

Training Fenomenologico Dinamico

Anno Accademico 2012-2013

Direttore del corso: Prof. Giovanni Stanghellini

Seminario

“La Psicoterapia nella comunità terapeutica”

Nicolò Terminio

Psicoterapeuta – Ph.D.

Palazzo Borghese – Via Ghibellina, 110 r – Firenze

15 settembre 2013

L'uso del modello fenomenologico-dinamico nella comunità terapeutica

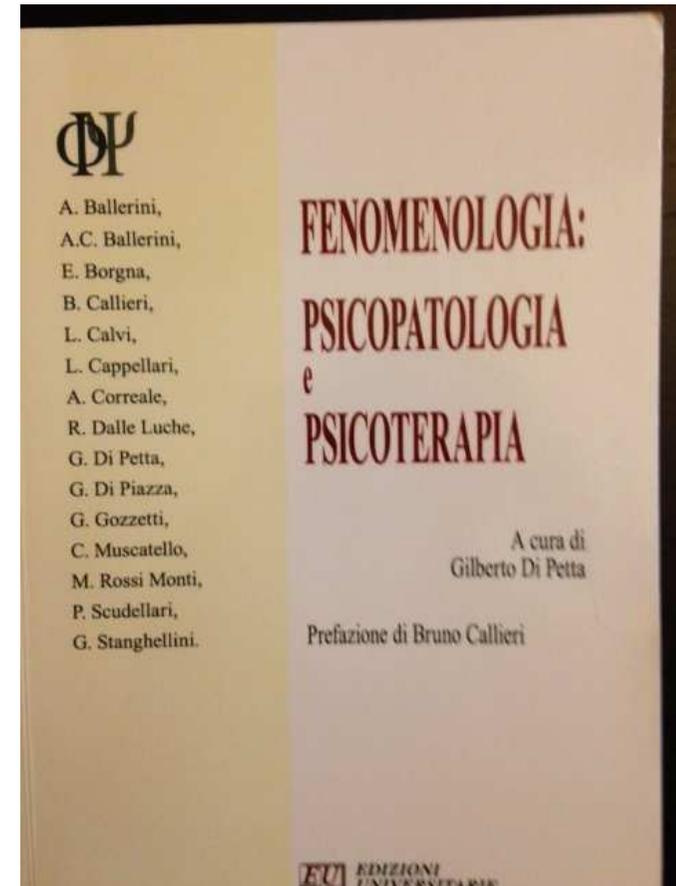
Una traccia

- **Il modello fenomenologico-dinamico in psicoterapia**
 - Sull'utilità del rapporto tra fenomenologia e psicoanalisi
 - Dispositivi di vulnerabilità e psicoterapia
- **Il contesto di cura: pazienti e operatori**
 - Logica del trattamento in istituzione
 - Diagnosi double-face e relazione terapeutica
 - La molla dell'azione terapeutica
- **Cosa ci si può aspettare dalla psicoterapia svolta nella comunità terapeutica?**
 - Lo studio del caso clinico
 - Il funzionamento dell'équipe

Fenomenologia, Psicopatologia e Psicoterapia

Il legame tra fenomenologia e psicoterapia non è scontato, sebbene la psicopatologia fenomenologica si sia configurata sin dai suoi albori come un'innovazione epistemologica e metodologica dell'incontro con il malato mentale.

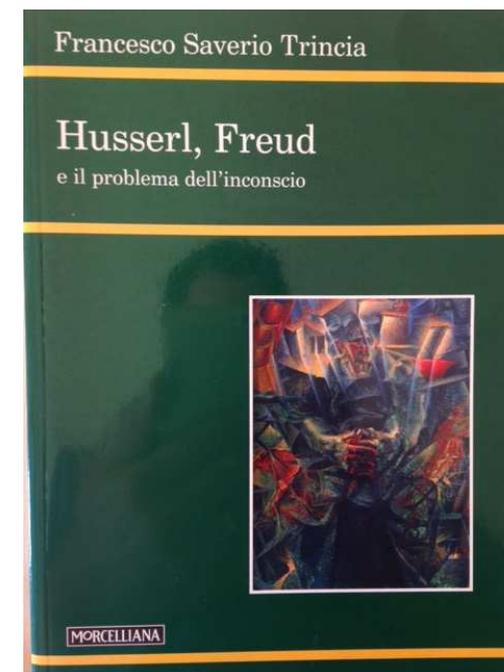
L'orientamento fenomenologico in psicopatologia pone in rilievo la dimensione del vissuto soggettivo: la malattia mentale non viene osservata dall'esterno come se fosse un mero fenomeno biologico, ma viene interrogata come l'indice semantico del percorso esistenziale di un paziente.



Husserl, Freud e l'inconscio

Michel Foucault nella sua Introduzione a *Sogno ed esistenza* di Binswanger metteva in valore alcuni aspetti. La sua lettura apre un parallelo tra Husserl e Freud: "Sarebbe utile insistere un po' sulla coincidenza di due date: 1899, le *Ricerche logiche* di Husserl, 1900, *L'interpretazione dei sogni* di Freud. Duplice sforzo dell'uomo per rientrare in possesso dei propri significati e di se stesso a partire dall'atto stesso della significazione".

[M. Foucault (1954), *Il sogno*, trad. it. di M. Colò, pref. di F. Polidori, Cortina, Milano 2003, p. 7. Il testo citato è stato pubblicato per la prima volta come "Introduzione" per l'edizione francese di *Sogno ed esistenza* di L. Binswanger. In italiano si veda M. Foucault "Introduzione", in L. Binswanger (1930), *Sogno ed esistenza*, trad. it. di L. Corradini e C. Giussani, SE, Milano 1993, pp. 11-85.]



La svolta terapeutica della fenomenologia

Negli ultimi due decenni lo sforzo dei clinici appartenenti alla scuola italiana di psicopatologia fenomenologica è stato rivolto verso una chiarificazione pragmatica dei concetti chiave della fenomenologia con l'obiettivo finale di tracciare le coordinate di base per un approccio fenomenologico in psicoterapia.

