattiche che svolgerà nell'ambito del Corso Quadriennale di Specializzazione, il Ceripa Onlus organizza incontri e seminari di aggiornamento e un Congresso annuale su temi attinenti la psicologia clinica, la psicologia del ciclo di vita e la psicoterapia psicoanalitica.

## **ATTIVITÀ SVOLTE DAL CERIPA DAL 2009, ANNO DELLA SUA COSTITUZIONE AD OGGI**

Per tale sezione si rimanda alla home page del sito web:  
[www.ceripa.it](http://www.ceripa.it)

## **PUBBLICAZIONI**

Il Ce.R.I.P.A. Onlus pubblica periodicamente una **Newsletter** e i **Quaderni Ceripa**; questi ultimi fino ad ora pubblicati:

**N. 1 La relazione di aiuto**

**N. 2 La mente nella mente SOSTenere il benessere psicosociale**

**N. 3 I disturbi psicosomatici**

**N. 4 L'assessment teoria e clinica fra psicoterapia e neuroscienze**

**N. 5 La felicità come cura di sé**

**N.6 Quale psicoterapia per l'uomo d'oggi**

**N. 7 Il disagio della civiltà: dai figli di Edipo ai figli di Narciso (in stampa)**

Inoltre attraverso il suo Direttore cura le seguenti Collane:

**Psicologia Clinica e Psicoterapia;**

**Psicologia sociale e contesti sanitari;**

tutte con ARACNE EDITRICE.

## ***FINALITÀ E DESTINATARI DEL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE***

Il Corso intende promuovere e sviluppare una conoscenza specialistica dei principi della psicologia del ciclo di vita, della psicologia clinica e della psicoterapia ad orientamento psicoanalitico, nonché una valida competenza operativa all'uso dei loro metodi e tecniche nell'arco di vita del soggetto.

Il Corso, equipollente ai Corsi di Specializzazione Universitaria, consente l'esercizio dell'attività psicoterapeutica ed è rivolto a laureati in Psicologia (Quinquennale) o in Medicina e Chirurgia o che abbiano conseguito i corrispondenti titoli ai sensi del nuovo ordinamento di cui al Decreto ministeriale 11 dicembre 1998, n. 509 e successive modificazioni e integrazioni, iscritti nei rispettivi albi (Ordinanza MIUR del 10/12/2004). Possono altresì accedere al Corso anche i laureati che, in assenza di iscrizione al proprio Albo, superino l'Esame di Stato e effettuino l'iscrizione all'albo nella prima sessione utile dopo l'avvio del primo anno accademico (il non superamento del suddetto esame nei termini previsti dall'attuale normativa comporta l'esclusione dell'allievo dal Corso).

## ***IL PROGETTO FORMATIVO DEL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA PSICODINAMICA***

### **INTRODUZIONE**

I fondamenti teorici e metodologici della **Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicodinamica** sono identificabili nei costrutti principali: teorici e clinici della Psicologia del ciclo di vita; della Psicologia clinica; della Psicoanalisi post-freudiana, in particolare della Teoria delle Relazioni Oggettuali; della Teoria dell'attaccamento, integrate ed arricchite dai contributi delle neuroscienze. I processi formativi, su cui si intende basare il suddetto corso di specializzazione, sono imperniati fortemente su tre vettori interagenti fra loro: la formazione teorica, la formazione alla prassi, con lo studio e l'applicazione della tecnica ed, infine, la formazione personale (Di Sauro, 2009).

Illustriamo di seguito i principi teorici e clinici che costituiranno la base per il percorso formativo della Scuola. La presentazione qui esposta vuole offrire una panoramica sui costrutti scientifici sui quali il progetto formativo si articola, considerando due vettori che si in-

trecciano in modo fluido e coerente: la “Prospettiva del ciclo di vita” e la “Psicoterapia Psicodinamica” applicata a tutto l’arco di vita anche se in modo particolare all’adulto.

La complessità della vita nella società odierna: “Liquida” (Bauman) o “Cementificata” (Galimberti) che sia, comporta inevitabilmente una visione d’insieme di ciò che si può intendere per “essere umano” e della sua esistenza. Di conseguenza anche lo studio sull’uomo necessita di angolazioni diverse da cui partire per aprirsi ad una possibile conoscenza dei comportamenti umani. Non è possibile, sia dal punto di vista epistemologico che storico, affrontare l’essenza umana partendo solo da una prospettiva, anche se, allo stesso tempo, l’intervento specifico sui comportamenti psicopatologici che l’individuo esprime nel contesto sociale, necessita di un intervento mirato alla comprensione dei suoi disagi (diagnosi) e di una chiave di lettura basata su progetti clinici ed esistenziali precisi. Tali considerazioni affondano la loro interpretazione necessariamente nelle valenze psicologiche, antropologiche, sociologiche e, finanche, filosofiche, per poter comprendere maggiormente le evoluzioni umane all’interno del suo

ciclo vitale. Al centro di questo quadro sociale, incontrovertibilmente complesso, dunque, vi è da considerare il cambio di patologia che affligge l'uomo d'oggi e le cure necessarie, nel nostro caso la psicoterapia, utili per il suo benessere. Le patologie psichiche hanno subito, nel corso degli anni, un fondamentale cambiamento ovvero si è assistito ad un passaggio da patologie cosiddette nevrotiche, tipiche dello studio della prima psicoanalisi, a patologie sicuramente di stampo più narcisistico, visti gli orientamenti sociali che l'uomo odierno vive, soprattutto facendo riferimento ad una società scissa e frammentata che difetta di figure di riferimento stabili e di sicura pregnanza emotiva. Si può assistere, senza possibilità di smentita, ad una sorta di "solitudine" dell'essere umano; sembrerebbe un paradosso ma in sostanza è proprio così ovvero l'era tecnologica, e con essa alcuni strumenti di dominio pubblico come i social network non ha favorito uno scambio creativo e fondato su relazioni profonde ma scambi piuttosto virtuali che impediscono un vero confronto ed una vera possibilità di crescere con l'aiuto dell'altro. L'alterità dunque, incarnata e identificata, a volte nella figura dei genitori, a volte in quella dell'educatore o

dell'insegnante, a volte in altre figure di riferimento, non è più una *conditio sine qua non* per creare relazioni stabili e soprattutto utili alla crescita degli individui. Alla cultura dell'amore, della narrazione e del dialogo si è sostituita la cultura del virtuale e del virtuosismo, inteso come processo di informazione scambiato senza partecipazione emotiva o perlomeno con l'assenza della responsabilità tipica di un processo di maturazione dell'individuo. Tutto ciò ha creato una solitudine dove la persona, essere sociale per definizione, bio-psico-sociale diremmo oggi, ha perso l'essenza stessa dell'esistenza: vivere per raggiungere la felicità, in quanto bisogno necessario dell'essere umano per la realizzazione del suo sé. Il sé dunque, ed il suo sviluppo nell'intero arco di vita dell'individuo, è sia il filo conduttore fra esperienza soggettiva ed intersoggettiva dell'uomo (Ammaniti, Gallese, 2014), sia il punto centrale di realizzazione e trasformazione dell'esistenza umana. Il sé ed il suo divenire nell'arco del ciclo di vita, come viene inteso all'interno di questo progetto, è la pietra miliare sulla quale si fonda l'interesse epistemologico, clinico e terapeutico, secondo il nostro approccio.



## **Il ciclo di vita**

In questi ultimi anni, coerentemente con un'epistemologia complessa e sicuramente non troppo autoreferenziale e circoscritta della psicoterapia, si sta facendo strada, nel panorama scientifico psicologico, la "prospettiva del ciclo di vita", con cui crediamo ogni approccio clinico dovrebbe, in un qualche modo, confrontarsi. Il ciclo di vita o, meglio ancora, l'arco di vita, lo possiamo intendere come il processo attraverso il quale gli individui affrontano le tappe della loro esistenza all'interno del sistema sociale e culturale dove vivono. Ciò che rende implicito il concetto di Ciclo di vita è senza ombra di dubbio il fatto che vivere comporta dei cambiamenti e, per definizione, la psicologia del ciclo di vita si occupa di documentare, spiegare ed in un qualche modo influenzare tali cambiamenti. Il concetto principale della psicologia del ciclo di vita, ovviamente, è quello di sviluppo fondato sul miglioramento di basi valoriali. Ad esemplificazione di ciò e, senza entrare in merito alla complessità dello sviluppo morale e delle sue componenti psicosociali, riportiamo

sinteticamente uno schema di sviluppo su basi valoriali secondo tre Autori: Thomas (1990, pag. 50); Chaplin (1988, pag. 45); Rogers (1980, pag 80), cit. in Sugarman(2003, pag. 5-6)

Per Thomas lo sviluppo valoriale si ha quando:

- Le persone hanno la sensazione di soddisfare i propri bisogni in modo adeguato.
- Il loro comportamento non lede ingiustamente i diritti e le opportunità di altre persone.
- Adempiono le responsabilità ritenute generalmente ragionevoli per persone della loro capacità (fisica e mentale) e del loro ambiente sociale.
- Le loro caratteristiche personali non fanno sì che altre persone le trattino in modo offensivo sotto l'aspetto fisico, psicologico o sociale o che neghino loro le opportunità di realizzare le proprie ambizioni.

Chaplin considera lo sviluppo come una evoluzione non lineare e direzionale verso una condizione finale esplicita e coerente, pertanto:

- L'individuo cresce non per linea retta ma attraverso una sorta di spirale. Il tutto dovrebbe con-

durre il sé del soggetto verso una forma di armonia.

Rogers (*e tutta la psicologia umanistica esistenziale*) vede lo sviluppo come una sorta di espansione personale in una logica di compromessi e rischi evolutivi. Apprendere dall'esperienza rende la vita degna di essere vissuta.

Volendo evidenziare in un quadro sintetico i tratti costitutivi della prospettiva *life-span*, essi possono essere identificati attraverso i seguenti costrutti:

- l'estensione dello sviluppo ontogenetico a tutta la vita e non più relegato agli anni dell'infanzia o ad altre fasce di età;
- l'esistenza di una notevole variabilità individuale a proposito degli schemi di evoluzione e cambiamento;
- l'elevata complessità del processo di sviluppo che trova la propria formalizzazione non tanto e non più in termini di crescita-maturità-declino, bensì in un'organizzazione flessibile di fasi o stadi.

Secondo questa impostazione ciascuna fase è caratterizzata da momenti di crescita e di declino, intesi come

processi congiunti; lo sviluppo psicologico, o come meglio ci piace dirlo, del divenire del sé, è co-determinato da fattori interni, familiari, ambientali e assume forme diverse in funzione delle varie condizioni di vita, storiche, sociali, culturali. Appare piuttosto evidente, secondo la prospettiva del ciclo di vita, come lo sviluppo sia inevitabilmente multidimensionale e multidirezionale.

Un'associazione assai stretta fra dimensione della life span e psicoanalisi, su cui si fondano le basi epistemologiche del nostro approccio, è data, fondamentale, ma non solo, dalla teoria di Erikson (1976) e da quella dei Sistemi motivazionali di Lichtenberg, Fosshage, Lachmann (2014).

La teoria di E. Erikson che, come è noto, si dispiega lungo l'intero arco di vita del soggetto, individua, all'interno di otto stadi, crisi evolutive che il soggetto deve necessariamente affrontare per poter raggiungere un concetto di sé coeso e maturo. Il mondo psicoanalitico, tuttavia, è in continuo cambiamento, determinando, al suo interno, un approccio di studio basato sul passaggio da un modello della mente monadico ad uno bi-personale o intersoggettivo (Mitchel 1983; Di Sauro

2009). Se l'approccio di Erikson, fondamentalmente, fa riferimento alla psicologia monadica freudiana, pur allargandone i confini ad una prospettiva sociale, altri autori, pur partendo da una psicologia del sé, sono arrivati a definire l'evoluzione umana e, di conseguenza, l'intervento clinico al quale rifarsi nel momento in cui si assiste a degli arresti evolutivi, attraverso una epistemologia intersoggettiva del ciclo di vita. Lichtenberg, Fosshage e Lachmann (2014) fanno riferimento ai "sistemi motivazionali" che si dispiegano lungo tutto il percorso esistenziale dell'individuo. Gli affetti o le emozioni come gioia, rabbia, dolore, paura, tristezza ecc., unanimemente condivisi in tutti i contesti culturali, accrescono o, al contrario, impediscono la regolazione affettiva, dandone la piena disponibilità soggettiva della continuità esistenziale. In questo senso, come Zavattini e Amadei propongono (2014, pag 11): "*...lo sviluppo del senso di sé viene dunque visto come un processo interpersonale, una costituzione articolata e sfaccettata che rappresenta una preoccupazione motivazionale centrale per tutta la vita, e per la realizzazione del quale dipendiamo in modo inconsistente dalle altre persone*". L'attenzione all' "attenzione" diviene

dunque la strategia fondante l'esperienza clinica sulla quale si dipana la matassa dei rapporti interpersonali passando attraverso il cambiamento da strutture mentali rigide a strutture sicuramente più flessibili. Se gli otto stadi di Erikson sono sicuramente più famosi e conosciuti, ci sembra importante, per chiarire la nostra impostazione metodologico-clinica, riportare alcuni punti fondamentali che Lichtenberg e collaboratori hanno proposto in un recente contributo (Lichtenberg, Lachmann, Fosshage (2014, pag. 17).

Essi sono:

- una teoria dei sistemi dinamici non lineari può servire da metateoria psicoanalitica;
- si ottengono descrizioni di eventi psichici attraverso la combinazione di cinque punti di vista: influenze, intenzioni, inferenze, comunicazione e regolazione;
- i sistemi motivazionali che si esprimono lungo l'arco di vita sono: regolazione fisiologica, attaccamento, esplorazione-assertività, avversività, piacere sensuale-sessuale e vengono aggiunti affiliazione e accudimento;
- percepire in modo empatico lo stato mentale dell'altro comporta inevitabilmente fare delle inferenze su intenzioni e obiettivi;

- il processo della costruzione di inferenze è la porta di accesso attraverso cui entrano le teorie analitiche (o personali), influenzando la comprensione del passato e del presente, i livelli impliciti ed espliciti di elaborazione e la relazione che emerge all'interno della diade;
- i costrutti mentali complessi, come l'amore e l'odio, il sé, l'identità e la creatività, implicano la confluenza e la fluida interazione di più sistemi motivazionali;
- le linee guida per gli approcci terapeutici che abbiamo proposto in precedenza permettono di esercitare un'influenza terapeutica a un livello implicito ed esplicito di elaborazione e comprensione degli affetti, delle intenzioni e degli obiettivi.

### **L'intervento nel ciclo di vita**

Quando si fa riferimento alla psicologia del ciclo di vita, non si può prescindere dal prendere in considerazione l'intervento che si occupa del cambiamento. Essendo la psicologia del ciclo di vita articolata e multidimensionale, di conseguenza non si può erogare un unico intervento. In altri termini, *"[...]non è possibile offrire consigli prestabiliti sull'intervento ideale. Non*

*possiamo definire l'intervento ideale e non esiste una sola, inequivocabile risposta quando ci domandiamo quali comportamenti debbano essere oggetto di intervento. Le decisioni devono essere prese in un contesto individuale che tenga in considerazione la specifica situazione”* (Sugarman, 2003, pag. 211, 212). Volendo, quando si parla di ciclo di vita, possiamo fare riferimento ad una serie di modelli che prendono in considerazione gli stadi e le criticità degli individui. In questo paradigma rientra un organigramma dell'intervento che fa riferimento ad una serie di *step*:

- Il sé.
- Il sistema di aiuto naturale.
- Il sistema di mutuo aiuto.
- Il sistema di aiuto “non professionale”.
- Il sistema di aiuto professionale.

Secondo Hopson e Scally (1981, p. 57), il potenziamento del sé è visto *“come un processo attraverso il quale una persona si fa gradualmente carico di se stessa e della propria vita”*. E' evidente come il concetto di responsabilità sia determinante all'interno di questo modello di intervento.



I sistemi di aiuto naturale fanno riferimento a tutti quei contesti dove i caregivers generici: amici, educatori, insegnanti ecc., offrono sostegno al soggetto in difficoltà durante il suo ciclo di vita. Purtroppo, come segnalato nell'introduzione, proprio la mancanza di figure significative ha contribuito ad arrestare processi di scambio e comunicazione efficace fra le persone.

Il sistema di mutuo aiuto, strettamente legato al precedente, fa riferimento a tutte quelle situazioni, circoscritte ad eventi particolari, dove gli individui che hanno vissuto tali esperienze si confrontano.

Il sistema di aiuto "non professionale" si riferisce, per esempio, a tutte quelle forme di volontariato sociale che non evitano la competenza di chi eroga la prestazione di aiuto.

