

aippc

associazione italiana di
psicologia e psicoterapia costruttivista

via Cavour, 64 - 50129 Firenze
+39 055 291338
+39 055 290712
aippc@aippc.it
www.aippc.it

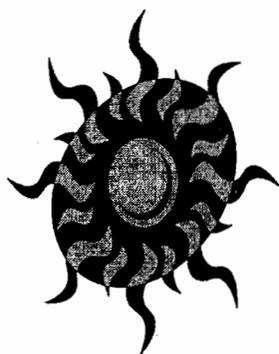


La Sede dell'AIPPC
a FIRENZE



**La Reda-
zione augu-
ra a tutti
buone va-
canze!**

**Arrivederci
a settembre!**



COSTRUTTIVISMI

**Poca empatia se c'è antipatia?
Il paziente "insopportabile".
Tema proposto da Francesca Trovato**

Le difficoltà con i pazienti "antipatici" presumibilmente nascono dalla struttura del terapeuta.

1. Secondo te quali possono essere gli schemi prevalenti che in questo caso confliggono?
2. Quale è il modo migliore (sempre che ci sia) per affrontare il problema?
3. Invece trovarsi troppo a proprio agio con un paziente può in qualche caso modificare l'efficacia della terapia o far commettere più frequentemente i cosiddetti "errori dell'ovvio"?

Il tema di questo numero ha per me una valenza particolare: per la prima volta mi trovo a fare i conti con una relazione terapeutica in cui sopporto veramente a malapena chi mi sta di fronte, e la cosa mi crea un certo disagio.

Se nella vita di tutti i giorni si può liquidare il fatto invocando la famosa antipatia "di pelle", vale invece la pena guardarsi un po' più a fondo quando l'interazione problematica è con un paziente.

Magari possono esservi delle strutture più o meno adatte alla nascita immediata di una "buona relazione", come probabilmente alla base di eventuali difficoltà personali del terapeuta si possono sospettare aspetti conflittuali irrisolti o non ancora affrontati nell'ambito del proprio percorso formativo.

Nella fattispecie la persona a cui sto pensando adesso è una signora estremamente lamentosa, che non si assume mai una diretta responsabilità, particolarmente poco puntuale e molto manipolativa. In questo caso, penso che tra quelli che sono i miei schemi prevalenti -ad esempio l'"autonomia"- vi sia poca compatibilità con quelli dalla paziente, ovvero i suoi "locus esterno" e "dipendenza affettiva". In più le sue strategie (particolarmente l'atteggiamento "coy" e la ricerca compulsiva di accudimento) le vivo come irritanti.

Prendere atto di alcuni dei meccanismi che regolano la nostra interazione già poteva in un certo qual modo farmi capire meglio la situazione, se non che il dato che io debba tenere in terapia questa paziente per via dei due casi da portare all'esame finale e che attualmente non esistano alternative alla cosa fa sì che le dimensioni di "costrizione" e di "impotenza" mi facciano percepire un'ulteriore difficoltà relazionale. In questo modo mi rendo conto che, sforzandomi di essere empatica (peraltro perdendo di spontaneità), rischio di avere un atteggiamento collusivo, e di orientare il monitoraggio delle mie interazioni soprattutto al controllo piuttosto che all'ascolto.

La cosa interessante però è che riesco a capire qualcosa in più della paziente - e di me- partendo proprio dalla reazione negativa che questa persona mi suscita, anche se percepisco nettamente una difficoltà nell'impostazione della terapia, mentre un movimento di pensiero analogo non mi capita con pazienti più "simpatici" nei confronti dei quali assumo un atteggiamento più rilassato ma non necessariamente più efficace.

Se un tempo avevo il dubbio (ormai tramutatosi in desiderio) sul fatto che potesse esistere una tipologia di paziente "migliore", attualmente temo che né la domanda che la risposta abbiano senso.

Le riflessioni sul TEMA

GIULIANO TENTI

(Psicologo—Psicoterapeuta)

Il paziente insopportabile.

Chi si propone, in una relazione professionale, come colui che possiede gli strumenti per fornire un aiuto di tipo psicologico, può supporre che il richiedente, pur avendoci probabilmente provato, non sappia autonomamente uscire dall'impasse dolorosa in cui si trova e, anche se con molti dubbi, spera che il professionista a cui si è rivolto lo aiuti ad uscirne.