In particolare l'impulso verso una svolta terapeutica della fenomenologia è stato sollecitato dall'apertura di un confronto sempre più maturo con la psicoanalisi.

Psicoanalisi e psicopatologia fenomenologica

Il rapporto tra fenomenologia e psicoanalisi è stato costruito da un lato sulla necessità della fenomenologia di trovare una declinazione tecnica dei concetti di base e dall'altro sulla necessità della psicoanalisi di superare la tecnica delle interpretazioni classiche attraverso l'adozione di un atteggiamento terapeutico che si possa avvalere di manovre non interpretative.

Int J Psychoanal 2005;86:011-32

New interpretative styles: Progress or contamination?

Psychoanalysis and phenomenological psychopathology¹

MARIO ROSSI MONTI

Via G. Vico 13, I-50136 Firenze, Italy — m.rossimonti@uniar.it
(Final version accepted 29 May 2004)

Psychoanalysis has started to recoup, often quite implicitly, a more phenomenological stance, ever since psychoanalysts have started working with borderline and psychotic patients. As many of these patients have commonly been through traumatic experiences, psychoanalysts have been using an approach that questions the role of traditional psychoanalytical interpretation and pays more attention to the patient's inner conscious experiences; this approach is characteristic of a specific form of contemporary psychiatry: phenomenological psychopathology founded by Karl Jaspers in 1913 and developed into a form of psychotherapy by Ludwig Binswanger with his Daseinsanalyse. If what we could call a phenomenological 'temptation' has been spreading over psychoanalysis, so too has a psychoanalytical 'temptation' always been present in phenomenological psychopathology. In fact, even though this branch of psychiatry has led us towards a deeper understanding of the characteristics of psychotic being-in-the-world, its therapeutic applications have never been adequately formalised, much less have they evolved into a specific technique or a structured psychotherapeutic approach. Likewise, phenomenological psychotherapy has always held an uncritical attitude towards psychoanalysis, accepting its procedures but refusing its theoretical basis because it is too close to that of the objectifying natural sciences. Psychoanalytical 'temptation' and phenomenological 'temptation' can thus be considered as two sides of the same coin and outline a trend in psychoanalytic and phenomenological literature which points out the fundamental role of the patient's inner conscious experiences in the treatment of borderline and psychotic patients.

Keywords: phenomenology, phenomenological psychopathology, interpretation, psychosis, empathy, insight, therapeutic action, trauma

Phenomenological psychopathology: A pointless occupation?

Using an inevitably reductive language, we could describe phenomenological psychopathology as a psychology of what is pathological that adopts as the constitutive element of its identity the fact of being a method for catching and describing psychopathological experiences. It does this by following a method based on the practice of 'suspension of judgement' or of 'putting into brackets' our conventional knowledge of the world surrounding us. Furthermore, a fundamental role in this psychology is attributed to consciousness, in so far as it can perceive and express subjective experiences.

¹Translated by Andrea Sabbadini.

© 2005 Institute of Psychoanalysis

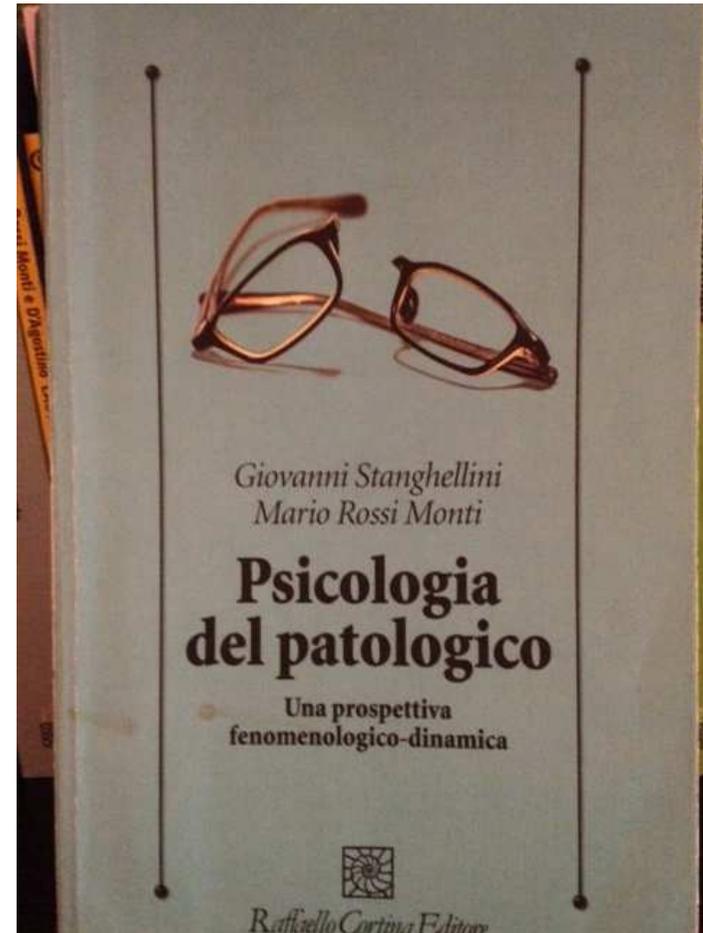
I dispositivi di vulnerabilità: *struttura ed esistenza*

- La concettualizzazione dei “dispositivi di vulnerabilità” si fonda sull’assunto che vede la malattia mentale come un evento che da un lato coinvolge e condiziona fortemente la vita del paziente e dall’altro rimane comunque un evento rispetto a cui lo stesso paziente può prendere posizione.
- I dispositivi di vulnerabilità descrivono le strutture invarianti dell’esperienza che sovradeterminano il dipanarsi dei vissuti di ciascun soggetto.

Dispositivi di vulnerabilità

“Con il concetto di «dispositivo di vulnerabilità» si indicano quelle caratteristiche che fanno di un essere umano al tempo stesso un essere fragile ed esposto alla malattia e una persona in rapporto dialettico con se stessa, aperta al mondo e alla vita”

[G. Stanghellini, M. Rossi Monti, *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*, Cortina, Milano 2009, p. XVI].