Il sistema di aiuto professionale, invece, è quel sistema che prevede esperienze specialistiche tipiche dei soggetti: psichiatri, psicologi, counsellor, ecc. che intervengono qualora le altre tipologie di sistemi non hanno avuto esito positivo o non sono stati contemplati.

Tutti i sistemi sopra menzionati, ovviamente, fanno riferimento al cambiamento e gli ambiti di intervento si esprimono attraverso fattori cognitivi, emotivi, lingu-

stici, sociali. Quando si parla di obiettivi di intervento nel ciclo di vita perlopiù si pensa al trattamento terapeutico ma, come abbiamo visto, esso è solo uno degli obiettivi attraverso cui si esprime il cambiamento. Il motto “prevenire è meglio che curare” rimane molto spesso solo una buona intenzione, soprattutto nella realtà italiana. La cosiddetta prevenzione primaria rimane fuori dagli obiettivi degli orientamenti che non prendono in considerazione il ciclo di vita. E’ in questa logica, almeno secondo il modello proposto, che ciclo di vita e psicoterapia, ma prima ancora psicologia clinica, si coniugano. Per inciso, intendiamo la psicologia clinica come la prassi che si dispiega lungo gli assi della sua completa applicazione, ovvero centrata sulla valutazione diagnostica, sulla cura o psicoterapia, ma soprattutto sull’acuire il benessere delle persone; in tale ottica possiamo parlare di prevenzione primaria.

Come altrove riportato (Di Sauro, Riccardi, 2014), purtroppo la psicologia clinica in Italia si è maggiormente soffermata sui primi due aspetti, tralasciando completamente il terzo. Al contrario, crediamo che una lettura attenta degli stati psicologici ed interpersonali che gli individui strutturano debbano essere connessi

inevitabilmente a tale prospettiva. Per far ciò è necessario, tuttavia, che lo psicoterapeuta superi le *secche* della sua autoreferenzialità formativa e si apra a sinergie fruttuose con altri metodi e modelli psicoterapeutici. Ben inteso, non si sta propugnando una sorta di eclettismo psicoterapico, anzi, la psicoterapia deve seguire prassi e teorie ben precise tipiche del proprio statuto epistemologico. Tuttavia, vista la complessità esistenziale, sia essa biologica, psicologica o culturale, la psicoterapia deve essere aperta a diversi contributi teorici, per approdare magari ad una sintesi personalizzata che renda lo psicoterapeuta capace di essere fermo alla sua teoria della tecnica ma al contempo capace di pensare pensieri complessi che attengano ad altre interpretazioni scientifiche. E' assolutamente necessario che il clinico sia aperto alle innovazioni ed ai cambiamenti che la società esprime in merito a tematiche che forse prima erano affrontate da altre angolazioni e punti di vista. Basti pensare, per esempio, al discorso dell'omosessualità, ritenuta fino a qualche decennio fa una patologia ed oggi finalmente riconosciuta come tendenza del soggetto rispetto all'oggetto d'amore che sceglie (Di Sauro, Boccacci, 2014). Elemento importante nell'evoluzione del

sé nel ciclo di vita, e forse anche imprescindibile di ogni psicoterapia, oltre al concetto di empatia, è il concetto di responsabilità. Tale concetto, a più livelli, può essere, a buona ragione e in modo trasversale, definito di importanza capitale per il benessere delle persone in quanto esso esprime due valenze fondamentali: la coscienza di sé, intrinsecamente connessa alla responsabilità per via delle evidenze cosce, e le azioni “responsabili” che il soggetto si assume rispetto ai cambiamenti psicoterapici e non. In altri termini, il lavoro psicoterapico dovrebbe essere in definitiva orientato all’assunzione di responsabilità del paziente affinché egli assuma comportamenti congrui al suo benessere ed a quello degli altri in un passaggio di consegne dall’Io-me all’Io-noi. Come si evince da queste considerazioni, all’ottica estremamente positivista della prima psicoanalisi orientata alla scoperta “del trauma”, si prospetta una psicologia psicodinamica orientata al cambiamento del sé nell’arco di vita del soggetto.

Tutto questo, tuttavia, non evita il rigore scientifico e metodologico che qualsiasi processo psicoterapico deve sostenere. Al riguardo e, ancorando la psicoterapia psicodinamica alla letteratura esistente, esprimiamo di se-

guito una seconda finestra basata su assunti teorici e clinici della psicoterapia applicata dalla Scuola. Essi sono i seguenti:

- Gran parte della vita mentale è inconscia.
- L'adulto è plasmato dalle interazioni fra le esperienze infantili e i fattori genetici ed il superamento delle tappe nel suo ciclo di vita.
- Il transfert del paziente è una fonte primaria di comprensione.
- Il controtransfert del terapeuta fornisce indicazioni importanti per comprendere ciò che il paziente induce negli altri.
- La resistenza del paziente al processo terapeutico rappresenta un elemento centrale della terapia.
- Sintomi e comportamenti hanno molteplici funzioni e sono determinati da forze complesse e spesso inconse.

Il terapeuta psicodinamico per il ciclo di vita aiuta il paziente ad acquisire un senso di autenticità e di unità. In maniera più specifica, anche se estremamente sinte-

tica, gli elementi tecnici e clinici sui quali si basa l'approccio della Scuola sono:

- La presa in carico: L'assessment ed il modello "dinamico ecologico" (Di Sauro, Riccardi, 2014; Di Sauro, Bertiè, Marchegiani, 2016);
- L'interpretazione come punto fermo pur tenendo conto del passaggio dall'intrapsichico all'intersoggettivo e soprattutto ai processi interpretativi non verbali (Attività interpretativa continua, Galli, 1962);
- Il concetto di trasformazione (Di Sauro, 2014).

## **La psicologia clinica**

La Psicologia clinica, come in parte evidenziato precedentemente, fa riferimento alle dimensioni teoriche e tecniche che incentrano l'intervento psicologico clinico sul modello dell'analisi della domanda (Carli 2003; Grasso, Cordella Pennella, 2004; 2005; Pennella, 2012, 2013). Tale modello istituisce una particolare prassi clinica e una teoria della tecnica orientata alla promozione dello sviluppo (Di Sauro, 2012a, b). Tale scelta metodologica e teorica si basa sulla consapevolezza che

l'intervento che lo psicologo clinico è chiamato a svolgere nel contesto sociale attuale non si esaurisce e non coincide soltanto con l'attuazione della psicoterapia, ma le domande cui lo psicologo è chiamato a rispondere sono molteplici e possono riguardare un'utenza variegata.

La Scuola intende formare professionisti che siano in grado di rispondere alla complessificazione delle richieste di intervento psicologico clinico e che non si limitino alla attuazione di interventi psicoterapeutici precostituiti, che ridurrebbero l'intervento alla dogmatica attuazione di una tecnica prestabilita, ma incapace di applicare la competenza clinica all'analisi della specifica domanda posta dalla persona/gruppo/istituzione che richiede l'intervento. Nella tradizione psicologica italiana, infatti, nonostante le molteplici pubblicazioni al riguardo, l'intervento psicologico clinico sembra coincidere con quello psicoterapeutico, sebbene sia innegabile che l'intervento clinico, se non si esaurisce con la valutazione psicodiagnostica, ma includa la comprensione e la restituzione al paziente della dinamica relazionale che agisce nel porre la domanda di intervento, possa avere effetti terapeutici. Il modello psico-

logico clinico fondato sull'analisi della domanda consiste nella capacità di trattare il problema posto dall'utenza sulla base di una specifica teoria della tecnica che consente di leggere e interpretare la dimensione relazionale del problema proposto, cioè la relazione tra l'utente e il contesto all'interno del quale insorge la problematica che motiva la richiesta, e che si riproduce nella relazione con lo psicologo clinico.

La prassi psicologico clinica orientata secondo tale modello consente, inoltre, di contenere le inclinazioni all'autoreferenzialità dei vari approcci psicoterapeutici delle differenti Scuole.

Il modello di intervento fondato sull'analisi della domanda si basa su alcuni presupposti teorici fondamentali. Innanzitutto la concezione dell'inconscio come modo di essere della mente (Matte Blanco, 1975), il cui funzionamento è caratterizzato dalla logica del processo primario e dal principio del piacere, e si manifesta attraverso la simbolizzazione della realtà mediante categorizzazioni affettive, dunque nel rapporto con il contesto. Il contesto, infatti, contrasta la tendenza del funzionamento mentale inconscio alla generalizzazione e alla simmetria e impone "un orientamento alle simbolizza-



zioni affettive dei singoli che al contesto appartengono” (Carli, 1993, 13). Il contesto è definito come l’insieme delle relazioni organizzate in strutture, all’interno delle quali la persona vive, che esercita una influenza sul funzionamento mentale inconscio degli individui coinvolti e sulle loro simbolizzazioni affettive evocate dal contesto medesimo. Esse costituiscono la collusione, la quale a sua volta esercita e influenza il contesto, in una relazione di tipo circolare. La dinamica collusiva rappresenta dunque l’espressione sociale del modo di essere inconscio della mente e svolge una funzione di coesione sociale, attraverso le condivise simbolizzazioni affettive del contesto e l’implicazione emotiva che coinvolge profondamente gli individui.

Il modello dell’analisi della domanda si fonda sul concetto di collusione e di simbolizzazione affettiva del rapporto professionale che l’utenza agisce con la domanda ed evoca una sollecitazione di reciprocità collusiva, nello psicologo clinico. La domanda rappresenta, infatti, un tentativo di ripristinare una dinamica relazionale collusiva, entrata in crisi, quale motivazione della richiesta e, al contempo, quale problematica riprodotta nella relazione istituita con la domanda, la quale rap-

presenta dunque anche una difesa dal fallimento della collusione. La domanda di consulenza veicola delle attribuzioni fantasmatiche di ruolo che il clinico deve sapere individuare. Nella domanda sono, infatti, attivi tre ruoli: il consulente, il committente e l'utente. Il committente, una parte del Sé o una persona esterna, pone al consulente una domanda di cambiamento preordinato, fondata sulla collusione e finalizzato in realtà a ripristinare una dinamica relazionale collusiva entrata in crisi. Dal punto di vista metodologico, il consulente, se intende attuare un intervento che promuova veramente la conoscenza e il cambiamento, dovrà evitare risposte precostituite, attraverso la sospensione dell'azione (azione che rappresenta la riproposizione agita dei modelli organizzativi della relazione), che diviene lo strumento di pensiero per evitare che la collusione si sostanzi. L'intervento psicologico fondato a livello teorico e metodologico sul modello di analisi della domanda rappresenta la possibilità di utilizzare gli elementi agiti nella domanda di consulenza, non solo come fonte di conoscenza e valutazione (diagnosi), ma soprattutto come vero e proprio intervento in grado di promuovere il cambiamento (Di Sauro, 2009). Ciò attraverso la atti-

vazione della riflessione e dell'autoriflessione e la proposta di modalità relazionali collusive favorevoli al processo di sviluppo. Il fine dell'analisi della domanda, infatti, non è quello di eliminare la collusione, quanto piuttosto di istituire dinamiche collusive capaci di sostenere il processo evolutivo, tramite l'attivazione del pensiero sulle simbolizzazioni stesse, sulle dinamiche agite nella domanda di consulenza, nella relazione attuale con lo psicologo clinico. La mancanza di pensiero determina la trasformazione della collusione in agito, ovvero un comportamento che consiste in una evacuazione delle emozioni nella relazione.

L'analisi della domanda rappresenta il tentativo di restituire al paziente la propria "fantasia relazionale prevalente", agita nella richiesta di consulenza, elaborando insieme a lui la domanda medesima, al fine di allargare le sue possibilità di conoscenza e cambiamento e di stimolare il processo decisionale rispetto al modo di affrontare le difficoltà e la conseguente assunzione di responsabilità (Grasso-De Coro, 123, 1993; Grasso Cordella Pennella, 2004).

Descriveremo di seguito come all'interno di tale modello si declinano gli interventi di presa in carico a fini

valutativi e psicoterapeutici precisando che, pur nella prospettiva del ciclo di vita, che prevede la conoscenza delle dinamiche proprie di tutte le fasi della vita (infanzia, adolescenza, età adulta per arrivare fino alla psicologia dell'invecchiamento) e dell'assessment secondo la prospettiva della psicologia clinica alla quale si è fatto riferimento, la Scuola intende dare maggiore attenzione alla diagnosi ed al trattamento psicoterapeutico con l'adulto.

## **1. L'INTERVENTO PSICOLOGICO CLINICO NELL'INFANZIA**

### **1.1 Introduzione**

L'indirizzo teorico della Scuola di Specializzazione è in linea con la tradizione della Tavistock Clinic, fa rife-

rimento al pensiero che da Sigmund Freud, attraverso gli sviluppi clinici e le riflessioni teoriche di Karl Abraham, Melanie Klein Anna Freud e Donald Winnicott, giunge a Hanna Segal, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion, Donald Meltzer, F. Tustin, D.Stern, A.Ferro ed infine, tutti gli studiosi della psicologia clinica perinatale e dell'intersoggettività. Questi, infatti, sono gli Autori annoverati nella corrente di pensiero particolarmente interessata alla psicoanalisi infantile e ai disturbi emozionali primari, alle fasi precoci dello sviluppo, alle difese primitive dell'apparato psichico, ormai fondanti ed imprescindibili nella psicoanalisi di tutte le età, in particolar modo dell'infanzia.

## 1.2. Intervento preventivo nell'infanzia

### 1.2.1 Caratteristiche

La psicoanalisi, attraverso il colloquio, l'analisi simbolica del disegno e del gioco spontaneo e psicomotorio

del bambino, risulta essere una tecnica adeguata per affrontare le difficoltà in età evolutiva.

Si crea, proprio attraverso il gioco, o meglio l'ambito ludico, quello spazio potenziale (Winnicott 85) dove può ri-avvenire l'attivazione della ri-scoperta di sé e delle proprie potenzialità da parte del soggetto.

L'esperto si relaziona con i bambini attraverso dei canali di comunicazione rappresentati principalmente dal gioco. Per questo, se da una parte il professionista svolge dei colloqui clinici (ed un'attività di counseling psicologico con i genitori), dall'altra utilizza la tecnica della play-therapy per le osservazioni psicodiagnostiche e le terapie con i bambini. Il gioco permette al bambino di rimettere in atto esperienze psichiche dolorose e di provare a riparare inconsciamente situazioni di sofferenza, lasciando emergere quanto c'è di "non elaborato" "non differito" nella sua storia emotiva. Lo psicoterapeuta infantile ha la possibilità di conoscere un piccolo paziente e le sue problematiche emotive, di osservarne le fantasie inconscie e l'angoscia ad esse legata, la quale, proprio attraverso la ripetizione del gioco o l'introduzione di nuovi significati simbolici, può essere scaricata, trasformata ed elaborata.

### 1.2.2 Finalità

L'intervento con l'infanzia ha innanzitutto una funzione preventiva, in quanto più precocemente si attua l'intervento con i soggetti in età evolutiva, maggiori saranno le possibilità di riuscita impedendo che la patologia si strutturi o diventi cronica. Inoltre le patologie dell'età evolutiva bloccano lo sviluppo dell'individuo, quindi la funzione primaria di questo intervento psicologico clinico è quello di permettere al bambino in crescita di riprendere il suo naturale sviluppo.

E' necessario valutare attentamente tutti gli elementi che concorrono a strutturare e sostenere il disagio del bambino. Un comportamento sintomatologico del bambino, può esprimere un disagio della coppia genitoriale. Accade di frequente che i genitori abbiano accesso alle consultazioni psicologiche con la convinzione che *il problema è del bambino*, e quindi si sottraggano, in modo più o meno consapevole a qualsiasi tentativo di esplorazione di possibili dinamiche familiari, a soste-

gno del sintomo. E' indispensabile che i genitori si rendano per primi disponibili ad un lavoro di riflessione critica sulla situazione, che accompagni un eventuale percorso con il bambino. Inoltre il sostegno della coppia genitoriale ha la funzione di accompagnare e sostenere i genitori attraverso il cambiamento di equilibrio familiare che si riveli più funzionale. La mancata alleanza con la coppia genitoriale, può essere un ostacolo al proseguimento del trattamento, per cui è importante valutare attentamente questo elemento con dei colloqui preliminari con i genitori, prima di intraprendere un percorso con il bambino (anamnesi, storia della coppia coniugale, ovvero la "preistoria" del bambino).