Può quindi capitare che lo psicoterapeuta senta tutto il peso di questa richiesta, che in alcuni casi si esplicita nelle difficili domande sulla durata e sull'esito del "trattamento". Alcuni pazienti sono particolarmente insistenti ("insopportabili"?) nel porre quesiti di questo tipo o comunque finalizzati ad ottenere rassicurazioni continue.

Lo psicoterapeuta di formazione kelliana possiede dei costrutti professionali che lo mettono nella condizione di "costruire i processi di costruzione dell'altro" (corollario della socialità) utilizzando etichette verbali per lui (terapeuta) rassicuranti. E quindi dovrebbe poter attribuire un significato a quelle continue insistenze, prenderle in considerazione e nello stesso tempo dare risposte (verbali o non verbali) che siano il meno possibile minacciose, ma anche non confermate di un'ostilità che il paziente potrebbe mantenere alla base del suo disturbo.

La teoria della psicoterapia dei costrutti personali ci rende consapevoli che nella seduta si verifica l'incontro di due sistemi di costruzione delle realtà, quello del paziente e quello del terapeuta, ambedue ovviamente legittimi e con una maggiore o minore "comunanza" nelle diverse aree. Solo se il terapeuta, grazie a questa consapevolezza, è in grado di elaborare i significati sulla differenza fra il proprio modo di costruire l'esperienza ed il modo utilizzato dal paziente, si può avviare una relazione con momenti di empatia.

Il rischio più grande mi è capitato di correrlo quando di fronte alla "insopportabilità" del cliente ho pensato che l'unica via fosse quella di rifugiarsi nella teoria ed ho sentito il bisogno urgente di elaborare una mappa del suo sistema.

Durante una seduta di una psicoterapia che

durava ormai da più di due anni, il paziente cominciò a sbadigliare ripetutamente mentre io ce la mettevo tutta a ridefinire le tappe del percorso (mi sono reso conto dopo che stavo rispondendo ad una mia esigenza); agli sbadigli si accompagnava uno sguardo ironico e leggermente sprezzante (almeno questo era ciò che leggevo). In quel momento quel paziente mi apparve molto antipatico, tanto che, dopo essere arrossito, gli chiesi se c'era qualcosa che non andava. La risposta fu illuminante: "Dottore, non si metta a fare lo psicologo con me!". Smisi di "fare" lo psicologo e dopo essermi scusato ritornammo a condividere un percorso.

In questo caso il paziente non mi aveva mai chiesto nulla direttamente, la premessa in prima seduta fu: "sono qui, ma non so neppure io perché, forse la curiosità.....".

Più spesso ci si imbatte in clienti con aspettative di tipo medico o comunque desiderosi di forti rassicurazioni.

Come nel caso di una donna di trentacinque che, in prima seduta, mi informò che la sua vita era pienamente soddisfacente, aveva un marito splendido, due figli deliziosi ed un lavoro appagante e che da me voleva "semplicemente" la certezza che la sua vita sarebbe stata sempre così. Le chiesi in che modo la sua vita avrebbe potuto cambiare. Mi rispose che nulla le faceva pensare che sarebbe cambiata se le cose fossero rimaste così come adesso e che se qualcosa fosse cambiato in negativo la responsabilità non avrebbe potuto che essere sua. Aggiunse poi di essere rimasta sconvolta dal suicidio di una sua amica "assolutamente normale e felice" e di aver pensato che anche lei avrebbe potuto fare una cosa simile. Se io le avessi potuto garantire che la sua "personalità" era tale da non correre quel rischio, lei - mi disse - si sarebbe sentita assolutamente tranquilla e avrebbe continuato la sua vita felice. Di fronte al mio silenzio, la donna si prodigò in un lungo monologo di esaltazione delle mie supposte qualità professionali. Non la interruppi (anche se sentivo crescere una forte irritazione in me) e alla fine mi limitai a dire: "Sono in grande difficol-

tà in quanto temo che qualunque risposta io possa darle i suoi dubbi rimarrebbero e nello stesso tempo so che lei si aspetta da me una risposta". La donna mi concesse un'altra seduta per trovare una risposta.

Il paziente - ma sarebbe meglio dire la "relazione"- diventa insopportabile, quanto più il terapeuta ne prende le distanze.