Dispositivi antropologici e libertà

- “Noi non ci scegliamo i nostri dispositivi antropologici. Li troviamo già pronti nella cultura alla quale apparteniamo. I dispositivi sono dunque gli *a priori* tipici dell’esistenza umana in una data cultura. Dire che i dispositivi non sono disposti dall’uomo non significa, però, che essi azzerino la libertà umana. Piuttosto ne tracciano i confini, la delimitano, rappresentando altrettanti vincoli; pongono dei problemi che vanno affrontati e non possono essere elusi. Essi orientano la vita umana per come essa si dà innanzitutto e per lo più in un dato contesto storico-culturale”.
- “Un dispositivo patogeno non è altro che un dispositivo antropologico del quale si esaltano le intrinseche caratteristiche di vulnerabilità. Un dispositivo del quale non posso più disporre – ma che dispone univocamente le cose per me”.

[G. Stanghellini, “Il concetto di dispositivo di vulnerabilità”, in G. Stanghellini, M. Rossi Monti, *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologica-dinamica*, Cortina, Milano 2009, p. 202].

4 dispositivi di vulnerabilità ... più 1

1. Conflitto

- a. Definizione teorica
- b. Traduzione clinica
- c. Conduzione della cura

2. Trauma

- a. Definizione teorica
- b. Traduzione clinica
- c. Conduzione della cura

3. Umore

- a. Definizione teorica
- b. Traduzione clinica
- c. Conduzione della cura

4. Coscienza

- a. Definizione teorica
- b. Traduzione clinica
- c. Conduzione della cura

+1: Tempo

La Psicoterapia nella comunità terapeutica: *un'esperienza clinica e di ricerca*

La traccia iniziale

- **Il modello fenomenologico-dinamico in psicoterapia**
- **Il contesto di cura: pazienti e operatori**
- **Cosa ci si può aspettare dalla psicoterapia svolta nella comunità terapeutica?**



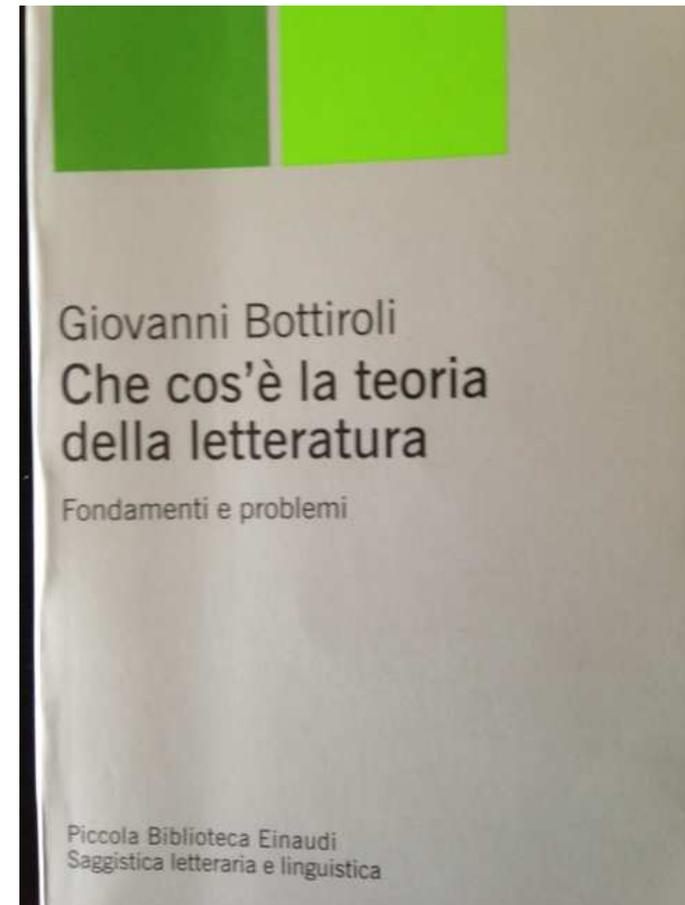
Partire dalle domande di chi lavora

- L'operatore nella relazione
- Dalla teoria alla pratica e ritorno
- Psicopatologia del mondo tossicomane
- La conduzione della cura
- Il lavoro d'équipe e il campo istituzionale
- Responsabilità clinica e visione della comunità

L'operatore e il lavoro terapeutico: parlare una lingua

La psicoterapia come la lingua:

la psicoterapia come una pratica che non si lascia mai del tutto addomesticare dall'esigenza di sistematizzare l'esperienza del "prendere la parola". Come per la lingua, così anche per la psicoanalisi non è possibile procedere verso la compiutezza esplicativa di un'esperienza che è sempre in sovrappiù rispetto a quanto fino ad allora previsto o descritto.