## **2. L'INTERVENTO PSICOLOGICO CLINICO CON L'ADOLESCENTE.**

L'intervento psicologico con gli adolescenti deve necessariamente tenere in considerazione la complessità dei processi che caratterizzano questa particolare fase



evolutiva. Alcune correnti del pensiero psicoanalitico hanno attribuito le alterazioni del comportamento e la comparsa di sintomi simili a quelli di quadri psicopatologici specifici all'ineluttabile e transitoria crisi adolescenziale che sconvolge l'equilibrio precedentemente raggiunto, la cui assenza sarebbe invece degna di preoccupazione. La ricerca empirica ha recentemente dimostrato che in realtà la maggior parte degli adolescenti affronta i nuovi compiti evolutivi con un disagio contenuto, conservando un discreto adattamento. Studi epidemiologici hanno, inoltre, dimostrato che una discreta percentuale di condizioni psicopatologiche che compaiono durante l'adolescenza non possono essere ascritte alle inquietudini e agli stravolgimenti di questa fase esistenziale, sebbene possano essere ad essa collegate, e devono essere differenziate e trattate per evitare che si cristallizzino, sfociando in disturbi psichici conclamati nell'età adulta. La relativa plasticità del funzionamento psicologico e dei processi di ristrutturazione della personalità che caratterizza l'adolescenza agevola e rende opportuno un precoce intervento psicologico, che non necessariamente coincide con un trattamento psicoterapeutico. In alcuni casi, infatti, la riflessione fa-

vorita nel momento della valutazione, la possibilità di essere ascoltati e di prendere consapevolezza del proprio disagio stimolano la ripresa del processo evolutivo.

La condizione di relativa fluidità della personalità in formazione deve indurre a porre una diagnosi sulla struttura della personalità inevitabilmente provvisoria. In questa fase evolutiva, infatti, le alterazioni del processo di sviluppo non assumono generalmente un carattere definitivo e solo in parte possono essere ricondotte alle vicende delle fasi di vita pregresse. Più frequentemente il disagio psicologico rivela la difficoltà di assolvere ai compiti evolutivi che caratterizzano l'adolescenza e su cui si incentra il processo di valutazione (Masina-Montinari, 2001, 154), il cui criterio fondamentale rimane quello di appurare se e in che modo l'adolescente affronta la sfida della crescita o se, al contrario, si sia verificato un arresto dello sviluppo, determinato dalla difficoltà di perseguire gli obiettivi evolutivi. Essi sono sinteticamente rappresentati dalla capacità di raggiungere una progressiva autonomia, compiendo il processo di separazione e individuazione dalle figure genitoriali, mediante il rimaneggiamento delle relazioni familiari e la gestione dei vissuti depres-

sivi spesso connessi, di costruire una nuova identità, attraverso l'integrazione della dimensione genitale, e di sviluppare la capacità di intessere relazioni affettive soddisfacenti esterne alla famiglia. Tali processi innescano un rimodellamento della personalità e determinano spesso una condizione di conflittualità tra spinte progressive e regressive, tra il desiderio di permanere in una condizione di dipendenza dalle figure genitoriali idealizzate dell'infanzia e quello di procedere verso la graduale indipendenza da esse. Dal punto di vista metodologico, nella consultazione psicologica con l'adolescente, in particolare nella fase di accoglimento e valutazione, è dunque opportuno considerare tale fisiologica ambivalenza e stimolare e sostenere nell'adolescente una posizione attiva e responsabile rispetto a quanto accade nel proprio mondo interno, attraverso il coinvolgimento del paziente in una relazione interpersonale, fondata sulla alleanza di lavoro. Ciò al fine di stimolare la capacità di riflessione, l'attribuzione di significato a quanto accade e la consapevolezza delle modalità relazionali ricorrenti, mantenendo un atteggiamento di sospensione che eviti la saturazione dei significati con il ricorso ad un etichettamento diagnosti-

co. Tale strategia ha lo scopo di contenere il vissuto, spesso soverchiante, di passività e avvilitamento dinanzi alle difficoltà, che può indurre il paziente a cedere al richiamo regressivo e rassicurante dell'infanzia, utilizzando anche le tendenze dell'adolescente a cercare oggetti sostitutivi a quelli infantili (Bovet et al., 2001, 78-79). Si suggerisce di incoraggiare il paziente a partecipare in modo attivo al processo di valutazione, finalizzato a definire la gravità della condizione in atto, e di coinvolgerlo nella comprensione dei suoi vissuti, anche se ciò può determinare l'angoscia rispetto al timore di essere anormale. Tale esperienza può essere fondamentale, purché il clinico sappia motivare l'esplorazione e spiegare l'utilizzo che farà delle risposte del paziente (Laufer M., Laufer M.E., 1984, 216). Ciò contribuisce a coinvolgerlo attivamente e a ridurre l'angoscia e l'atterramento provocato da ciò che ancora non è conosciuto. La valutazione psicologica assume un'importanza determinante nell'intervento con l'adolescente, perché la mancata comprensione del danno subito nel processo evolutivo e la conseguente impossibilità di identificare il trattamento e il suo focus potranno favorire o impedire l'evoluzione del disagio in

una conclamata soluzione psicopatologica. Per tali motivi il processo valutativo non deve focalizzarsi su sintomi specifici, ma piuttosto prendere in esame l'intero funzionamento dell'adolescente, al fine di identificare anche quelle forme silenti di disagio, come depressioni o condizioni di rischio per la vita, che, se non individuate, potrebbero avere esiti nefasti (Laufer M., Laufer M.E., 1984, 196).

La valutazione dovrebbe rappresentare l'opportunità di lavorare sulla richiesta d'aiuto e sulla condivisione con l'adolescente del significato dell'incontro, in una disposizione mentale di sospensione e di apertura a nuovi significati e ipotesi, secondo una dimensione progettuale finalizzata a individuare e mobilitare le risorse per affrontare la condizione di disagio. La finalità della valutazione è, inoltre, quella di individuare l'intervento più idoneo e praticabile per sostenere l'adolescente nella ripresa del proprio percorso maturativo o per affrontare condizioni che rappresentano un rischio per la salute psicofisica del paziente o che potrebbero esitare nella strutturazione di un disturbo psichico vero e proprio in età adulta. In alcuni casi sarà opportuno proporre un intervento psicoterapeutico vero

e proprio, mentre in altri sarà sufficiente un approccio focale che riattivi le risorse e le potenzialità bloccate.

## **2.1. Interventi preventivi di gruppo in Adolescenza**

Questi interventi si fondano sulla funzione che il gruppo, in particolare quello dei pari, secondo la visione psicodinamica, esercita sullo sviluppo psichico dell'adolescente e sulla realizzazione dei compiti evolutivi. Il gruppo fornisce ai suoi membri il sostegno narcisistico e lo spazio psichico necessario per affrontare il processo di crescita. Il gruppo di sostegno psicologico può assolvere le stesse funzioni di supporto allo sviluppo psicologico svolte dal gruppo dei pari, ma possiede anche un elemento specifico, poiché consente l'espressione dei vissuti emotivi, dei conflitti, delle angosce che il timore di danni narcisistici impedisce di manifestare nel gruppo dei pari. Il dispositivo gruppale permette, inoltre, di sperimentare una duplice dimensione relazionale, verticale con il terapeuta e orizzonta-

le con gli altri membri, che riproduce le relazioni familiari e amicali, ma con una connotazione virtualmente correttiva, integrando lo sviluppo di una identità separata con le identificazioni familiari, attraverso le introiezioni derivanti dal rapporto con gli altri membri e l'esperienza di una relazione positiva con un adulto.

Il setting gruppale svolge, altresì, una fondamentale funzione contenitiva rispetto alla possibilità di esternalizzare parti di sé scisse, attraverso meccanismi difensivi primitivi, che i pazienti adolescenti spesso non riescono a contenere dentro di sé. Il contesto gruppale consente, inoltre, di utilizzare i meccanismi di difesa in senso terapeutico e di identificare comuni obiettivi su cui esternalizzare le parti scisse distruttive.

Come afferma Freddi (2003,283): “..la condivisione con gli altri componenti di queste difese diventa un sostegno a un Sé scarsamente coeso, un sollievo all'angoscia e un rinforzo positivo al narcisismo di questi adolescenti che si vivono come diversi, e spesso particolarmente cattivi e distruttivi”.

Il terapeuta dovrà favorire lo sviluppo di relazioni flessibili che consentano un adattamento reciproco, mediante l'interpretazione delle dinamiche gruppali che

impediscono la mutua accettazione e l'individuazione tempestiva degli indizi di disagio e conflitto.

Il gruppo rappresenta il “terzo” che impedisce l'instaurarsi di una relazione duale ed esclusiva che, sebbene desiderata, può esporre il paziente al confronto con l'ambivalenza delle sue angosce di dipendenza, di abbandono e di rifiuto, svolgendo una essenziale azione protettiva. È importante che il clinico sappia riconoscere e accogliere il desiderio profondo e il concomitante timore di una relazione privilegiata con lui, offrendo la possibilità di incontri individuali, da abbinare a quelli gruppalì, qualora il confronto con il gruppo suscitasse angosce troppo intense.

### **3. L'INTERVENTO PSICOLOGICO CON LA FAMIGLIA**

Il coinvolgimento della famiglia nell'intervento con i minori è inevitabile, non solo dal punto di vista legale, ma perché svolge un'importante e inevitabile funzione di mediazione nei confronti della consulenza psicologi-



ca. L'implicazione della famiglia, inoltre, consente di verificare, soprattutto in fase di accoglienza, le fantasie collusive tra il bambino o l'adolescente e i familiari, attraverso cui si manifestano il bisogno di aiuto e, allo stesso tempo, le resistenze ad esso, e le risorse che si potranno presumibilmente utilizzare nell'elaborazione e realizzazione di un progetto di intervento. Il cambiamento paradigmatico che ha interessato la psicoanalisi, orientando verso una concezione relazionale della mente, ha indotto anche una nuova concettualizzazione della famiglia. Essa, infatti, può essere intesa come campo interattivo caratterizzato dalla reciproca influenza di fantasie inconscie e relazioni reali, in cui "può essere studiato l'uso reciproco dell'altro, con le proposte inconscie di relazione e "all'appoggio" di elementi interni sulla realtà esterna" (Masina-Montinari, 1995, 155). Queste considerazioni hanno influito sulla necessità di ripensare anche la strutturazione dell'intervento e del setting. L'esperienza clinica ha evidenziato che l'intervento psicologico condotto con il solo bambino o adolescente non ha sortito esiti terapeutici confortanti, caratterizzati dalla difficoltà di avviare un trattamento o dalla sua prematura interruzione. Ciò può essere inter-

pretato come conseguenza della difficoltà del nucleo familiare di accogliere la separazione, quando ancora i confini psichici non sono adeguatamente strutturati, condizione frequente nei disturbi della personalità. L'imposizione prematura della separazione impedisce di cogliere e trattare le reazioni comportamentali espressione di un transfert familiare difensivo rispetto alle persone estranee, che può non consentire alla famiglia di accettare che il figlio instauri una relazione terapeutica autonoma, rispetto alla quale lo stesso paziente potrebbe sperimentare una condizione di conflitto angosciante. Come affermano vari Autori, la scelta metodologica di strutturare l'intervento secondo setting più articolati, soprattutto nei disturbi di personalità, può rappresentare la possibilità di utilizzare la separazione in senso terapeutico. Ciò significa che la famiglia dovrebbe disporre di risorse adeguate per affrontare efficacemente il processo di separazione-individuazione che l'adolescenza dei figli ripresenta. Sarà necessario dunque valutare lo stadio evolutivo non solo dell'adolescente, ma anche del nucleo familiare e delle relazioni che lo caratterizzano; riconoscere le difese attivate in modo preferenziale e il clima emotivo predo-

minante. Tutto ciò al fine di stabilire una adeguata alleanza di lavoro che consenta di individuare le dinamiche familiari patogene, le risorse e i significati che l'intervento psicologico sollecita nella famiglia.

L'intervento psicologico clinico, pertanto, si occupa di comprendere le relazioni che intercorrono tra coloro che costituiscono una coppia o una famiglia.

Centrale importanza, dunque, è attribuita alle relazioni tra persone aventi rapporti intimi e duraturi.

L'orientamento psicodinamico familiare si occupa di definire ed affrontare un problema ben preciso. Il modello teorico di riferimento è quello della psicoterapia focale centrata sulla crisi.

Per crisi si intende, rispetto agli incontri di coppia e familiari, la capacità di separazione, scelta e decisione connessa a processi di separazione-individuazione, relativi alle diverse fasi del ciclo vitale della famiglia.

Questo tipo di intervento diviene di fondamentale importanza quando si manifestano problemi evolutivi del bambino e dell'adolescente o problemi propriamente della coppia.

Per definire il problema su cui lavorare, è necessario raccogliere dalla famiglia tutte le informazioni necessarie alla valutazione, attraverso il colloquio clinico.

Queste informazioni sono organizzate ed elaborate attraverso un processo che le attribuisce a vari livelli (i singoli, il gruppo, le relazioni tra, le ipotesi-guida), evidenziando la tendenza ad articolare l'intrapsichico con l'interpersonale.

L'intervento con la famiglia è quel processo messo in atto per aiutare i membri della famiglia a diventare consapevoli dei ruoli non adeguati, sbloccando l'espressività emotiva.

Comprendere una famiglia in maniera tale da poter definire il focus del trattamento, gli obiettivi e le tecniche vuol dire avere presenti tre strutture referenziali:

1. una concettualizzazione della famiglia intesa come entità in evoluzione;
2. una concettualizzazione della struttura intergenerazionale e storica della famiglia;
3. una concettualizzazione della famiglia intesa come sistema strutturato dalle qualità interattive attuali della vita familiare.

Nel valutare una famiglia, si può seguire la condizione di ogni singolo membro lungo il corso del ciclo vitale e parallelamente quello degli altri membri.

Quanto più i membri si trovano in fasi o periodi di transizione critici, tanto più è probabile che la famiglia debba affrontare uno stress e si trovi nella necessità di adattarsi al cambiamento.

#### **4. LA PSICOTERAPIA INDIVIDUALE- CON L'ADULTO**

La psicoterapia individuale con l'adulto, pur considerando quanto espresso precedentemente a proposito dell'arco di vita e delle sue impostazioni teorico-

cliniche, avrà come modello teorico e metodologico l'approccio psicodinamico basato sulle teorie delle relazioni oggettuali, in modo particolare, anche se non esclusivo, sull'approccio ideato da Kernberg ed altri definito "Terapia Focalizzata sul Transfert".

La teoria delle relazioni oggettuali, è nata allo scopo di affermare l'autonomia delle relazioni d'oggetto rispetto alle pulsioni, sostenendo la tendenza alla ricerca dell'oggetto.

È, almeno inizialmente, nella tradizione del pensiero kleiniano che si pone il pensiero di Fairbairn (1952). Fairbairn sostenne che "la libido ricerca l'oggetto e non il piacere", affermando contemporaneamente che le relazioni oggettuali sono primarie ed autonome e non semplicemente conseguenza secondaria del soddisfacimento, con ciò contraddicendo l'idea freudiana secondo la quale l'oggetto altro non sarebbe se non il mezzo, lo strumento, attraverso cui la pulsione realizza il proprio scopo.

Gli assunti della teoria di Fairbairn possono essere considerati i seguenti:

1) vi sarebbe una progressiva evoluzione da uno stato di relativa mancanza di differenziazione tra sé ed oggetti verso una condizione di crescente differenziazione.

2) Caratteristica di tale evoluzione sarebbe il senso crescente della propria separatezza.

3) Vi sarebbe una progressiva acquisizione di capacità relazionali sempre più valide basate sul senso di separatezza.

4) Il tempo di tale evoluzione sarebbe quello della vita precoce, il luogo quello della relazione madre-bambino.

5) La psicopatologia si configurerebbe come conseguenza di alterazioni del rapporto tra madre e bambino e quindi di difficoltà nello svolgersi dello sviluppo preedipico piuttosto che edipico.

D'altra parte Balint già aveva sostenuto che esistono precocemente relazioni oggettuali, ad esempio nel lattante, quindi un *"amore oggettuale primario"* sarebbe in pratica inconciliabile con la nozione di narcisismo primario: separatezza e rapporto intersoggettivo sono i risultati comuni dell'attuale ricerca psicoanalitica incentrata sull'osservazione del neonato.

Winnicott aveva sostenuto che le cure materne rappresentano una componente essenziale senza la quale non potrebbe esistere alcun bambino, prendendo a sua volta radicalmente le distanze dal concetto di narcisismo primario di Freud. *"Prendersi cura"* assume per Winnicott il significato di abbracciare, contenere, ed il contenimento delle braccia materne sostituisce in qualche modo il contenimento della parete uterina. Il contenimento ha la funzione di Io ausiliario che consente lo sviluppo adeguato del rudimentale Io del bambino. I concetti di illusione - sostegno nella relazione materna conducono alla relazione oggettuale, modificazione legata al passaggio dalla fusione alla separazione.