Se lo psicoterapeuta sente minacciato il proprio ruolo può "rifugiarsi" nella teoria nel tentativo di costruirsi - grazie ad essa - adeguato alla situazione, ma ciò può confermare una costruzione del paziente del tipo: "Lei che possiede la scienza, dottore, mi dica cosa debbo fare!".

Le conseguenze di questa possibilità possono favorire una continua ricerca di rassicurazioni, mai bastanti, in una condizione di ostilità (di paziente e terapeuta) nei confronti del disturbo/problema portato in terapia.

Da ciò può emergere l'impressione di trovarsi di fronte ad un cliente intrattabile e per ciò stesso "antipatico".

OMBRETTA ZOPPI

(Psicologa—Psicoterapeuta)

Il "paziente antipatico".

Il paziente "antipatico"..... Vado con la mente alle persone che ho incontrato e sto incontrando tuttora nella mia vita professionale. Sinceramente non trovo un paziente che io abbia definito o percepito "antipatico".

Semmai mi capita di agognare che il tempo passi e di annoiarmi colta da improvvise crisi di sonno con persone sempre uguali a se stesse, molto poco in relazione con l'altro, particolarmente "impermeabili" e non disposti alle sperimentazioni e al "nuovo". Ma questo è un altro discorso.

Preferisco pensare che più che dal confliggere di costruzioni di significato molto diverse tra paziente e terapeuta, la percezione di un paziente come "antipatico" provenga dal prevalere, nella relazione terapeutica, dei *costrutti personali* del terapeuta anziché dei *costrutti professionali*.

Sappiamo infatti che la valenza e la natura psicologica dei costrutti sottolineano e costituiscono la modalità soggettiva, unica ed irripetibile attraverso cui ciascuno elabora la propria esperienza. I costrutti personali quindi rappresentano un atto di conoscenza, costituiscono le lenti degli occhiali da cui ciascuno di noi guarda il mondo e quindi caratterizzano e definiscono l'identità di ogni persona.

Va da sé che i sistemi di costrutti personali possono confliggere visto che le nostre azioni e i nostri comportamenti traggono la loro origine dal personale sistema di costrutti. Così posso trovare "antipatica" una persona che professa con forza idee politiche diverse dalle mie, che ha un atteggiamento che io considero "vittimistico" e "passivo" verso la vita o che cerca di "manipolarmi" o "provocarmi" o "sedurmi" nella relazione terapeutica.

Per fortuna la Psicologia dei Costrutti Personali ci mette a disposizione, in qualità di psicologi, una risorsa, i "costrutti professionali" che permette di allontanarci dai nostri occhiali personali e ci invita a vedere le cose dal punto di vista dell'altro.

Con l'ausilio dei costrutti professionali possiamo comprendere e darci una spiegazione delle intenzioni, dei comportamenti e delle scelte del soggetto che abbiamo di fronte.

In altre parole le costruzioni che rendono il paziente "antipatico" o "insopportabile" possono e devono essere comprese all'interno della cornice dei costrutti professionali che abbiamo a disposizione e che delinea le direzioni delle scelte del paziente e soprattutto ne disegna opportunità e vincoli.

LAURA FOSSI
(Psicologa)

Desidero rispondere ai quesiti di Francesca con qualche spunto teorico in quanto come allieva della scuola di specializzazione Cognitivo - Costruttivista non ho ancora una esperienza personale come psicoterapeuta.

Molteplici autori si sono cimentati in ricerche volte a stabilire l'efficacia delle diverse psicoterapie e l'eventuale superiorità di un modello rispetto ad un altro. Per citare alcuni esempi Lambert e poi Lambert in collaborazione con Shapiro e Bergin (1986) stimarono che solo il 15% della varianza nei dati relativi agli esiti del trattamento psicoterapeutico può essere attribuito a fattori tecnici specifici, mentre fino al 45 % della varianza può essere attribuito a fattori non specifici. Frank (1973, 1979, 1982) sostiene che il cambiamento psicoterapeutico può essere attribuito in modo predominante a fattori comuni a forme diverse di psicoterapia, come la presenza di una relazione di fiducia, una convincente spiegazione del modello teorico, e l'aspettativa rispetto all'esito positivo della terapia. Buttler e Strupp (1986) contestano le ricerche effettuate distinguendo tra fattori specifici e non specifici in psicoterapia, sostenendo che questa distinzione nasca dall'errata assimilazione del modello psicoterapeutico -dove le tecniche sono strettamente legate al contesto interpersonale in cui hanno luogo- al modello di medico -dove l'azione farmacologia è distinguibile dal significato simbolico della cura. Affermano inoltre che l'efficacia e la complessità del processo psicoterapeutico non possono essere ridotte a una serie di tecniche poiché le tecniche acquisiscono uno specifico significato, e quindi la loro efficacia, dalla interazione particolare tra gli individui coinvolti (Safran e Segal, 1990).