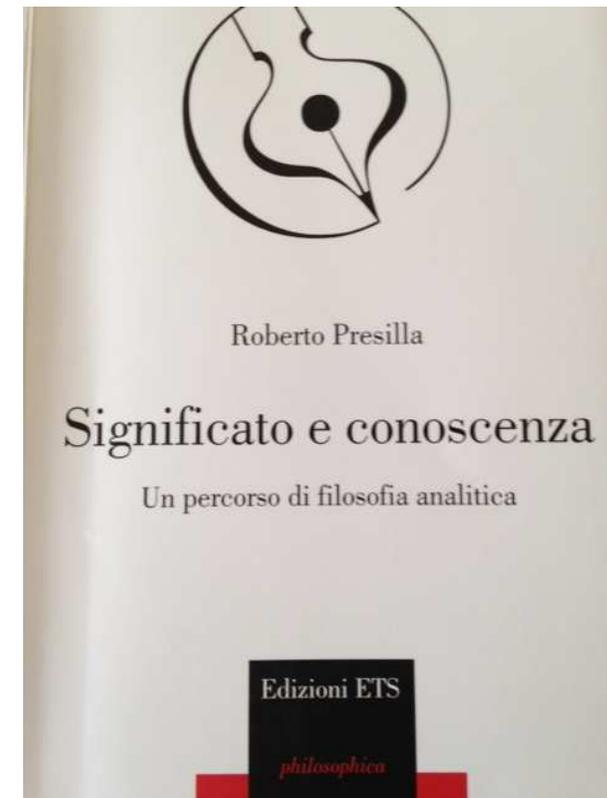
Esercitare la flessibilità

Possiamo sostenere che il metodo fenomenologico-dinamico organizza un campo di possibilità mai saturate né dai diktat delle varie tecniche né dalle definizioni teoriche. Apprendere il mestiere clinico è come apprendere una lingua. L'esperienza terapeutica è infatti un insieme organizzato di virtualità dove la conoscenza della grammatica relazionale (*conoscenza della lingua*) entra in rapporto con la capacità di costruire un campo terapeutico (*capacità di esecuzione*).



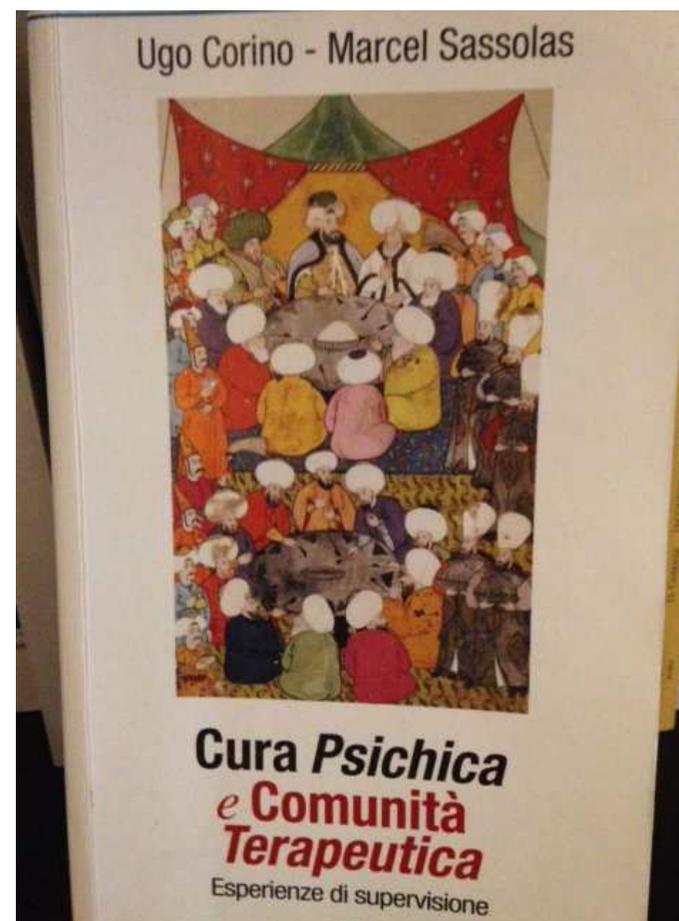
La cura: conoscenza, significato e applicazione terapeutica

La pratica psicoterapeutica impone lo sforzo di uscire da ogni versione nomenclatoria e classificatoria dell'esperienza relazionale che si realizza in una cura. Non ci sono applicazioni *prêt à porter*, né sistemi onnicomprensivi del campo di possibilità aperto dall'incontro con un paziente. La cura è un campo di possibilità dove si tratta di verificare di volta in volta la pertinenza (o l'efficacia) del rapporto che stabiliamo tra il nostro sistema di riferimento (più o meno confermato dalla ricerca più aggiornata) e le sue applicazioni. E qui entra in gioco anche il modo in cui mettiamo alla prova il nostro sapere di fronte alla pratica clinica quotidiana, ossia come ci lasciamo interrogare dalle increspature del reale che ci obbligano a rivedere e ricalibrare le certezze acquisite dalla routine e del già saputo.



La comunità come luogo per la cura psichica

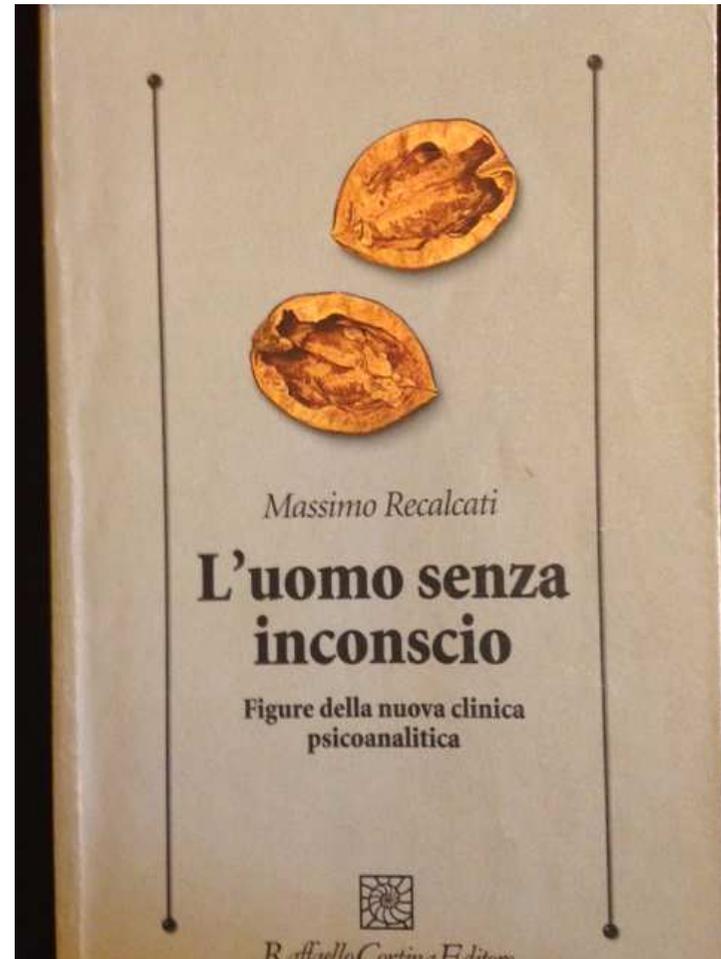
- La comunità può diventare terapeutica (cioè trasformativa) se rinuncia ad essere un mero luogo di contenimento, evitando quindi di perseguire come obiettivo principale quello dell'adattamento psico-sociale del paziente.
- Quali percorsi di soggettivazione sono possibili in una comunità terapeutica? E per quali pazienti?