Bion ha accantonato il concetto di pulsione di morte attribuendo la priorità dello sviluppo emozionale del bambino al concetto che ha definito di "reverie materna", concetto analogo a quello, già espresso da Winnicott, di "madre sufficientemente buona". Bion ritorna in qualche modo alla antica contrapposizione tra principio di piacere (che definisce desiderio) e principio di realtà, laddove il principio di realtà è rappresentato, questa volta, dalla madre che può essere, o meno, capace di adeguata *"reverie"*.



In genere tutti gli autori che hanno privilegiato le teorie delle relazioni oggettuali si sono, esplicitamente o meno, opposti al concetto freudiano di narcisismo primario ed a quello del primato pulsionale.

La teoria della relazioni oggettuali può, invece essere ragionevolmente ritenuta un cambiamento di paradigma della teoria psicoanalitica. Nel senso che il primato dello sviluppo umano spetta non alle vicissitudini del soddisfacimento pulsionale, ma alla qualità affettiva delle originarie relazioni oggettuali. È la qualità dell'oggetto ad avere significatività primaria.

In base alla teoria delle relazioni oggettuali, uno stabile e definito senso di sé può essere ottenuto solo ed esclusivamente nel contesto di una relazione oggettuale valida e sostenente. Un mondo psichico privo di relazioni oggettuali sarebbe, in questo senso, di per sé schizoide, ed un adeguato senso di sé sarebbe possibile solo nell'ambito di una relazione d'oggetto soddisfacente.

In relazione a quanto suddetto, la psicoterapia psicoanalitica per l'individuo adulto si pone come obiettivo la costruzione di uno stabile e definito senso di sé attraverso una relazione terapeutica *“sufficientemente buona”*.

In tal senso, la Terapia Focalizzata sul Transfert (TFP) permette l'attivazione completa delle rappresentazioni interne distorte che il paziente ha di sé e degli altri nella relazione presente tra paziente e terapeuta. Le relazioni oggettuali primitive saranno attivate nel setting terapeutico poiché, costituendo i sistemi motivazionali dominanti del paziente, esse sono costantemente attive nella sua vita. I pazienti usano il trattamento per permettere il dispiegarsi di queste relazioni oggettuali e il terapeuta cerca di analizzare e chiarificare ciò che il paziente percepisce a livello profondo. Nella TFP, la relazione con il terapeuta è strutturata in condizioni controllate per impedire che gli affetti possano esplodere in tutta la loro intensità distruggendo così la comunicazione (Clarkin, F; Yeomans, Kernberg, 2011). La sicurezza della cornice terapeutica, dunque, permetterà al paziente di riflettere su ciò che accade nel *qui ed ora* del setting terapeutico collegandolo ad esperienze del passato. La neutralità tecnica da parte del terapeuta assiste nella riattivazione delle esperienze passate interiorizzate e nel loro contenimento. Il terapeuta cerca di riattivare, in altri termini, la disregolazione emotiva del paziente con l'obiettivo di comprenderla; quanto suddetto costi-

tuisce l'essenza del transfert. La rappresentazione interna è una realtà psichica attuale che è un fattore motivazionale fondamentale nella vita del paziente, poiché riflette una struttura psichica, e questa struttura è il focus del cambiamento nella terapia. La riattivazione di relazioni oggettuali interne in relazione al terapeuta è chiamata *Transfert*. La formulazione cognitiva del terapeuta di questa esperienza è chiamata interpretazione. La cornice terapeutica protettiva contribuisce in maniera fondamentale al contenimento o all'*holding*. Quest'ultimo si riferisce al contenimento affettivo o framing e non al calore umano e all'empatia del terapeuta.

Il contenimento si riferisce più alla strutturazione cognitiva di ciò a prima vista appare cognitivamente ed affettivamente caotico.

Nella TFP il primo passo è analizzare le difese del paziente ciò consente al paziente di regredire in uno spazio avente una cornice sicura. Si realizza quindi il meccanismo dell'interpretazione analitica e lo sviluppo della capacità di riflettere su di sé (Clarkin, F; Yeomans, Kernberg, 2011).

## **5. PSICOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO**

L'allungamento della aspettativa di vita ha determinato un mutamento profondo nella struttura della popolazione, con un progressivo invecchiamento che ha prodotto la trasformazione radicale dei bisogni socio-assistenziali e sanitari, riassumibile nel concetto di

“aspettativa di vita attiva”. Il quale esprime la qualità della vita correlata al suo allungamento e considera le alcune variabili, quali l’aumento della dipendenza e la riduzione delle possibilità di vita attiva. Tali trasformazioni demografiche hanno imposto la necessità di comprendere la complessità dell’invecchiamento nei vari aspetti che lo compongono, al fine di cogliere i mutamenti che lo caratterizzano sul piano fisico, mentale e relazionale, e di identificare interventi adeguati, in ottica preventiva e terapeutica. Nel primo caso si tratta di utilizzare i contributi della medicina e della psicologia e dell’organizzazione sociale per comprendere le trasformazioni e predisporre interventi in grado di favorire un buon invecchiamento, riducendo i bisogni socio-assistenziali. Il secondo caso, quello connesso alle cure, si esplica attraverso l’attuazione di interventi integrati di tipo psicosociale, che consentano una presa in carico globale della persona anziana, dei suoi bisogni sanitari e relazionali (Chattat,2009; Cesa Bianchi,Cristini,2009; Zanon, 2011).

Il fine è quello di promuovere la possibilità di invecchiare bene, cioè di individuare e di impiegare in modo proficuo le risorse psicologiche per un buon invec-

chiamento, tenendo conto della variabilità interindividuale e intraindividuale, per cui alcune persone invecchiano meglio di altre e le risorse della singola persona possono favorire un migliore adattamento all'ambiente.

In ambito psicodinamico particolare menzione va fatta del modello evolutivo elaborato da E. Erikson a partire dalla teoria freudiana dello sviluppo psicosessuale. L'autore ha considerato lo sviluppo come un processo continuo che inizia dai primi minuti dell'esperienza postnatale e si estende lungo l'intero arco vitale, risentendo notevolmente delle influenze sociali.

Egli ha proposto un modello di sviluppo che comprende otto stadi evolutivi, in cui ciascuno è caratterizzato da una specifica crisi evolutiva, che comporta il superamento di una sfida evolutiva e il raggiungimento di un obiettivo di sviluppo che consente il progredire della personalità. In questo modello, l'interazione fra le norme sociali e le pulsioni biologiche concorrono alla generazione dell'identità e del Sé.

Il costrutto teorico dell'Autore, pur partendo dalla teoria freudiana, prende in considerazione l'articolazione dell'Io in relazione all'ambiente sociale.

L'evoluzione stadiale di Erikson, infatti, non sottolinea la dimensione sessuale dell'individuo, così determinante nella teoria freudiana. Per Erikson la personalità del soggetto si struttura per tutto l'arco di vita dello stesso, anziché stabilirsi psichicamente intorno ai 5/6 anni, come ha sostenuto Freud. Erikson considera l'evoluzione del soggetto essenzialmente, come una crescita di "Identità" ed in quanto tale come uno sviluppo nell'ambito della affettività.

Di conseguenza, il senso di identità e la relativa maturità affettiva della persona evolve, durante tutto il ciclo vitale, pur essendo condizionata sia da fattori interni (costituzionali) che esterni (socio-ambientali). La maturità del soggetto si dispiega attraverso il superamento di otto stadi, in ognuno dei quali deve emergere ed affermarsi una particolare caratteristica dell'Io, affinché il senso di identità della persona possa evolversi appropriatamente. Ad ogni stadio, secondo l'Autore, si delinea una crisi, che prende le sembianze di un conflitto tra due qualità dell'Io che sono alternative e opposte, una sicuramente più funzionale, l'altra disfunzionale rispetto allo sviluppo dell'individuo. L'inizio dei vari

stadi non è fissato a livello cronologico, ma prevede implicitamente la variabilità interindividuale.

Ovviamente, se l'elaborazione della crisi è positiva si evidenzieranno le caratteristiche di uno sviluppo normale; al contrario, se emerge la posizione negativa, questa condiziona fortemente il senso di identità matura del soggetto.

Erikson ha fornito un contributo notevole all'approccio alla terza età in ottica evolutiva. Egli individua come compito evolutivo specifico quello di pervenire ad una sintesi tra le due opposte tendenze all'integrità e alla disperazione. Le quali derivano dalla necessità di attribuire coerenza e significato alla propria vita, accettando l'impossibilità di modificare il passato, e alla fine della stessa. La sintesi tra queste opposte propensioni è rappresentata dalla saggezza. L'incapacità di pervenire a tale sintesi, rivisitando le fasi precedenti e riproponendo le sintesi già operate in ogni stadio, determina il sopravvento del senso di disperazione, di ineluttabilità e della paura della morte, che ostacola l'adattamento al processo di invecchiamento. Il compimento del ciclo di vita avviene quando la saggezza consente di aprirsi alla speranza nelle gene-



razioni future come modo per trascendere se stessi, nell'approssimarsi della morte, e di stabilire una continuità che permetta di proiettarsi nel futuro.

Erikson ha sottolineato l'influenza del contesto e della storia di vita sulla condizione della terza età. Secondo l'Autore il benessere dell'anziano è correlato alla possibilità di partecipazione e di sentirsi utile al contesto familiare e sociale e alle pregresse capacità di affrontare le sfide evolutive delle fasi precedenti.

### **5.1 La valutazione psicologica multidimensionale dell'anziano**

La terza età è caratterizzata da notevoli cambiamenti sul piano fisico, cognitivo, psichico e sociale e le problematiche più frequenti riguardano le limitazioni fisiche, i deficit delle funzioni cognitive, la dimensione psicologica connessa a tali mutamenti e al confronto con la fine della vita. La stretta interdipendenza fra la dimensione biologica, mentale e socioaffettiva impone un approccio all'anziano necessariamente di tipo multidimensionale e multidisciplinare, non solo dal punto di vista diagnostico, ma anche da quello dell'intervento,

con l'identificazione dei fattori di rischio, quali perdite, lutti, deficit sensoriali, patologie organiche, istituzionalizzazione e esclusione sociale (Chattat, 2004).

L'approccio psicologico al paziente anziano dovrebbe contemplare non solo l'individuazione delle aree di deficit, ma anche delle risorse e delle capacità residue, che consentono di bilanciare eventuali condizionamenti e limitazioni, per favorire l'adattamento. La valutazione psicologica multidimensionale mira a definire lo stato di salute fisica, la condizione mentale e la presenza di eventuali psicopatologie, il funzionamento cognitivo, le capacità di adattamento all'ambiente e di prendere decisioni, il funzionamento sociale e il sostegno ambientale.

Le patologie più frequentemente diagnosticate nell'anziano sono le demenze e la depressione. La prima si configura come una condizione di deficit delle funzioni cognitive, accompagnata da alterazioni del comportamento e dello stato psicologico, deficit neurologici con conseguente compromissione del funzionamento sociale. Alcuni autori, hanno suggerito il riferimento alla teoria dell'attaccamento, e in particolare al concetto di modello operativo interno, quale fattore mo-

tivazionale del comportamento, per comprendere alcuni pattern comportamentali (timore dell'allontanamento e dell'abbandono, ricerca di prossimità, reazioni ansiose ed aggressive) attuati dalle persone affette da demenza nei confronti delle figure di accudimento. Meisen (1992), ad esempio, propone di correlare il comportamento di attaccamento con il grado di deterioramento cognitivo, equiparato ad una strange situation: la progressiva incapacità di conservare rapporti significativi indurrà il paziente a manifestare comportamenti di attaccamento, volti ad assicurarsi la vicinanza del caregiver e a non tollerare l'allontanamento. In questo senso, l'accudimento non si limita all'aspetto assistenziale, ma riguarda anche la dimensione relazionale, per cui chi si prende cura può assumere la connotazione di base sicura.

Per quel che concerne la sfera psicoaffettiva, la depressione è la patologia predominante, anche se spesso non diagnosticata tempestivamente o sotto diagnosticata, perché sovente si manifesta in forma mascherata, oppure a causa di una sovrapposizione tra condizioni organiche e psicologiche e tra deterioramento cognitivo e stato affettivo, o, ancora, perché la si considera come

condizione inevitabilmente connessa al processo di invecchiamento e alle condizioni socio-economiche. Utile è, al riguardo, la conoscenza di strumenti di screening che consentano di discriminare tra sintomi somatici, spesso fuorvianti, e sintomi affettivi, cognitivi e comportamentali della depressione.

## ***APPROCCIO FORMATIVO DISCIPLINE E ATTIVITÀ DIDATTICHE\****

### **INSEGNAMENTI**

1. Il Corso di Specializzazione è organizzato in quattro anni di insegnamento per un totale di 2000 ore;

---

\* Fra le tematiche indicate saranno sviluppate quelle che, in funzione delle caratteristiche del gruppo e delle esigenze didattiche individuate dal docente, saranno ritenute più significative.

2. Il numero delle ore annuali di formazione teorico-pratica è pari a 500 (cinquecento);
3. Le ore del Corso di Specializzazione per anno sono suddivise nel seguente modo:
  - A. 350 ore di didattica in aula per i primi tre anni, mentre al quarto 210 ore per dare più spazio agli ambiti applicativi. La didattica è suddivisa in insegnamenti Teorici di Base (T-B) ed insegnamenti Teorici Caratterizzanti (T-C) relativi in maniera specifica all'indirizzo metodologico e clinico della Scuola. Gli insegnamenti teorici di base e caratterizzanti possono prevedere, ai fini illustrativi dell'indirizzo metodologico e/o di altri indirizzi, una parte pratica, pertanto, i suddetti insegnamenti sono stati indicati come insegnamenti Teorici Pratici di Base (TP-B) e Teorici Pratici Caratterizzanti (TP-C). Si veda lo schema riepilogativo, riportato di seguito, relativo ai singoli insegnamenti previsti per anno di corso;
  - B. 150 ore di formazione pratica all'anno per i primi tre anni di cui 100 ore di Tirocinio formativo da compiere presso Strutture Pubbliche o Private in convenzione regolarmente riconosciute e cinquanta ore di supervisione individuale e/o di gruppo. La supervisione, nello specifico, durante i primi due anni riguarderà l'attività di tirocinio effettuata dall'allievo all'esterno della scuola, oppure casi clinici illustrativi portati dai docenti. Il terzo e quarto anno, la supervisione individuale in gruppo riguarderà la discussione di casi clinici in aula presentati dagli allievi. Al quarto anno le ore di formazione pratica saranno 290.

La Scuola promuove la presenza per l'attività di supervisione di Docenti interni, per garantire una migliore comprensione ed applicazione dell'indirizzo metodologico, e di Docenti esterni alla Scuola. A titolo esemplificativo esprimiamo di seguito un prospetto delle discipline ed i docenti che ad essi afferiscono, anche se nel percorso di studi potrebbero verificarsi alcuni cambiamenti.