Alcune questioni psicopatologiche per la psicoterapia in comunità (e non solo)

Sintomi senza inconscio

- In che modo possiamo introdurre dei criteri che ci consentano di cogliere il nucleo psicopatologico delle nuove forme del sintomo? Sulla base di quali criteri differenziali possiamo oggi parlare di nuovi sintomi invece che di classici sintomi nevrotici?
- Quali difficoltà pone la psicoterapia delle forme psicopatologiche contemporanee?
- E in cosa consistono le strategie preliminari della cura per far fronte a tali difficoltà?



Tre differenze tra sintomi nevrotici e nuovi sintomi

- a) Il disturbo ha sempre una **significazione psichica** particolare, quindi è un sintomo che parla: anche se in modo enigmatico si configura come una metafora di ciò che è stato rimosso.
 - b) Il sintomo è sempre la manifestazione di un **conflitto**. È una divisione nevrotica tra il volere e il fare. Più una persona è coerente con ciò che desidera più è sana; più una persona è lontana da ciò che desidera più soffre.
 - c) Sul piano della conduzione della cura osserviamo che il sintomo classico è **sensibile all'interpretazione**: l'interpretazione semantica ha effetti terapeutici sul sintomo.
- a) I nuovi sintomi tendono a prendere la forma della **scarica**. L'agito prende il posto del pensato.
 - b) I nuovi sintomi non esprimono un conflitto del soggetto ed **escludono il legame con l'Altro**.
 - c) I nuovi sintomi si presentano come dei sintomi che **resistono all'effetto dell'interpretazione semantica**

Istanti senza storia

“Nel microcosmo del rapporto terapeutico tutto questo è particolarmente visibile. A partire dalla difficoltà di articolare tra loro le sedute come eventi che godono di un duplice statuto temporale: da un lato eventi chiusi in se stessi (le singole sedute), ma dall’altro eventi inseriti in una successione nella quale le sedute si integrano tra loro a costituire una continuità. Nel lavoro con i pazienti borderline ogni volta tutto ricomincia da capo: all’inizio di ogni seduta manca spesso la percezione di un luogo interno ove sia possibile conservare il ricordo delle sedute precedenti e della storia della relazione così come si va sviluppando”.

[M. Rossi Monti, “Psicopatologia e figure del presente”, in *Forme del delirio e psicopatologia*, Cortina, Milano 2008, p. 87].

LIBRERIA CROCE
in collaborazione con
ONLUS ROMA
Centro di clinica psicoanalitica per i nuovi sintomi

organizza la Presentazione del volume di Mario Rossi Monti
“Forme del delirio e psicopatologia”

Intervengono
ANTONELLO CORREALE
Psichiatra - Psicoanalista SPI
Primario dell'Area II del Dipartimento
di Salute Mentale dell'ASL Roma B

CORRADO PONTALI
Psichiatra - Gruppounalista
Professore di Psicoterapia
Università Cattolica di Roma

MARIO ROSSI MONTI
Psichiatra - Psicoanalista SPI
Professore di Psicologia Clinica
Università di Urbino

Coordina
NICOLÒ TERMINIO
Psicologo - Ph. D. in Psicoterapia
Coordinatore Centro Jonas di Roma

Sabato 29 novembre 2008 - ore 18.30
Corso Vittorio Emanuele II, 156
Roma

MARIO ROSSI MONTI • FORME DEL DELIRIO E PSICOPATOLOGIA

Evento e distruzione del tempo

“Il clinico ha spesso, per lungo tempo, la sensazione di stare provando a costruire sulle sabbie mobili. Ogni volta si ricomincia da capo: l’organizzazione della temporalità borderline consente di saltare da presente a presente, facendo di ogni attimo un’eternità. Da questi attimi non scaturisce una storia. Ognuno di essi occlude una storia che non può essere raccontata. Qualunque cosa accada, dopo ne accade un’altra e se si continua a inseguire gli eventi, concentrandosi sul presente, si potrà continuare ad *avere a che fare solo con un evento invece che con una storia o con una narrazione* nella quale riconoscersi”.

[M. Rossi Monti, “Psicopatologia e figure del presente”, in *Forme del delirio e psicopatologia*, Cortina, Milano 2008, p. 87].

*La dimensione del presente non si aggancia al passato e non proietta verso il futuro.
Kernberg ha approfondito questo tema evidenziando la “distruzione del tempo nel narcisismo patologico”.*

Int J Psychoanal (2008) 89:299–312

299

The destruction of time in pathological narcissism

Otto F. Kernberg¹

New York Presbyterian Hospital, 21 Bloomingdale Road, White Plains, NY 10605, USA –
okernber@med.cornell.edu

(Final version accepted 31 October 2007)

This paper describes the characteristics of subjective time (in contrast to objective time), with particular reference to a specific form of pathological experience and relation to the passage of time in patients with narcissistic personality undergoing psychoanalytic treatment. The clinical manifestations and technical approach to this pathology of time experience are outlined in the context of illustrative clinical vignettes.

Keywords: denial of death, denial of time, eternity and absence of time, illusion of permanence, life cycle, narcissism, negative therapeutic reaction, omnipotence, time destruction, time experience

Introduction

As Elliot Jacques (1982) pointed out in his overview of psychoanalytic views of the experience of time, it is important to keep in mind the difference between objective time as a scientific concept characterized by the uniformity of linear intervals as defined by the units of measurement of time, on the one hand, and the subjective sense of time, that has very different characteristics, on the other. The subjective experience of the duration of time is irregular and depends on multiple psychological factors.

Throughout the life cycle a remarkable yet gradual change occurs in the subjective experience of the duration of time. The multitude of early experiences that bombard the infant and small child gradually settle into longer cycles between the past and the future, such as, for example, the long time in between weekends, and the endless time between birthdays, thus taking on a quality of ‘endless time’, the correlate to the naturally assumed permanence of childhood. With developing growth and maturity, and a more predictable succession of tasks and personal investments, cycles of past experience seem to accelerate. The expectation of future developments, that are now more firmly embedded in consciousness by the individual’s own life trajectory, planning and task investments, matched with active work toward the transformation of such a projected future into the present, decreases the subjective experience of the duration of time so that it seems to be passing more rapidly. There is a clearer sense of what to expect in the future, and a sharp linkage between past experience and its

1 Otto F. Kernberg, M.D. is Director, Personality Disorders Institute, The New York Presbyterian Hospital, Professor of Psychiatry, Weill Medical College of Cornell University, and Training and Supervising Analyst, Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research. This paper represents work from the Cornell Psychotherapy Project supported by a grant from the Borderline Personality Disorder Research Foundation. The Foundation, and its founder, Dr. Marco Stoffe, are gratefully acknowledged.

Il mondo tossicomane

“Il mondo tossicomane o, per meglio dire, l’assenza di mondo, che, in negativo, struttura la presenza tossicomane come assenza (come *de-senza*) come continua sottrazione e sparizione dal mondo, sono gli aspetti attorno a cui si struttura l’esperienza stessa”.

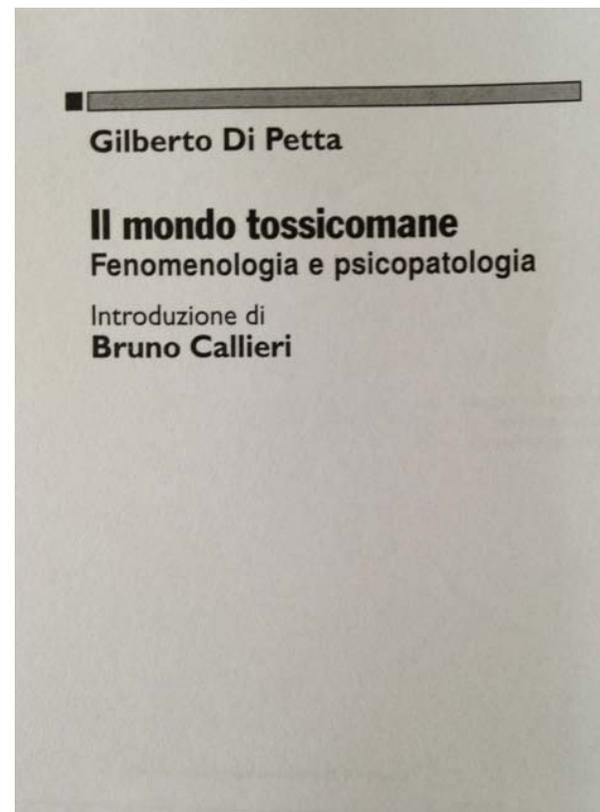
G. Di Petta, *Gruppoanalisi dell’esserci. Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, pref. di B. Callieri e A. Correale, pres. di L. Calvi, Angeli, Milano 2006, pp. 99-100.



La psicoterapia nella comunità terapeutica: *soggettivare il Dasein?*

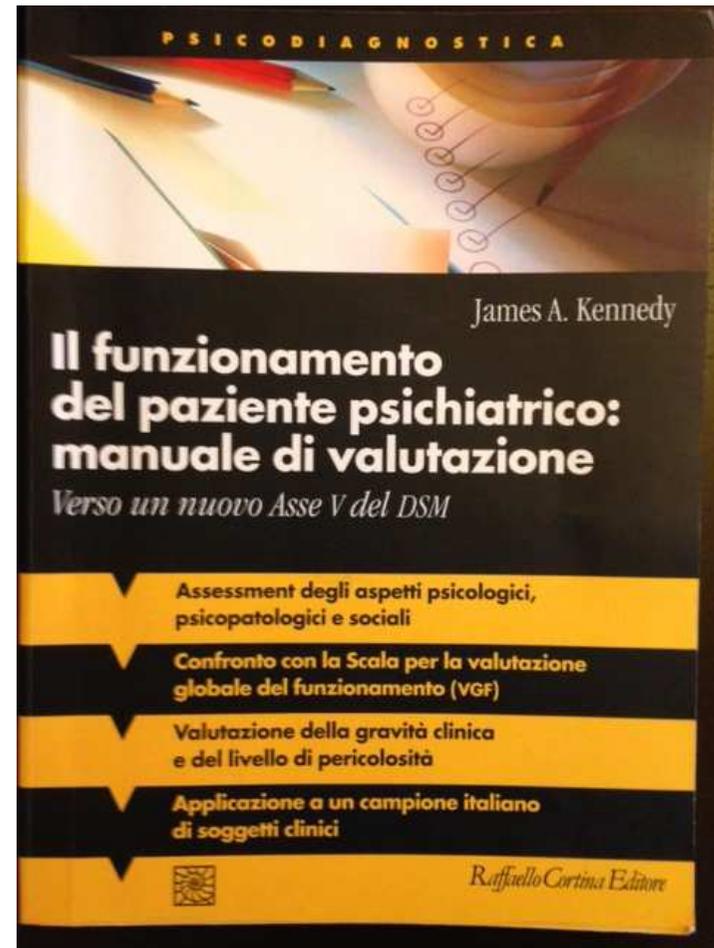
“Ma come lo si può, in definitiva,
s-oggettivare, questo *Dasein*,
cioè render proprio, proprio
sempre nel senso di nostro,
cioè insostituibile,
inimitabile?”