**I ANNO**

<b>Disciplina</b>	<b>Tipologia</b>	<b>ore</b>	<b>Docente</b>
<b>Psicologia Generale e Fisiologica</b>	<b>T-B</b>		<b>Prof.ssa Viggiano Maria Pia</b> Psicologa- Prof. Ordinario Uni. Firenze
<b>Psicologia Clinica I</b>	<b>T-C</b>		<b>Prof. Pennella Angelo R.</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Prof. a c. Uni La Sapienza
<b>Storia della Psicologia Dinamica</b>	<b>T-B</b>		<b>Prof. Mecacci Luciano</b> Prof. Ordinario Uni Firenze
<b>Psicologia dello sviluppo: infanzia</b>	<b>T-B</b>		<b>Dott.ssa Marchegiani Francesca</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico
<b>Psicologia dello sviluppo: Adolescenza</b>	<b>T-B</b>		<b>Dott.ssa Anna Riccardi Psicologa, Psicoterapeuta</b> indirizzo sistemico-relazionale
<b>Teorie della personalità</b>	<b>T-B</b>		<b>Dott.ssa Mura Alessandra</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico, docente Uni Tirana
<b>Teorie del ciclo di vita</b>	<b>T-C</b>		<b>Dott.ssa Mura Alessandra</b> Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico, Uni Tirana
<b>Psicologia dell' invecchiamento</b>	<b>T-B</b>		<b>Dott.ssa Marchegiani Francesca</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico
<b>Psicopatologia I</b>	<b>TP-B</b>		<b>Dott.ssa Cavallo Donata</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico

			Docente Uni Tirana
<b>Teoria e tecnica del Colloquio Clinico I</b>	<b>TP-C</b>		<b>Prof. Di Sauro Psicologo</b> , Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Prof. a c. Uni Tor Vergata, Uni Tirana <b>Dott.ssa Baron Monica</b> Psicologa psicoterapeuta Dirigente ASL <b>Dott.ssa Mura Alessandra</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Uni Tirana
<b>Diagnostica clinica I: teoria e tecnica dei test</b>	<b>TP-C</b>		<b>Dott.ssa Maltese Manuela</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico <b>Prof. Di Sauro Rosario</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Prof. a c. Uni Tor Vergata, Uni Tirana <b>Dott.ssa Cavallo Donata</b> Psicologa psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico
<b>Teoria e clinica psicodinamica della coppia genitoriale</b>	<b>T-C</b>		<b>Prof. Di Sauro Rosario</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Prof. a c. Uni Tor Vergata, Uni Tirana <b>Dott.ssa Francesca Marchegiani</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico
<b>Teorie e tecniche della dinamica</b>	<b>TP-C</b>		<b>Dott.ssa Maltese Manuela</b> Psicologa, Psicoterapeuta

<b>di gruppo</b>			indirizzo psicoanalitico <b>Prof. Scialpi Massimo</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Prof. a c. Uni Tor Vergata
<b>Tecniche di osservazione nell'infanzia</b>	<b>TP-B</b>		<b>Dott.ssa Di Norcia Anna</b> , Psicologa Ricercatrice Uni Sapienza, Roma
<b>Psicoterapie non analitiche: la Teoria della Gestalt</b>	<b>T-B</b>		<b>Dott.ssa Giannotta Gaetana</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo gestaltico
<b>Neuropsichiatria infantile I</b>	<b>T-B</b>		<b>Prof. Pasini Augusto</b> Medico, spec. in Psichiatria e Neuropsichiatria. Prof. Uni Tor Vergata, Uni Tirana
<b>Etica e deontologia</b>	<b>T-B</b>		<b>Prof. Rocco Gennaro</b> Prof. a c. Uni Tor Vergata, Uni Tirana
<b>Psicosomatica I</b>	<b>T-B</b>		<b>Dott.ssa Mura Alessandra</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Docente Uni Tirana
<b>Metodologia della ricerca I</b>	<b>T-B</b>		<b>Prof.ssa Alvaro Rosaria</b> Prof. Associato Uni Tor Vergata
<b>Tirocinio</b>	<b>P</b>	<b>100</b>	
<b>Supervisione</b>			<b>La supervisione è svolta dai didatti e dai docenti interni ed esterni alla Scuola</b>
<b>TOTALE</b>		<b>500</b>	

**II ANNO**



<b>Disciplina</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Ore</b>	<b>Docente</b>
<b>Psicologia clinica II</b>	<b>TP-C</b>		<b>Prof. Pennella Angelo R.</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Prof. a c. Uni La Sapienza <b>Dott.ssa Baron Monica</b> Psicologa psicoterapeuta-Dirigente ASL
<b>Clinica psicodinamica della famiglia</b>	<b>T-B</b>		<b>Prof. Di Sauro Rosario</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico-Prof. a c. Uni Tor Vergata, Uni Tirana <b>Dott.ssa Anna Riccardi</b> Psicologa psicoterapeuta indirizzo sistemico – relazionale
<b>Psicopatologia II</b>	<b>TP-B</b>		<b>Dott.ssa Cavallo Donata</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico - Docente Uni. Tirana
<b>Teoria e tecnica del Colloquio Clinico II</b>	<b>TP-C</b>		<b>Prof.ssa Cordella Barbara</b> Uni Sapienza Roma <b>Dott.ssa Baron Monica</b> Psicologa Psicoterapeuta Dirigente ASL
<b>Diagnostica clinica II: teoria e tecnica dei test</b>	<b>TP-C</b>		<b>Dott.ssa Maltese Manuela</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico <b>Dott.ssa Anna Riccardi</b> Psicologa psicoterapeuta sistemico relazionale <b>Dott.ssa Francesca Marchegiani</b> Psicologa psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico

<b>Metodologia in psicoterapia psicodinamica I</b>	<b>TP-C</b>		<b>Prof. Di Sauro Rosario</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico - Prof. a c. Uni Tor Vergata, Uni Tirana <b>Dott.ssa Mura Alessandra</b> Psicologa psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico <b>Dott. Norelli Franco</b> psicologo psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico
<b>Teorie e tecniche della dinamica di gruppo</b>	<b>TP-C</b>		<b>Dott.ssa Maltese Manuela</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico <b>Prof. Scialpi Massimo</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Prof. a c. Uni Tor Vergata
<b>Neuropsichiatria II</b>	<b>T-B</b>		<b>Prof. Pasini Augusto</b> Medico, spec. in Psichiatria Prof. Uni Tor Vergata
<b>Teorie psicodinamiche</b>	<b>T-C</b>		<b>Dott.ssa Mura Alessandra</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Docente Uni Tirana
<b>Psicosomatica II</b>	<b>T-B</b>		<b>Dott.ssa Mura Alessandra</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Docente Uni Tirana
<b>Psicoterapie non analitiche: analisi transazionale</b>	<b>T-B</b>		<b>Dott.ssa Bergerone Chiara</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo Analisi Transazionale Docente IRPIR, IFREP, SSSPC Uni Salesiana, Roma
<b>Psicoterapia in</b>	<b>T-C</b>		<b>Prof.ssa Spiridigliozzi</b>

<b>ambito istituzionale I</b>			Simona Psicologa Psicoterapeuta Dip. Neuropsichiatria Infantile Uni Tor Vergata, Roma
<b>Metodologia della Ricerca II</b>	<b>T-B</b>		<b>Prof. Mecacci Luciano,</b> Prof. Ordinario Uni Firenze
<b>Psichiatria</b>	<b>TP-C</b>		<b>Prof. Sbardella Alberto,</b> medico, spec. in psichiatria, Prof. a contratto Uni La Sapienza
<b>Tirocinio</b>	<b>P</b>	<b>100</b>	
<b>Supervisione</b>		<b>50</b>	<b>La supervisione sarà svolta dai didatti e dai docenti interni ed esterni alla Scuola</b>
<b>TOTALE</b>		<b>504</b>	

**III ANNO**

<b>Disciplina</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Ore</b>	<b>Docente</b>
<b>Clinica psicodinamica e sistemica della coppia</b>	<b>T-C</b>		<b>Dott. Polli Lorenzo</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo sistemico- relazionale <b>Dirigente ASL Latina</b> <b>Dott.ssa Riccardi Anna</b> Psicologa psicoterapeuta ad indirizzo sistemico- relazionale
<b>Psicoterapia psicodinamica della coppia</b>	<b>T-C</b>		<b>Prof. Di Sauro Rosario</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Prof. a c. Uni Tor Vergata, Uni Tirana <b>Dott.ssa Anna Riccardi</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo sistemico- relazionale

<p><b>Metodologia dell'intervento nell'arco di vita</b></p>	<p><b>T-P-C</b></p>	<p><b>Prof. Di Sauro Rosario</b>          Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico          Prof. a c. Uni Tor Vergata, Uni Tirana  <b>Dott.ssa Alessandra Mura</b>          Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico          Docente Uni Tirana  <b>Dott.ssa Maltese Manuela</b>          Psicologa psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico  <b>Dott.ssa Marchegiani Francesca</b>          Psicologa psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico</p>
<p><b>Teoria e tecnica dei Test III</b></p>	<p><b>TP-C</b></p>	<p><b>Dott.ssa Cavallo Donata</b>          Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico -  <b>Docente Uni Tirana</b>  <b>Dott.ssa Maltese Manuela</b>          Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico</p>
<p><b>Metodologia in psicoterapia psicodinamica II</b></p>	<p><b>TP-C</b></p>	<p><b>Prof. Di Sauro Rosario</b>          Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico          Prof. a c. Uni Tor Vergata, Uni Tirana  <b>Dott.ssa Mura Alessandra</b>          Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico,          Docente Uni Tirana  <b>Dott.ssa Cavallo Donata</b>          Psicologa psicoterapeuta ad indirizzo psicodinamico,          Docente Uni Tirana</p>

<b>Psicoterapia in ambito istituzionale II</b>	<b>T-C</b>	<b>Dott. Pinkus Bruno</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico <b>Dott.ssa Baron Monica</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Dirigente ASL Ceccano
<b>Teorie e tecniche della dinamica di gruppo</b>	<b>TP-C</b>	<b>Dott.ssa Maltese Manuela</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico <b>Prof. Scialpi Massimo</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Prof. a.c. Uni Tor Vergata
<b>Neuropsicologia I</b>	<b>T-B</b>	<b>Prof. Carlesimo Giovanni Augusto</b> Prof. Associato Uni Tor Vergata
<b>Psicofarmacologia I</b>	<b>T-B</b>	<b>Dott. Pulzoni Riccardo</b> Medico, spec. in Psichiatria, Psicoterapeuta indirizzo cognitivo-comportamentale
<b>Sessuologia I</b>	<b>T-B</b>	<b>Prof.ssa Fabrizi Adele</b> Psicoterapeuta-Docente IV Uni Foro Italico, Didatta e supervisore Istituto di Sessuologia clinica
<b>Psicoterapie non analitiche: indirizzo sistemico-relazionale</b>	<b>T-B</b>	<b>Dott.ssa Riccardi Anna</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo sistemico-relazionale
<b>Psicosomatica III</b>	<b>T-B</b>	<b>Dott.ssa Mura Alessandra</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Docente Uni Tirana

<b>Laboratorio di psicodiagnosi per l'individuo e la coppia</b>	<b>TP-C</b>		<b>Dott.ssa Marchegiani Francesca</b> Psicologa psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico <b>Dott.ssa Anna Riccardi</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo sistemico-relazionale
<b>Psicopatologia III</b>	<b>T-B</b>		<b>Dott.ssa Cavallo Donata</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Docente Uni Tirana
<b>Tirocinio</b>	<b>P</b>	<b>100</b>	
<b>Supervisione</b>		<b>50</b>	<b>La supervisione sarà svolta dai didatti e dai docenti interni ed esterni la Scuola</b>
<b>TOTALE</b>		<b>500</b>	

#### IV ANNO

<b>Disciplina</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Ore</b>	<b>Docente</b>
<b>Diagnostica clinica IV: teoria e tecnica dei test</b>	<b>TP-C</b>		<b>Dott.ssa Maltese Manuela</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico <b>Dott.ssa Cavallo Donata</b> Psicologa psicoterapeuta ad indirizzo psicodinamico
<b>Metodologia in psicoterapia psicodinamica III</b>	<b>TP-C</b>		<b>Prof. Rosario Di Sauro</b> Psicologa psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico, docente Uni Tor Vergata e Uni Tirana <b>Dott.ssa Cavallo Donata</b> Psicologa psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico,

			docente Uni Tirana
<b>Metodologia dell'intervento psicosociale per l'anziano</b>	<b>T-C</b>		<b>Dott.ssa Marchegiani Francesca</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico
<b>Psicoterapia in ambito istituzionale IV</b>	<b>T-C</b>		<b>Dott.ssa Fatica Luana</b> Psicologa, psicoterapeuta
<b>Teoria e tecnica della dinamica di gruppo</b>	<b>TP-C</b>		<b>Dott.ssa Maltese Manuela</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico <b>Prof. Scialpi Massimo</b> Psicologo, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico Prof. a c. Uni Tor Vergata
<b>Psicosomatica IV</b>	<b>T-B</b>		<b>Dott.ssa Mura Alessandra</b> Psicologa, Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico- Docente Uni Tirana
<b>Neuropsicologia II</b>	<b>T-B</b>		<b>Prof. Carlesimo Giovanni Augusto</b> Prof. Associato Uni Tor Vergata
<b>Psicofarmacologia II</b>	<b>T</b>		<b>Prof. Carlesimo Giovanni Augusto</b> Prof. Associato Uni Tor Vergata
<b>Sessuologia II</b>	<b>T-B</b>		<b>Prof.ssa Fabrizi Adele</b> Psicoterapeuta-Docente IV Uni Foro Italico, Didatta e supervisore Istituto di Sessuologia clinica
<b>Psicoterapie non analitiche: indirizzo psicoterapia</b>	<b>T-B</b>		<b>Di Nucci Franco</b> Psicologo psicoterapeuta- Dirigente Asl

<b>strategica</b>			
<b>Tirocinio</b>	<b>P</b>	<b>100</b>	
<b>Supervisione: discussione casi clinici</b>	<b>P</b>	<b>190</b>	<b>La supervisione sarà svolta dai didatti e dai docenti interni alla Scuola e da altri esterni. I docenti esterni saranno individuati nel corso dell'anno e potranno appartenere anche ad orientamenti teorici e metodologici diversi da quello d'indirizzo, al fine di espandere ed integrare le competenze conoscitive di ciascun allievo. Gli allievi presenteranno casi clinici seguiti individualmente nel gruppo classe. Ogni allievo è tenuto alla presentazione di almeno un caso clinico da cui si evinca: valutazione diagnostica e clinica, analisi della domanda, obiettivi terapeutici e applicazione della metodologia d'indirizzo.</b>
<b>TOTALE</b>		<b>500</b>	

### **WORKSHOP E SEMINARI**

Il programma didattico che caratterizza ogni Anno Accademico può essere arricchito con la presentazione di Giornate Studio e Seminari Monotematici, a cadenza mensile, pensati allo scopo



di offrire un ulteriore spazio di riflessione ed approfondimento sulle tematiche che caratterizzano le competenze dell'ambito Psicoterapeutico e Psicologico/Clinico.

## **METODOLOGIE DIDATTICHE**

Nell'ambito delle attività formative, il corpo docente utilizza diverse metodologie didattiche coerentemente alle finalità del Corso che intende promuovere lo sviluppo di una rigorosa impostazione e conoscenza teorica che, fondandosi su chiare, coerenti e verificate basi scientifiche, possa orientare una prassi clinica e psicoterapeutica competente che tenga conto non solo dei differenti quadri clinici, ma anche della complessa realtà biopsicosociale di cui la persona è espressione ed in cui assume un ruolo importante anche la fase del ciclo di vita in cui ella si trova e che sia finalizzata all'acquisizione di una competenza relativa alla gestione della relazione interpersonale in una prospettiva clinica e psicoterapeutica.

In considerazione delle finalità del Corso la metodologia didattica prevede lezioni di tipo frontale, comprendenti insegnamenti e attività (convegni, congressi, giornate di studio) aventi una connotazione essenzialmente teorica e finalizzate all'apprendimento e all'approfondimento critico dei modelli epistemologici e teorici nonché delle metodologie e delle tecniche che caratterizzano il quadro di riferimento del Corso.

Sono previste, inoltre, attività che possiedono un taglio teorico-pratico (seminari, esercitazioni, illustrazione di materiale clinico, role playing, dinamiche di gruppo, ecc.) e l'obiettivo di promuovere specifiche abilità di tipo metodologico e tecnico.

Il Corso prevede altresì la realizzazione di attività aventi una connotazione sostanzialmente pratica, quali il tirocinio e i laboratori, finalizzate alla progressiva e guidata applicazione delle competenze cliniche e psicoterapeutiche acquisite durante l'iter formativo. L'esperienza pratica sarà, infatti, oggetto di supervi-

sione per l'intera durata del percorso formativo, sia a livello individuale che di gruppo. La supervisione costituisce una componente essenziale dell'iter formativo ed ha l'obiettivo di analizzare e valutare la pratica clinica e psicoterapeutica dell'allievo durante il tirocinio ed eventualmente anche nella propria attività professionale.

In questo senso, alle lezioni di tipo frontale, il Corso di Specializzazione affianca l'illustrazione e la discussione di materiale clinico (trascrizioni e resoconti) svolta sia da parte dei docenti che degli studenti (questi ultimi limitatamente al quarto anno), l'effettuazione di role playing ed il coinvolgimento degli allievi in attività e dinamiche di gruppo.

La partecipazione alle attività di tipo esperienziale (role playing, esercitazioni e dinamiche di gruppo) costituisce parte integrante ed essenziale dell'iter di specializzazione in quanto agevola l'integrazione e l'ottimizzazione dei diversi piani formativi (lezioni teoriche, esperienze d'aula, terapia personale, tirocinio, supervisione).

L'iter formativo della Scuola prevede inoltre prove di esame in itinere e finali nonché la discussione di una tesi di specializzazione teorico/clinica alla conclusione del Quarto Anno.

## **TIROCINIO**

L'esperienza di tirocinio, supervisionata dai docenti del Corso, può essere svolta presso il Centro di Psicologia Clinica e Psicoterapia del Ce.R.I.P.A., presso lo Sportello di Ascolto attivato dal Ce.R.I.P.A. in convenzione con la ASL di Latina o, in alternativa, presso alcune Associazioni e Strutture accreditate del S.S.N., il cui elenco è disponibile presso la Segreteria e sul sito web della Scuola. L'allievo deve svolgere almeno 100 ore annuali di tirocinio, comunicando tempestivamente la data di inizio alla Segreteria, mediante la compilazione del modulo reperibile presso la Segreteria medesima o scaricabile dal sito

web della Scuola, per consentire la stipula dell'assicurazione per gli infortuni e la responsabilità civile terzi.