[G. Di Petta, *Il mondo tossicomane. Fenomenologia e psicopatologia*, introd. di B. Callieri, Angeli, Milano 2004, p. 104].



il Progetto Terapeutico Individualizzato

- Analisi dei bisogni e del contesto
 - Storia
 - Sintomo
 - Domanda
- Obiettivi del progetto
- Contenuti
- Metodi e strumenti
- Tempi
- Spazi
- Vincoli e limiti
- Verifiche e aggiornamento clinico



La funzione terapeutica della comunità

La funzione terapeutica della comunità:

- Riposo
- Mentalizzazione
- Slancio vitale

La matrice gruppale del trattamento:

- Universale e singolare
- Rispecchiamento e soggettivazione
- Campo istituzionale e lavoro d'équipe

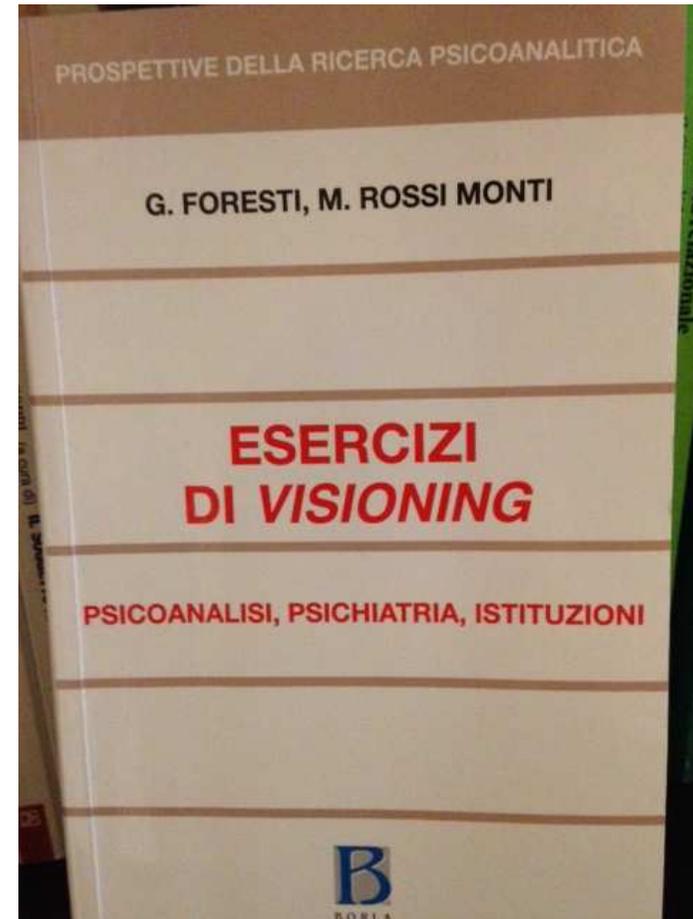


Il lavoro psicoterapeutico in istituzione

Un elemento che caratterizza l'approccio clinico in istituzione consiste nel ruolo fondamentale che viene posto nel *funzionamento dell'équipe*.

L'équipe degli operatori (psicoterapeuti, educatori, operatori, cuochi, manutentori e ogni altra persona che entra abitualmente in contatto con i pazienti) rappresenta infatti il fulcro operativo che permette di attualizzare il progetto clinico della Comunità.

Il Progetto Terapeutico Individualizzato non trova il suo momento di realizzazione solo nei diversi tipi di colloqui (diagnostici, terapeutici, educativi) o nelle attività che vengono svolte, piuttosto trova il suo fattore di maggiore efficacia clinica nel "campo istituzionale" che permea la vita quotidiana e il clima relazionale della Comunità.

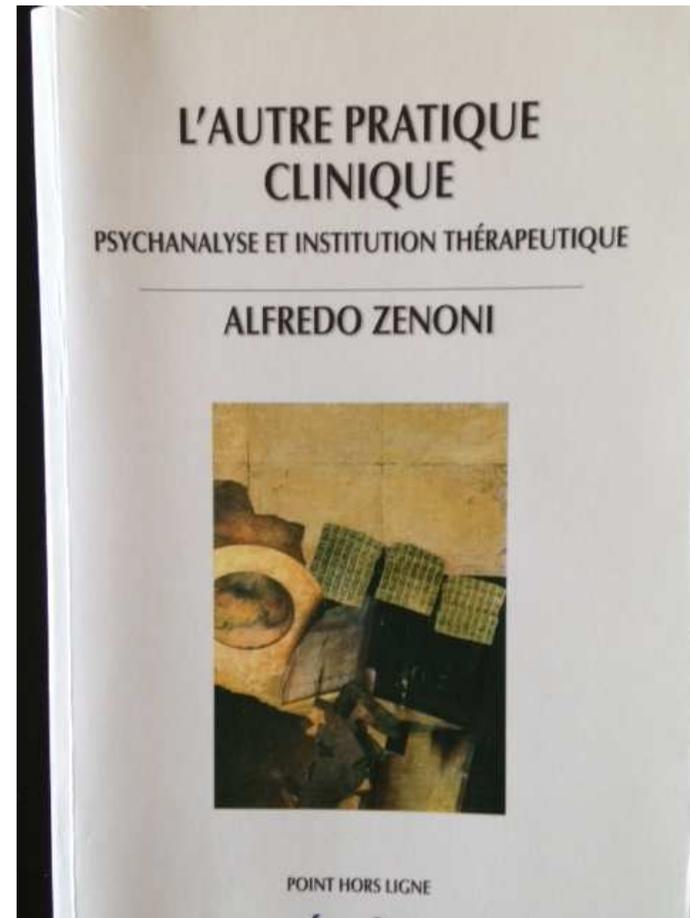


pratique à plusieurs

La ***pratique à plusieurs*** è un'applicazione della psicoanalisi nel campo istituzionale, è stata inventata e messa a punto negli anni Settanta in Belgio da Antonio Di Ciaccia per la cura dei bambini psicotici. Oggi la *pratique à plusieurs* ispira l'orientamento clinico di diverse istituzioni per la cura di forme di psicopatologia grave.

Per approfondimenti si rimanda a:

- A. Di Ciaccia, "***Una pratica al rovescio***", in Aa.Vv., *Autismo e Psicosi Infantile. Clinica in Istituzione*, Borla, Roma 2006, pp. 23-43;
- A. Zenoni, ***L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique***, Erès, Toulouse 2009.



Gruppi, laboratori e comunità terapeutica

IL GRUPPO PAROLA

L'analisi dei contenuti viene focalizzata sui dati riferiti ai seguenti assi relazionali:

- il rapporto di ciascun paziente con gli altri membri del gruppo;
- il rapporto di ciascun paziente con il conduttore del gruppo e gli operatori presenti;
- il rapporto di ciascun paziente nei confronti del dispositivo gruppale;
- il rapporto di ciascun paziente con la comunità;
- il rapporto di ciascun paziente con le proprie problematiche soggettive e il proprio progetto terapeutico.

La funzione del "gruppo", in quanto dispositivo in grado di modulare:

- *il legame intersoggettivo tra i pazienti;*
- *il loro singolo percorso terapeutico;*
- *il legame tra il gruppo dei pazienti e la comunità.*

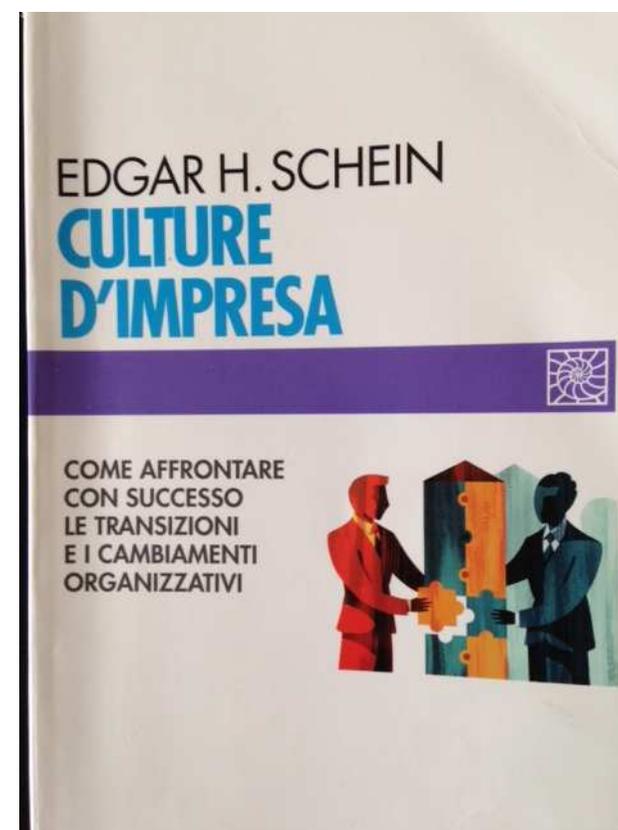


Psicoterapia, comunità e cultura istituzionale

Dove risiede la cultura?

“La cultura è la proprietà di un gruppo. Ogni volta che un gruppo ha abbastanza esperienza in comune comincia a formarsi una cultura. [...] La cultura esiste a livello dell'intera organizzazione, se c'è una storia sufficientemente condivisa. [...] Pertanto la chiave per capire se esiste o meno una cultura è cercare la presenza di esperienze comuni e di un comune bagaglio culturale”.

[E. Schein (1999), *Culture d'impresa. Come affrontare con successo le transizioni e i cambiamenti organizzativi*, trad. it. di G. Picco, Cortina, Milano 2000, p. 22]



Cos'è la cultura?

- Artefatti
- Valori dichiarati
- Assunti taciti condivisi

Artefatti

- **Cosa sono?** “Quello che si vede, si ascolta e si prova quando si va in giro” (Schein 1999, p. 25).
- **Metodo di analisi:** “bisogna essere in grado di parlare con chi vi lavora e porre domande su quanto si osserva e si percepisce” (Schein 1999, p. 26).
- **Questione:** non si sa quello che gli artefatti significhino.

Valori dichiarati

- **Cosa sono?** “Sono le cose che hanno valore per l’organizzazione” (Schein 1999, pp. 26-27)
- **Metodo di analisi:** “*Perché* si agisce in questo modo?” (Schein 1999, p. 27).
- **Questione:** “Come è possibile che due organizzazioni che dichiarano di abbracciare gli stessi valori abbiano differenti organizzazioni dello spazio fisico e differenti stili di lavoro?” (Schein 1999, p. 27).

Assunti taciti condivisi

- **Cosa sono?** Sono “gli assunti che operano senza che i membri ne siano consapevoli, perché hanno cominciato ad essere dati per scontati” (Schein 1999, p. 29).
- **Metodo di analisi:** “se davvero si vuole comprendere la cultura, si deve cominciare un processo che comporta l’osservazione sistematica e il parlare con i dipendenti per poter rendere espliciti gli assunti taciti” (Schein 1999, p. 33).
- **Questione:**
 - non esiste una cultura giusta o sbagliata;
 - gli elementi che orientano una cultura sono invisibili;
 - “se si vogliono cambiare alcuni elementi della propria cultura, si deve riconoscere che si stanno affrontando alcune delle parti più stabili dell’organizzazione” (Schein 1999, p. 34) .

Psicoterapia e cultura istituzionale

In sintesi

- Ciò che realmente guida la cultura – la sua essenza – sono gli assunti acquisiti, condivisi e taciti su cui la gente basa il proprio comportamento quotidiano.
- La bontà di una cultura dipende dal livello al quale gli assunti taciti comuni creano il tipo di strategia e di organizzazione che è funzionale nell'ambiente dell'organizzazione.
- Non si possono dedurre gli assunti solo dall'osservazione del comportamento.

(Schein 1999, p. 32-33)

La psicoterapia e la visione della comunità

- Psicoterapia e lavoro d'équipe
- Psicoterapia e responsabilità clinica
- Psicoterapia e cultura organizzativa

Nicolò Terminio
Psicoterapeuta – Ph.D.
www.nicoloterminio.it