L'attestato di frequenza e i fogli firma delle presenze dovranno essere consegnati alla Segreteria alla fine di ogni anno. Coloro che lavorano presso strutture pubbliche o convenzionate con il S.S.N. per la Salute Mentale e utilizzano tale esperienza come tirocinio dovranno presentare ogni anno di Corso un certificato di servizio.

## **Primo Anno**

Il tirocinio si fonda sia su attività di tipo osservativo, sia con attività cliniche (psicodiagnosi; somministrazione di test ecc.) svolte presso varie strutture pubbliche e private sparse nel territorio e accreditate per lo scopo.

Tra i principali obiettivi del tirocinio vi è quello di promuovere negli allievi una competenza a:

- raccogliere e registrare in modo sistematico e con un linguaggio “comunicabile” le informazioni e le esperienze ottenute/vissute nell’ambito di una relazione interpersonale;
- distinguere e differenziare gli aspetti/contenuti più chiaramente riferibili all’oggetto e/o al contesto in cui si colloca la relazione da quelli che possono essere invece più facilmente ricondotti al soggetto osservante e alla relazione osservativa.

L’esperienza osservativa possiede interessanti analogie, per altro evidenziate in letteratura, con la situazione analitica e psicoterapeutica. Questo è uno dei motivi che ci consente di sottolineare l’importanza del rispetto di alcune semplici indicazioni che regolamentano l’attività degli allievi e che possono essere considerate il setting di tale esperienza. In questa prospettiva, le indicazioni si configurano, quindi, sia come un *frame* della relazione che si istituirà tra pazienti ed allievi e tra questi ultimi e la Scuola, sia come una possibile

chiave di lettura (anche interpretativa) delle interazioni e delle dinamiche che si svilupperanno nel corso del tirocinio.

Il tirocinio sollecita dunque gli allievi a confrontarsi con le “regole” non solo come aspetti puramente “organizzativi” dell’attività, ma anche e specialmente come elementi di un setting su cui fondare il processo di pensiero necessario alla propria formazione professionale.

L’esperienza più propriamente clinica (psicodiagnosi, colloqui clinici, somministrazione di test ecc.), permette all’allievo di cominciare ad istituire le prime regole professionali rispetto la presa in carico dei pazienti ed il loro trattamento specifico .

### **Anni Successivi**

Il tirocinio è svolto presso vari setting e si articola in una serie di attività che includono interviste semistruzzurate, colloqui di valutazione psicodiagnostica, consulenze psicologico/cliniche e attività di ricerca.

Presso il Ce.R.I.P.A. Onlus è attivo un **Centro di Psicologia Clinica e Psicoterapia** aperto tutta la settimana articolato tra mattina e pomeriggio. Il Centro fornisce i seguenti servizi: Consulenza Psicologica, Psicodiagnosi, Psicologia Clinica, Psicoterapia e interventi di sostegno a studenti con problematiche legate alla vita universitaria.

Il Ce.R.I.P.A. Onlus ha inoltre attivato uno sportello di ascolto gratuito presso il Centro stesso in convenzione con la ASL di Latina finalizzato all’attività clinica per: consulenze psicologiche, valutazioni psicodiagnostiche, valutazioni neuropsicologiche, psicoterapia, accoglienza e supporto terza età, supporto alle famiglie in difficoltà, consulenze per adolescenti. Presso tale struttura gli allievi della Scuola possono svolgere attività di tirocinio pratico.

Il tirocinio degli anni successivi intende promuovere negli allievi una specifica competenza a:

- stabilire un rapporto empatico e significativo con il paziente onde facilitare la libera espressione – da parte del soggetto – dei disagi, esperienze di vita e problemi che egli ritenga importante comunicare;
- collaborare con il paziente affinché possa rilevare, chiarire, analizzare e organizzare i dati più significativi della propria esperienza;
- formulare una diagnosi provvisoria della realtà psicologica del paziente (a tal fine occorre rilevare le generalità, le motivazioni, le situazioni attuali, il grado di disagio ecc.), valutandone le capacità, potenzialità, ma anche i problemi ed i condizionamenti;
- identificare i possibili obiettivi di un intervento psicoterapeutico e la sua pianificazione.

I colloqui di valutazione con i pazienti e/o il personale svolti nell'ambito del tirocinio non supereranno mai i 5/8 incontri.

Limitatamente agli allievi del Terzo e Quarto Anno, gli interventi psicologici potranno invece svilupparsi – ma sempre a seguito di una precisa indicazione del docente responsabile del tirocinio – per un arco di tempo superiore, anche se in ogni caso non potranno configurarsi come psicoterapie a tempo non determinato ed avranno fine con la conclusione del tirocinio.

Le modalità organizzative (turni, orari ecc.) saranno comunicate dal docente responsabile del tirocinio all'avvio dell'A.A.

In assenza di indicazioni diverse, gli allievi dovranno fare riferimento esclusivamente al docente responsabile per qualsiasi variazione e/o richiesta attinente il tirocinio.

Il Ceripa Onlus sta stipulando accordi di convenzione per l'attività di Tirocinio con Strutture e Istituzioni a carattere Sanitario e di Ricerca dislocate sul territorio.

## **SUPERVISIONE**

La supervisione dell'attività di tirocinio e dell'attività clinica è realizzata a livello individuale e/o di gruppo per l'intero Corso.

Dal terzo anno, durante il quale l'allievo è invitato ad avviare l'attività psicoterapeutica con almeno un caso clinico, la supervisione sarà svolta anche a livello individuale, per una più accurata e utile focalizzazione delle dinamiche e dei contenuti personali che intervengono nel processo e nella relazione psicoterapeutica e che possono interferire nell'intervento clinico.

Le supervisioni, individuali e di gruppo, dovranno raggiungere un totale di almeno 200 ore nel quadriennio e saranno svolte dai didatti oltre che da docenti proposti dal Comitato Direttivo del Ceripa.

L'attività di supervisione, tra l'altro, prevede:

- l'analisi dettagliata e operativa delle modalità con cui è stata effettuata la valutazione della domanda iniziale agita dal cliente;
- la verifica delle modalità metodologiche e tecniche utilizzate nel corso dell'intervento, sia esso consulenziale o psicoterapeutico;
- la valutazione della validità e dell'efficacia dell'intervento clinico e/o terapeutico condotto.

I moduli per la certificazione dell'attività di supervisione individuale possono essere reperiti presso la Segreteria o sul sito web della Scuola e dovranno essere consegnati all'inizio e alla fine del percorso di supervisione.

## **PSICOTERAPIA PERSONALE**

L'iter formativo del Corso richiede l'effettuazione di una psicoterapia personale che dovrà essere opportunamente certificata. Nel caso in cui l'allievo non abbia già fatto una terapia personale dovrà avviarla entro e non oltre la fine del Primo Anno accademico.

Rispetto allo svolgimento della terapia personale, qualora questa non fosse conclusa o non fosse in corso all'atto dell'iscrizione, la Scuola, su richiesta, fornisce nominativi di

psicoterapeuti affiliati con la Scuola ad orientamento metodologico affine con l'approccio formativo.

L'allievo può scegliere lo psicoterapeuta tra i nominativi inclusi nell'elenco fornito dalla Scuola o tra i professionisti esterni alla Scuola.

In questo secondo caso dovrà tuttavia presentare una preliminare domanda di autorizzazione al Direttore, che consulterà il Collegio dei Docenti, per valutare l'opportunità di riconoscere all'allievo la possibilità effettuare la psicoterapia con uno psicoterapeuta non incluso nell'elenco, a condizione che questi abbia una formazione congruente con la prospettiva teorica del Corso. L'allievo, compilando l'apposito modulo disponibile presso la Segreteria e sul sito web della Scuola, dovrà segnalare il nominativo e l'indirizzo teorico/clinico dello psicoterapeuta, presentando inoltre una dichiarazione di disponibilità del suddetto terapeuta ad avviare una psicoterapia con il richiedente.

Se l'allievo ha invece già effettuato una terapia, deve consegnare in Segreteria della Scuola una dichiarazione a firma dello psicoterapeuta, nella quale sia specificato il suo orientamento teorico/clinico, la durata ed il numero di colloqui compiuti. Il Direttore, con l'ausilio del Rappresentante Legale e del Collegio dei Docenti, valuterà l'idoneità dell'esperienza terapeutica personale, riservandosi la possibilità di richiedere all'allievo l'effettuazione di una nuova psicoterapia, qualora la psicoterapia già effettuata non sia congruente con l'indirizzo teorico e metodologico del Corso.

Se l'allievo all'atto dell'iscrizione al Corso di Specializzazione ha una terapia in atto, deve consegnare in segreteria una dichiarazione dello psicoterapeuta con cui la sta svolgendo, nella quale sia specificata la data di inizio degli incontri e l'orientamento teorico/clinico seguito.

I modelli utilizzabili per le suddette certificazioni sono disponibili in segreteria o sul sito web della Scuola, alla sezione Modulistica.

L'effettuazione della terapia personale è condizione essenziale per la conclusione dell'iter formativo e per l'accesso alla sessione d'esame della tesi di specializzazione.

## VERIFICHE E VALUTAZIONI

Il Corso prevede verifiche e valutazioni di profitto sia in itinere, a cadenza almeno annuale, sia conclusiva.

Le valutazioni in itinere sono condotte dai Didatti che definiscono i contenuti che devono essere congrui al programma effettivamente svolto nel corso dell'anno accademico.

Le valutazioni in itinere sono espresse in trentesimi con la possibilità della lode.

La media dei voti ottenuti nelle valutazioni in itinere, moltiplicata per due, costituisce la votazione di base per l'accesso dell'allievo alla valutazione conclusiva.

L'allievo è ammesso al successivo anno di Corso solo previo il superamento di tutte le verifiche di profitto in itinere previste, il completamento delle ore di tirocinio, la regolarità nei pagamenti delle rette e la presentazione del certificato attestante l'inizio, la frequenza ed eventuali interruzioni della psicoterapia personale.

In caso di esito negativo di una o più delle valutazioni, il Direttore, sentito il parere dei Didatti, nonché del Rappresentante Legale, può:

- far ripetere all'allievo la prova entro l'inizio dell'anno accademico successivo;
- far ripetere all'allievo l'anno accademico;



- sospendere l'allievo in maniera temporanea dal Corso.

L'esame finale del primo biennio, che coincide con la prova in itinere di fine secondo anno, è finalizzato non solo alla verifica delle competenze teorico-pratiche acquisite, ma anche alla valutazione della maturità raggiunta dall'allievo, sia a livello personale che di attitudine clinica. Alla fine di ogni anno il Consiglio dei Docenti stilerà un giudizio riassuntivo per ciascun allievo, che sarà conservato nel fascicolo personale ed esprimerà la valutazione del percorso formativo, sia a livello personale che delle acquisizioni teoriche e pratiche, valutate tramite le verifiche di profitto in itinere, le supervisioni e le attività esperienziali. Tale parere ha lo scopo di evidenziare l'evoluzione dell'allievo, ma anche eventuali criticità o elementi che necessitano di approfondimento e cura.

## **TESI DI SPECIALIZZAZIONE**

### **Finalità**

L'iter formativo della Scuola si conclude con la stesura di una tesi di Specializzazione che intende evidenziare il livello di competenza teorica, metodologica e clinica raggiunta e proporsi come un momento di riflessione e di rielaborazione personale sia dal punto di vista teorico che clinico. Per tale motivo, la tesi deve illustrare e argomentare un tema inerente la Psicologia clinica e la psicoterapia psicodinamica e includere la presentazione di un caso clinico condotto personalmente dall'allievo e supervisionato, con discussione degli aspetti teorici correlati.

## **Assegnazione dei Relatori**

Nella stesura della tesi di specializzazione l'allievo è seguito da uno dei Didatti del Corso, che avrà la funzione di Relatore.

La richiesta del docente Relatore deve essere effettuata alla conclusione del Terzo Anno Accademico e di conseguenza l'assegnazione avverrà entro la fine del terzo anno di Corso.

I Docenti Relatori sono esclusivamente i Docenti Didatti della Scuola, tuttavia, casi particolari di assegnazione tesi saranno vagliati dal Consiglio dei Docenti e sottoposti al Direttore. Agli allievi sarà quindi chiesto di segnalare, in ordine di preferenza, i nominativi dei didatti. Il Consiglio dei Docenti cercherà di assegnare all'allievo il Relatore scelto come prima opzione o, nel caso in cui ciò non fosse possibile, quelli indicati come seconda, terza e quarta opzione. Nel caso in cui l'assegnazione del Relatore non risulti possibile dalle richieste espresse dall'allievo, verrà assegnato d'ufficio. Gli elenchi di assegnazione saranno affissi nella bacheca della Scuola o pubblicati sul sito web. Dopo l'assegnazione, ogni allievo dovrà entrare in contatto con il proprio Relatore al fine di concordare le modalità di presentazione del materiale clinico e di stesura della tesi di specializzazione.

## **Adempimenti/Requisiti**

L'allievo che intende accedere alla valutazione finale deve farne richiesta scritta controfirmata dal Relatore, al Direttore, mediante compilazione del modulo reperibile presso la Segreteria e sul sito web della Scuola, entro due mesi dalla discussione della tesi.

Gli allievi potranno accedere alla sessione di esame di tesi a condizione che:

- abbiano superato l'esame di Stato e siano regolarmente iscritti all'Ordine professionale di appartenenza da almeno quattro anni, secondo quanto richiesto dalla normativa vigente;
- abbiano presentato alla segreteria della Scuola curriculum professionale, certificato di laurea e certificato di iscrizione all'Ordine professionale;
- abbiano superato tutti gli esami (in itinere e finali) previsti dalla Scuola, completato e certificato le ore di tirocinio e supervisione previste da ciascuna annualità;
- non abbiano superato il numero di assenze previste dalla Scuola;
- abbiano concluso e certificato la propria psicoterapia personale o comunque esserne in fase conclusiva;
- abbiano consegnato in segreteria, nei tempi richiesti dalla segreteria didattica, copia della tesi di specializzazione;
- siano in regola con i pagamenti.

L'accesso alla sessione dell'esame di specializzazione sarà comunque possibile solo:

- dopo quattro anni dalla data di iscrizione all'Ordine professionale di appartenenza;
- dopo il parere favorevole del Consiglio dei Docenti, che valuterà la maturità personale raggiunta e la continuità nel compimento del percorso formativo, espresso a seguito della richiesta scritta a cura dell'allievo e controfirmata dal docente Relatore.

### **ASSENZE E DEBITI FORMATIVI**

Il Corso prevede, coerentemente alle normative vigenti, 500 ore annuali, di cui 350 di insegnamenti teorici e teorico-pratici e 150 di attività di tirocinio e supervisione. Rientrano nelle ore di attività teorica sia il Congresso annuale che eventualmente i Seminari teorico/clinici organizzati dal Ce.R.I.P.A. Onlus e dalla Scuola. La partecipazione ad ulteriori attività didattiche

(conferenze, laboratori ecc.) organizzate presso il Ce.R.I.P.A. Onlus non sono obbligatorie ma potranno essere utilizzate, su richiesta dell'allievo, come recupero dell'eventuale debito formativo.

La frequenza del Corso è obbligatoria per almeno l'ottanta per cento del monte ore complessivo delle attività teoriche e teorico-pratiche previste per ogni anno accademico; mentre è obbligatorio per l'intero monte ore previsto per il tirocinio.

Il Corso richiede una frequenza assidua ed una partecipazione attiva alle lezioni. Le assenze ammesse non devono superare le 54 ore accademiche: nel caso in cui oltrepassino tale soglia ma siano inferiori alle 100 ore, sono previste attività integrative pertinenti agli insegnamenti non frequentati, sulla base delle indicazioni ricevute dal Direttore (che dovranno essere concordate con il docente responsabile). Nel caso di non ottemperanza, il Responsabile Legale, sentito il parere del Direttore, potrà deliberare la sospensione o l'esclusione dell'allievo dal Corso.

Assenze superiori alle 100 ore saranno esaminate dal Consiglio dei Docenti che ne valuterà la congruità con la prosecuzione dell'iter formativo da parte dell'allievo. Il Regolamento della Scuola (art.5.10) considera, il superamento di tale limite come possibile causa di esclusione dal Corso di Specializzazione.

## **COMMISSIONI E REFERENTI**

Su delibera del Comitato Direttivo, la Scuola ha istituito una serie di Commissioni a cui gli allievi sono tenuti a rivolgersi nel caso in cui abbiano richieste o problematiche relative alle diverse attività didattiche e formative della Scuola. Si invitano pertanto gli allievi a fare riferimento solo ai referenti e/o alle Commissioni specifiche alla questione su cui intendono ottenere chiarimenti o indicazioni.

### **COMMISSIONE DIDATTICA, PUBBLICAZIONI E CONVEGNI**

(Di Sauro, Cavallo, Maltese, Mura.)

La Commissione ha la responsabilità di definire e coordinare le linee guida della didattica, delle pubblicazioni e delle attività congressuali della Scuola.

#### **COMMISSIONE TUTORING**

(Di Sauro, Mura, Cavallo, )

La Commissione ha il compito di valutare l'ammissione dei nuovi allievi e/o uditori, le domande di sospensione dal Corso, l'affidamento dei Docenti Relatori e l'accesso alle sessioni di specializzazione da parte degli allievi. Sulla base delle informazioni ottenute dalla Segreteria Amministrativa della Scuola, la Commissione monitorerà quindi i singoli allievi e sottoporrà al Consiglio dei Docenti le diverse situazioni.

Rientra nei compiti della Commissione l'individuazione delle possibili attività integrative valide per il recupero dei debiti formativi accumulati nel corso dell'A.A.

#### **COMMISSIONE TIROCINI E SPORTELLI DI CONSULENZA CLINICA**

(Maltese, Cavallo, Marchegiani)

La Commissione ha in esclusiva la responsabilità di pianificare e monitorare le attività di tirocinio e di ricerca svolte dagli allievi della Scuola, di approntare eventuali nuove convenzioni con enti esterni e di promuovere accordi di collaborazione con i reparti delle varie strutture ospedaliere o integrate sul territorio. Attualmente è in funzione lo Sportello di Consulenza del Ceripa

#### **COMMISSIONE PER L'ATTIVITA' DI RICERCA**

(Di Sauro, Mura)

La commissione ha compiti specifici in merito all'attività scientifica con l'intento di promuovere, sviluppare e coordinare risorse didattiche e professionali in virtù dei criteri qualitativi caratterizzanti la scuola. La tabella illustra alcuni temi di ricerca e strutture operative con cui Il Ce.R.I.P.A. Onlus collabora at-

tualmente nell'attività di ricerca attraverso i suoi docenti e studenti tirocinanti.

<b>TEMA</b>	<b>STRUTTURA</b>	<b>COORDINATORE RESPONSABILE DELLA RICERCA</b>
Gruppo di Contenimento emotivo	CERIPA	Di Sauro Maltese
Cinema e psicoanalisi	CERIPA	Marchegiani
Centro di Psicologia Clinica e Psicoterapia ***	CERIPA	Di Sauro, Cavallo, Maltese, Mura. Segreteria di Accoglienza: Marchegiani

\*\*\* Il Centro di Psicologia Clinica e Psicoterapia è aperto 40 ore settimanali articolate tra mattina e pomeriggio. Il Centro, diretto dal prof. Rosario Di Sauro, prevede la supervisione scientifica dei Didatti del Corso di formazione in Psicologia Clinica e Psicoterapia Psicodinamica per il ciclo di vita e dei docenti esterni delegati dal Comitato Direttivo del Ceripa onlus.

L'attività di consulenza e psicoterapia verrà svolta da operatori con formazione psicologico-clinica e da Consulenti Sanitari cui spetta il compito di consulenza specialistica (medica, psichiatrica o altro), con designazione da parte del Direttore su segnalazione dei Supervisor.

*Il Centro di Psicologia Clinica e Psicoterapia fornisce i seguenti servizi: Consulenza Psicologica; Psicodiagnosi; Psicologia Clinica; Psicoterapia e fornisce anche interventi specifici di sostegno a studenti con problematiche psicologiche legate alla vita universitaria.*

### **SEGRETERIA SCIENTIFICA**

(Marchegiani, Riccardi)

La Commissione ha il compito di organizzare le attività scientifiche e programmatiche della Scuola.

### **LA BIBLIOTECA**

Presso la sede della Scuola e del Ceripa Onlus è presente una piccola biblioteca che mette a disposizione degli allievi alcuni testi specialistici. La consultazione ed il prestito sono possibili facendone richiesta in segreteria. Inoltre sul sito della Associazione è presente, sempre aggiornata, una biblioteca virtuale di testi attinenti il Corso di Specializzazione.

### **INFO CERIPA**

Qualsiasi comunicazione attinente la Scuola di Specializzazione (organizzazione di seminari e congressi, informazioni sui calendari di lezioni ed esami, ecc.) è inserita in una *News* regolarmente affissa nella bacheca della Scuola ed inviata tramite mail agli allievi. Inoltre, tutte le altre comunicazioni generali relative alla Scuola sono aggiornate e consultabili sul sito [www.ceripa.it](http://www.ceripa.it); **info: [scuolaspeceripa@gmail.com](mailto:scuolaspeceripa@gmail.com)**

## ***BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO***

- AMADEI G., ZAVATTINI G. C., *Presentazione All'edizione Italiana Di: Lichtenberg Et Al. I Sistemi Motivazionali*, IL MULINO, BOLOGNA.
- AMMANITI, M. (A CURA DI) (2001), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, R. CORTINA, MILANO.
- AMMANITI M. (A CURA DI) , (2002), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, R. CORTINA, MILANO.
- AMMANITI M., GALLESE G. (2014), *Intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano
- AMMANITI M., NICOLAIS G., SPERANZA A.M., Programmi di prevenzione nella prima infanzia. In: Camerini G.B., Sechi E. (a cura di) (2010), *Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza*. Ravenna: Maggioli Editore.
- AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION, (2006), *PDM Manuale Diagnostico Psicodinamico*, trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- ARON L., SOMMER ANDERSON F. (2004), *IL corpo nella prospettiva relazionale*, La biblioteca, Roma.
- BARANGER, W., BARANGER, M. (1961-62), *La situazione psico-analitica come campo bipersonale*, tr.it. R. Cortina, Milano, 1990.
- BATEMAN, A., FONAGY, P. (2006), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Tr.It. Cortina, Milano.



- BERGERET, J. (1976), *La personalità normale e patologica*, tr.it. R.Cortina, Milano.
- BION, W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi ed altri saggi*, tr.it. Borla, Roma, 1986.
- BLEIBERG, E. (2001), *il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti. un approccio relazionale*, Tr.It. G. Fioriti, Roma, 2004.
- BOVET A. et al. (2001), *L'accoglimento fra diagnosi e restituzione*, in Novelletto A. e Masina E., *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici*, Franco Angeli, Milano.
- BOWLBY, J. (1972), *Teoria dell'attaccamento*, Tr.It. Boringhieri, Torino.
- BOWLBY, J. (1980), *Attaccamento E Perdita*, 3 Vol., Tr.it. Boringhieri, Torino, 1983.
- CARLI R. (1993) (a cura di), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano.
- CARLI, R., PANICCIA, R.M. (2003), *L'analisi della domanda*, Il Mulino, Bologna.
- CARLI, R., PANICCIA, R.M. (2005), *Casi Clinici*, Il Mulino, Bologna.
- CHIESA M. C. (2009), *Le organizzazioni patologiche della personalità: un caso clinico*, in Di Sauro R., Pennella A.R., *La mente nella mente. Teoria e clinica della funzione riflessiva*, Aracne, Roma.
- CHIESA M. C. (2012), *Efficacia del trattamento e funzione riflessiva del paziente borderline. L'effetto dei comportamenti autolesivi e dei traumi precoci*, in Di Sauro R., Maltese M. *La mente nella mente. SOSTenere il benessere psicosociale*, Aracne, Roma.
- CLARKIN, F; YEOMANS, F. E.; KERNBERG, O. F. (2011), *Psicoterapia psicodinamica dei disturbi di personalità: un approccio basato sulle relazioni oggettuali- Manuale della psicoterapia Focalizzata sul Transfert (TFP)*, Giovanni Fioriti, Roma.
- CESA BIANCHI M., CRISTINI C. (2009), *Vecchio sarà lei! Muoversi, pensare, comunicare*, Giunti Barbera, Firenze.

- DAZZI, N., LINGIARDI, V., GAZZILLO, F. (2009), *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*, R. Cortina, Milano
- CRUGNOLA RIVA C. (1993), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Raffaello Cortina, Milano.
- DE VITO, E. (2002), *Diagnosi e indicazioni di trattamento*, in Senise T. (a cura di), *L'adolescente come paziente. Intervento medico e psicologico*, Franco Angeli, Milano.
- DI SAURO, R. (1990), *La formazione in psicoterapia durante il processo terapeutico con i pazienti borderline*, in P. Gentili (a cura di), *La formazione alla psicoterapia psicoanalitica*, Borla, Roma.
- DI SAURO, R. (2002), *L'importanza della valutazione clinica in psicoterapia psicoanalitica*, *Psicologia Clinica e Psicoterapia Psicoanalitica*, Città Nuova, 1, p. 87-99.
- DI SAURO R. (2009), *Il cercatore di conchiglie. Riflessioni sulla psicoterapia psicoanalitica*, Aracne, Roma.
- DI SAURO R., (2012), (a cura di), *I disturbi psicosomatici*, Aracne, Roma.
- DI SAURO R. (2012), (a cura di), *La relazione di aiuto*, Aracne, Roma.
- DI SAURO R., BERTIE' S. (2006), *La genitorialità percorsi di crescita e fattori di rischio psicopatologici*, Aracne, Roma.
- DI SAURO R. BERTIE' S. MARCHEGIANI F. (2016), *Presupposti psicodinamici per la presa in carico dei bambini e dei loro caregivers*, Aracne, Roma.
- DI SAURO, R. ALVARO, R. (2008), *Processi relazionali e istituzioni sanitarie*, Aracne, Roma.
- DI SAURO R. FALCONE S. (2016), *Una finestra sulla mente, la formazione fra patologie borderline e mentalizzazione*, Aracne, Roma.
- DI SAURO, R. MALTESE M. (2012), *La mente nella mente. SOStenere il benessere psicosociale*, Aracne, Roma.
- DI SAURO R., MANCA M. (2006), *Strategie di intervento e prevenzione del bullismo in adolescenza*, Edizioni Kappa, Roma.
- DI SAURO R., MARCHEGIANI F. (2008), *L'adozione, le radici dell'appartenenza*, Aracne, Roma.

- DI SAURO, R. PENNELLA A. R. (2009), *La mente nella mente. Teoria e clinica della funzione riflessiva*, Aracne, Roma.
- DI SAURO R., PRIORI D., RANUCCI A. (2007), *Il burattino in pezzi. Il disturbo di personalità borderline in adolescenza*, Aracne, Roma.
- D'ODORICO L. (1990), *L'osservazione del comportamento infantile*, Raffaello Cortina, Milano.
- DSM V, (2013), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Text Revisedi*, tr.it. Masson, Milano.
- ERIKSON, E.H. (1950), *Infanzia e società*, tr.it. Armando Editore, Roma, 1966.
- ERIKSON, E.H. (1987), *I cicli della vita*, tr.it. Armando Editore, Roma, 1999.
- FABOZZI, P., BONAMINIO, V. (2007), *Forme dell'interpretare. Nuove prospettive nella teoria e nella clinica psicoanalitica*, F. Angeli, Roma
- FAIRBAIN, W.R.E. (1952), *Studi psicoanalitici sulla personalità*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1992.
- FERENCZI, S. (1908-1935), *Opere*, tr.it. R. Cortina, Milano, 2001.
- FERRO, A. (1996), *Nella stanza d'analisi*, R. Cortina, Milano.
- FERRO, A. (1999), *La psicoanalisi come letteratura e terapia*, R. Cortina, Milano.
- FOGLIO BONDA, P. G. (1992), *Principi e tecniche di psicoterapia*, Franco Angeli, Roma.
- FLORENZANO F. (1999), *La solitudine fra gli anziani*, Edup, Roma.
- FLORENZANO F. (2000), *Manuale per la comunicazione con l'anziano*, Edup, Roma.
- FONAGY, P. (2002), *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, tr.it. R. Cortina, Milano.
- FONAGY P. (2009), *Attaccamento, trauma e psicoanalisi*, in Di Sauro R, Pennella A.R., *La mente nella mente. Teoria e clinica della funzione riflessiva*, Aracne, Roma.
- FONAGY, P., TARGET, M. (2000), *Attaccamento e funzione riflessiva*, trad.it. R. Cortina, Milano, 2001.

- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E.L., TARGET, M. (2002), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, tr.it. R. Cortina, Milano, 2005.
- FREDDI C. (2001), *La funzione e del gruppo terapeutico nel trattamento dei disturbi di personalità in adolescenza*, in Novelletto A. e Masina E., *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici*, Franco Angeli, Milano.
- FREUD A. (1961), *L'Io e i meccanismi di difesa*, tr.it. Martinelli, Firenze, 1967.
- FREUD, S. (1886/1938), *Opere*, tr.it Boringhieri, Torino, 1998.
- GABBARD, G.O. (1998), *Psichiatria Psicodinamica*, tr.it. R. Cortina, Milano.
- GABBARD G.O. (2004), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- GENTILI, P. (1990), *La formazione alla psicoterapia psicoanalitica*, Borla, Roma.
- GIANNAKOULAS, A., ARMELLINI, M., FABOZZI, P. (2000), *Il sé tra clinica e teoria. La tradizione winnicottiana*, Borla, Roma.
- GILL M. M. (1994), *Psicoanalisi in transizione*, trad. it Raffaello Cortina, Milano, 1996.
- GOLEMAN D. (2009), *Intelligenza ecologica*, trad. it, RCS Libri, Milano, 2011.
- GRASSO M. (1993), *L'analisi della domanda come trattamento. Studio di un caso*, in Carli R. (a cura di), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano.
- GRASSO, M. (1999), *Psicologia clinica e psicoterapia*, Kappa, Roma.
- GRASSO M., DE CORO A. (1993), *Analisi della domanda e intervista diagnostica. Un approccio psicodinamico*, in Carli R. (a cura), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano.
- GRASSO M., CORDELLA B., PENNELLA A.R. (2003), *L'intervento in psicologia clinica*, Carocci, Roma.
- GRASSO M., CORDELLA B., PENNELLA A.R. (2004), *Metodologia dell'intervento in psicologia clinica*, Carocci, Roma.

- KANDEL E.R. (2012), *L'età dell'inconscio*, trad. it., Cortina, Milano.
- KERNBERG, O.F. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1993.
- KERNBERG, O.F. (1985), *Mondo interno e realtà esterna*, tr.it. Boringhieri, Torino, 2002.
- KERNBERG, O.F. (1986), *Disturbi gravi della personalità*, tr.it. Boringhieri, Torino.
- KERNBERG, O.F. (1993), *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, tr.it. R. Cortina, Milano, 1996.
- KERNBERG, O.F. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1997.
- KERNBERG, P.F., WEINER, A.S., BARDESTEIN, K.K. (2000), *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, tr.it. G. Fioriti, Roma, 2001.
- KLEIN, M. (1921/1958), *Scritti*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1998.
- KLEIN M. (1932), *La psicoanalisi dei bambini*, trad. it, Martinelli, Firenze, 1970.
- KOHUT, H. (1977), *La guarigione del Sé*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1980.
- KOHUT, H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1976.
- KORCHIN, S.J. (1976), *Psicologia clinica moderna*, trad.it. Borla, Roma, 1977.
- LACHMAN, F. (2002), *La ricerca empirica nel bambino: un contributo alla psicoanalisi dell'adulto*, in *Gli Argonauti*, tr.it. CIS Editore, Milano, pp.1-19.
- LANGS, R. (1979), *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, tr.it. Boringhieri, Torino.
- LANGS, R. (1990), *Guida alla psicoterapia*, tr.it. Boringhieri, Torino.
- LAUFER M., LAUFER M.E. (1984), *Adolescenza e breakdown evolutivo*, (trad.it), Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- LeDOUX J. (1998), *Il cervello emotivo*, trad. it., RCS Libri, Milano, 2011.
- LICHTENBERG, J. (1999), *I Sistemi motivazionali*, tr.it. R. Cortina, Milano.

- LUBORSKY, L. (1989), *Principi di psicoterapia psicoanalitica: manuale per il trattamento supportivo-espressivo*, tr.it. Boringhieri, Torino.
- MALAGOLI TOGLIATTI C., COSTANZA G. (1993), *La costruzione del cambiamento nell'analisi della domanda*, in Carli R. (a cura di), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano.
- MALAGOLI TOGLIATTI M., MAZZONI S. (2006), *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli il lousannetrique play clinico*, Raffaello Cortina, Milano.
- MASINA E. e MONTINARI G. (2001), *Il ruolo della famiglia nei disturbi di personalità dell'adolescente, con particolare riferimento all'identità di genere*, in Novelletto A. e Masina E., *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici*, Franco Angeli, Milano.
- MATTE BLANCO I. (1975), *L'inconscio come insiemi infiniti*, trad. it., Einaudi, Torino, 2000.
- MacLEAN P. D. (1984), *Tradit., Evoluzione del cervello e comportamento umano*, RCS, Libri, Milano, 2011.
- MCWILLIAMS, N. (2004), *Psicoterapia psicoanalitica*, tr.it. R. Cortina, Milano, 2006.
- MECACCI L., (2012), *Dizionario di Scienze Psicologiche*, Zanichelli, Firenze.
- MILLER, A. (1996), *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero Sé*, tr.it. Boringhieri, Torino.
- MITCHELL, S.A. (1993), *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*, tr.it. Boringhieri, Torino.
- MITCHELL S.A. (1993), *Speranza e timore in psicoanalisi*, trad. it., Boringhieri, Torino, 1996.
- MODELL, A.H. (1994), *Per una teoria del trattamento psicoanalitico*, tr.it. R. Cortina, Milano.
- MUNDO E. (2009), *Neuroscienze per la psicologia clinica le basi del dialogo mente-cervello*, Raffaello Cortina, Milano.
- MURA A. (2012), *Psicosomatica e dermatologia*, in Di Sauro R., *I disturbi psicosomatici*, Aracne, Roma.
- NICOLAIS G., AMMANITI M., FONTANA A., CLARKIN A., CLARKIN J., NICOLAIS G., KERNBERG O. (2012), *Assessment of*

*Adolescent Personality Disorders Through the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A): Clinical and Theoretical Implications.* *Adolescent Psychiatry*, 2 (1), 116-128.

PAGANI M., DI LORENZO G., MONACO L., NIOLU C., SIRACUSANO A., VERARDO A.R., LAURETTI G., FERNANDEZ I., NICOLAIS G., COGOLO P., AMMANITI M. (2011), *Pretreatment, Intratreatment, and Posttreatment EEG Imaging of EMDR: Methodology and Preliminary Results From a Single Case.* *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(2), 42-56.

NICOLAIS G., *Eventi stressanti, esperienze traumatiche ed implicazioni per lo sviluppo.* In: Ammaniti M. (a cura di) (2010), *Psicopatologia dello sviluppo – modelli teorici e percorsi a rischio.* Milano: Cortina.

NICOLAIS G., *Psicopatologia genitoriale ed implicazioni per lo sviluppo.* In: Ammaniti M. (a cura di) (2010), *Psicopatologia dello sviluppo – modelli teorici e percorsi a rischio.* Milano: Cortina.

NOVELLETTO A., MASINA E. (2001) (a cura di), *I disturbi di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici.* Franco Angeli, Milano.

PENNELLA A.R. (2008), *L'interazione clinica Dall'oggetto alla tecnica di intervento,* Franco Angeli, Roma.

PENNELLA A.R., (2013), *Il luogo delle storie e dintorni Il setting in psicoterapia psicoanalitica,* Franco Angeli, Roma.

PESARESI F., GORI C., (2006), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Europa. Anziani e sistemi del Welfare* Franco Angeli, Roma.

RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, G. (2006), *So quello che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio,* R. Cortina, Milano.

ROBERTSON I. H., (1999), *Il cervello plastico,* trad. it., RCS, Libri, Milano, 2011.

ROSENFELD H. (1987), *Comunicazione e interpretazione,* trad. it. Boringhieri, Torino, 1989.

SANDLER, J. (1987), *Il paziente e l'analista,* tr.it. Boringhieri, Torino.

- SEGAL H., (1964), *Introduzione al pensiero di Melanie Klein*, trad. it., Martinelli, Firenze.1975.
- SEMI, A.A. (1985), *Tecnica del colloquio*, R. Cortina, Milano.
- SIEGEL, D.J. (2001), *La mente relazionale*, trad.it., R. Cortina, Milano
- SCIALPI M., (2008), *L'io-gruppo in formazione*, Aracne, Roma.
- STERN, D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1987.
- THOMÄ, H., KÄCHELE, H. (1990), *Trattato di terapia psicoanalitica*, tr.it. Boringhieri, Torino.
- VIGGIANO M.P. et al. (2012), *Dinamiche temporali dell'interazione tra emozioni e memoria*, in Battaglini I. (a cura di), *Psicodinamica del Sé nelle relazioni interpersonali*, Aracne, Roma.
- WINNICOTT D.W. (1969), *Sviluppo affettivo e ambiente*, trad. it., Armando, Roma, 1975.
- WINNICOTT D.W. (1971), *Gioco e realtà*, trad. it.,Armando Roma,1974.
- WINNICOTT, D.W. (1989), *Esplorazioni psicoanalitiche*, trad.it., R. Cortina, Milano, 1995.

### **LETTURE CONSIGLIATE\***

- ABRAHAM, K. (1913), *Opere*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1975.
- ADENZATO, M., MEINI, C. (a cura di) (2006), *Psicologia evolutivista*, Boringhieri, Torino.

---

\* Nell'ambito dei singoli moduli didattici saranno segnalati ulteriori testi di approfondimento.



- AMMANITI, M. (a cura di) (1989), *La nascita del Sé*, Edizioni Laterza, Roma-Bari.
- ATWOOD, G.E., STOLOROW, R.D. (1995), *I contesti dell'essere*, tr.it. Boringhieri, Torino.
- BADOLATO, C., DI IULLO, M.G. (1978), *Gruppi terapeutici e gruppi di formazione*, Bulzoni, Roma.
- BALINT, M. (1967), *Medico, paziente, malattia*, Feltrinelli, Milano.
- BARALE, F., FERRO, A. (1992), "Reazioni terapeutiche negative e microfratture della comunicazione analitica", in *L'esperienza condivisa*, R. Cortina, Milano, 1996.
- BARRON, J.W. (a cura di) (2005), *Dare un senso alla diagnosi*, tr.it. R.Cortina, Milano.
- BATEMAN, A., HOLMES, J. (1995), *La psicoanalisi contemporanea. Teoria, pratica e ricerca*, tr.it. R. Cortina, Milano, 1998.
- BION, W.R. (1962), *Learning from experience*, Heinemann, London.
- BLEIBERG, E. (2001), *Il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti. Un approccio relazionale*, tr.it. G. Fioriti, Roma, 2004.
- BOLLAS, C. (1999), *Il mistero delle cose: la psicoanalisi come forma di conoscenza*, tr.it. R. Cortina, Milano, 2001.
- BONAMINIO, V., FABOZZI, P. (a cura di) (2002), *Quale ricerca per la psicoanalisi*, F. Angeli, Milano.
- BREUER, M. (1892-1895), "Studi sull'isteria", in Freud, S., *Opere*, vol. 1, tr.it. Boringhieri, Torino, 1996.
- BROMBERG, P.M. (1998), *Clinica del trauma e della dissociazione*, tr.it. R.Cortina Editore, Milano.
- CANGUILHEM, G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris.
- CARLI, R. (1987), *Psicologia clinica, introduzione alla teoria ed alla tecnica*, Utet, Torino.
- CHIANESE, E. (1998), *Costruzioni e campo analitico*, Borla, Roma, 1998.
- CLARKIN, J.F., YEOMANS, F.E., KERNBERG, O.F. (2000), *Psicoterapia delle personalità borderline*, tr.it. R.Cortina, Milano.

- CORMAN, L. (1970), *Psicopatologia della rivalità fraterna*, tr.it. Astrolabio, Roma, 1971.
- CREMERIUS, J., GREEN, M.R., GREENSON, R.R., KHAN, R., KHOUT, H., MASUD, M., TAUBER, E.S. (1995), *Affetti senza parole*, tr.it. Boringhieri, Torino.
- DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (a cura di) (2006), *La ricerca in psicoterapia*, R. Cortina, Milano.
- DE CORO, A., ANDREASSI, S. (2004), *La ricerca empirica in psicoterapia*, Carocci, Roma.
- Di SAURO R., Cavallo D. (2011), *Il counselling psicodinamico*, Aracne, Roma.
- Di SAURO R. (2012), *Elementi di psicologia per l'operatore sanitario*, Aracne, Roma.
- ELLENBERGER, H.F. (1970), *La scoperta dell'inconscio. Storia della Psichiatria dinamica*, Vol. I e II, tr.it. Boringhieri, Torino, 1996.
- EMDE, R.N. (1988), "Gli affetti nello sviluppo del Sé infantile", tr.it. in Ammanniti, M., Dazzi, N. (a cura di), *Affetti. Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*, Laterza, Roma-Bari, 1990.
- ERIKSON, E.H. (1963), *Infanzia e società*, tr.it. Armando Editore, Roma.
- ERIKSON, E.H. (1997), *I cicli della vita*, tr.it. Armando Editore, Roma.
- FABOZZI, P., BONAMINIO, V. (2007), *Forme dell'interpretare. Nuove prospettive nella teoria e nella clinica psicoanalitica*, F. Angeli, Roma.
- FERRO, A. (2002), *Fattori di malattia, fattori di guarigione*, Cortina, Milano.
- FERRO, A. (2007), *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, R. Cortina, Milano.
- FOCCHI, M. (2001), *Il cambiamento in psicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 2001.
- FOGLIO BONDA, P.G. (1983), *Principi e tecniche di psicoterapia*, F. Angeli, Milano.

- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E.L., TARGET, M. (2005), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Se*, tr.it. R. Cortina, Milano.
- FRIEDMAN, L. (1988), *Anatomia della psicoterapia*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1993.
- GABBARD, G.O. (1996), *Amore e odio nel setting analitico*, tr.it. Astrolabio, Roma, 2003.
- GABBARD, G.O., LESTER, E.P. (1995), *Violazioni del setting*, tr.it. R. Cortina, Milano, 1999.
- GABURRI, E. (a cura di) (1997), *Emozione e interpretazione*, Boringhieri, Torino.
- GADDINI, E. (1980), *Note sul problema mente-corpo*, in Scritti (1953-85), tr.it. R. Cortina, Milano, 1989.
- GALIMBERTI, U. (1992), *Dizionario di psicologia*, Utet, Torino.
- GAY, P. (1988), *Freud una vita per i nostri tempi*, tr.it. Bompiani, Milano, 1997.
- GENTILI, P. (1985), "La relazione terapeutica", in P. Gentili (a cura di), *L'uomo e la malattia*, Bulzoni, Roma.
- GENTILI, P. (1991), "La elaborazione della sofferenza come processo terapeutico", in P. Gentili (a cura di), *Il cambiamento terapeutico, modelli, verifica e tecniche*, Borla, Roma.
- GIANNAKOULAS, A. (2003), *Il counselling psicodinamico*, Borla, Roma.
- GRASSO, M. (1997), *Psicologia clinica e psicoterapia: teoria e tecnica dell'intervento psicologico*, Kappa, Roma.
- GRASSO, M. (1988a), "La valutazione clinica", in M. Grasso, G.P. Lombardo, L. Pinkus, *Psicologia Clinica*, NIS, Roma.
- GRASSO, M. (1988b), "L'ascolto terapeutico: osservazione o partecipazione?", in P. Gentili (a cura di), *Dinamiche interattive nella psicoterapia psicoanalitica*, Bulzoni, Roma.
- GRASSO, M. (2001) (a cura di), *Modelli e contesti dell'intervento psicologico*, Kappa, Roma.
- GREEN, A., PONTALIS, J.B. (1982), *Il pensiero di D.W. Winnicott*, Armando, Roma.
- HALEY, J. (1963), *Le strategie della psicoterapia*, tr.it. Sansoni, Firenze, 1984.

- HERMANN, I. (1934), *Psicoanalisi come metodo*, tr.it. Dedalo, Bari, 1990.
- HOLMES, J. (1993), *La teoria dell'attaccamento*, tr.it. R.Cortina, Milano, 1994.
- HORNER, A.J. (1991), *Relazioni oggettuali*, tr.it. R. Cortina, Milano, 1997.
- JERVIS, G. (1989), *La psicoanalisi come esercizio critico*, Garzanti, Milano.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1967), *Dizionario di psicologia e psicoanalisi*, tr.it. Laterza, Roma-Bari, 1993.
- LEWIS, A. (2004), *Menti che si incontrano*, tr.it. R. Cortina, Milano.
- LINGIARDI, V., MADEDDU, F. (2002), *I meccanismi di difesa*, Cortina, Milano.
- LINGIARDI, V., SHEDLER, J., WESTEN, D. (2003), *La valutazione della personalità con la Swap-200*, tr.it. R.Cortina, Milano.
- LORENZ, K. (1989), *L'anello di Re Salomone*, tr.it. Adelphi, Milano.
- MATTE BLANCO, I. (1975), *L'inconscio come insiemi infiniti*, tr.it. Einaudi, Torino, 1981.
- MCWILLIAMS, N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica*, tr.it. Astrolabio, Roma, 1999.
- MCWILLIAMS, N. (1999), *Il caso clinico*, tr.it. R. Cortina, Milano, 2002.
- MILLER, A. (2002), *Il risveglio di Eva. Come superare la cecità emotiva*, R. Cortina, Milano.
- NISSIM, L., MOMIGLIANO, L., ROBUTTI, A. (1992), *L'esperienza condivisa – Saggi sulla relazione psicoanalitica*, R. Cortina, Milano.
- NOVICK, K.K., NOVICK, J. (2009), *Il lavoro con i genitori. I migliori alleati in psicoterapia con il bambino e l'adolescente*, F. Angeli, Milano.
- OGDEN, T.H. (1991), *Identificazione proiettiva e tecnica psicoterapeutica*, tr.it. Astrolabio, Roma, 1994.
- PEARSON, E.S., HAGELIN, A., FONAGY, P. (1994), *Studi critici su "L'amore do transfert"*, R. Cortina, Milano.

- PEASE, A. (1981), *Leggere il linguaggio del corpo*, tr.it. Mondadori, Milano, 1993.
- PELLIZZARI, G. (2002), *L'apprendista terapeuta*, Boringhieri, Torino.
- PENNELLA, A.R. (a cura di) (2004), *Il confine incerto. Teoria e clinica del disturbo borderline*, Rivista SIRPIDI, Kappa, Roma.
- PENNELLA, A.R. (a cura di) (2005), *Realtà e rispecchiamento - Dalla teoria dell'attaccamento alla relazione terapeutica*, Rivista SIRPIDI, Kappa, Roma.
- PERSON, E.S., FONAGY, P., FIGUEIRA, S.A. (a cura di) (1999), *Studi critici su Il Poeta e la Fantasia*, tr.it. R. Cortina, Milano.
- PINKUS, L. (1975), *Metodologia clinica in psicologia*, Armando, Roma.
- PINKUS, L. (1978), *Teoria della psicoterapia analitica breve*, Borla, Roma.
- RONNINGSTAM, E.F. (a cura di) (2001), *I disturbi del narcisismo: diagnosi, clinica, ricerca*, tr.it. R. Cortina, Milano.
- SADOCK, B.J., SADOCK, V.A. (2001), *Psichiatria clinica*, tr.it. Centro Scientifico Editore, Torino.
- SANDLER, J. (a cura di) (1996), *Studi critici su Analisi terminabile e interminabile*, R. Cortina, Milano.
- SANDLER, J. PERSON, E.S., FONAGY, P., FIGUEIRA, S.A. (a cura di) (1997), *Studi critici su Introduzione al Narcisismo*, tr.it. R. Cortina, Milano.
- SCHAFER, R. (1992), *Rinarrare una vita. Narrazione e dialogo in psicoanalisi*, tr.it. Fioriti, Roma, 1999.
- SCIALPI, M. (1983), "Riprendiamoci la malattia", in *Città Nuova*, 14, Roma.
- SEARLES, H. (1959), "Integrazione e differenziazione nella schizofrenia", in *Scritti sulla schizofrenia*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1994.
- SEARLES, H. (1979), *Studi sulla schizofrenia*, tr.it. Boringhieri, Torino.
- SEARLES, H. (1981), *Il paziente borderline*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1995.
- SEGAL, H. (1979), *Melanie Klien*, Boringhieri, Torino, 1981.

- SHAPIRO, S. (1995), *Parlare con i pazienti*, tr.it. Astrolabio, Roma, 1997.
- SIEGEL, D.J. (2001), *La mente relazionale*, tr.it. R. Cortina, Milano.
- TURILLAZZI MANFREDI, S. (1994), *Le certezze perdute della psicoanalisi clinica*, R. Cortina, Milano.
- WALLARSTAIN, R. (1986), *Forty-two Lives in Treatment*, Guilford, New York.
- WEISS SAMPSON, R. (1986), *The psychoanalytic process*, Guilford press, New York.
- WINNICOTT, D.W. (1958), *Collected papers*, Tavistock, London.