I dati che emergono ci dovrebbero fare riflettere su un duplice aspetto: la presumibile esistenza di un fattore comune a tutti i modelli terapeutici, "la relazione terapeutica", e l'importanza della "costruzione della relazione terapeutica" intesa come strumento fondamentale per innescare un processo di cambiamento. Rimanendo nell'ottica costruttivista, se il terapeuta si pone come obiettivo la comprensione di un sistema di conoscenza, della sua organizzazione, dei processi di compenso/scompenso, credo che per "comprendere" un sistema di conoscenza si debba "incontrarlo e accoglierlo" e quindi costruire una relazione nella quale due sistemi di conoscenza si incontrano, si confrontano, si modificano, divengono più complessi. La relazione terapeutica sarà il contenitore dove far scorrere

emozioni e cognizioni lungo il viaggio avventuroso della psicoterapia.

In un'ottica costruttivista la relazione terapeutica viene letta facendo riferimento alla teoria dell'attaccamento di Bowlby, quindi il compito del terapeuta diventa "essere" una base sicura, affidabile, capace di ascoltare e di fornire aiuto, dalla quale il paziente può partire per un viaggio verso la conoscenza del Sé e del mondo. Partendo da questo presupposto gli obiettivi terapeutici che è possibile porsi sono molteplici: aiutare il paziente a divenire consapevole dei propri schemi di attaccamento partendo dalle modalità che utilizza all'interno della relazione terapeutica, stimolare il paziente verso una rilettura della propria storia personale utilizzando le "nuove" informazioni acquisite riguardo al proprio sistema di conoscenza, facilitare una ristrutturazione degli schemi di attaccamento del paziente offrendogli occasioni concrete per sperimentare modalità affettive diverse da quelle esperite quotidianamente all'interno del setting (Cionini e Mattei 1991, Cionini 1996).

Riprendendo i quesiti di Francesca credo necessario che il terapeuta si ascolti e si interroghi rispetto alle emozioni che gli suscita l'incontro con il paziente. Penso infatti che questo possa permettergli da una parte di trasformare le difficoltà in strumento di costruzione della relazione terapeutica -nel caso in cui le emozioni esperite siano sul versante irritazione, antipatia- e dall'altra di non perdere di vista gli obiettivi attendendosi in un percorso terapeutico che non porti a nessun cambiamento -per esempio dando per scontato delle informazioni non acquisite con pazienti, come dice Francesca, che ci stanno "troppo" simpatici.

Penso che talora le difficoltà nella costruzione della relazione non siano superabili -una relazione terapeutica vissuta come costrittiva, di sottomissione, etc- e che sia compito di un professionista "ben formato" inviare il paziente ad un collega che si ritenga avere caratteristiche più adatte alla persona e alle difficoltà che ci porta. Credo che la costruzione e la gestione della relazione terapeutica ai fini del cambiamento sia un argomento complesso che si "impara" (spero!) lungo il cammino teorico-pratico della formazione e lo si adatta alle proprie caratteristiche solo quando lo si esperisce all'interno del setting terapeutico.

Tesi di Specializzazione

Continua in questa rubrica la pubblicazione degli Abstract delle Tesi di Specializzazione in Psicoterapia che riguardano l'ambito dei "Costruttivismi". Chiunque fosse interessato agli argomenti presentati, può chiedere alla Redazione gli indirizzi mail degli specialisti.

IL LUTTO NEL PENSIERO DI JOHN BOWLBY (Loretta Cantarelli)

La teoria dell'attaccamento di J. Bowlby fornisce una ricca cornice epistemologica per la comprensione dei fenomeni normali e patologici successivi alla perdita di una persona amata. Dall'organizzazione assunta dal comportamento di attaccamento di un individuo all'interno della sua personalità dipende il modello dei legami affettivi che egli stabilisce durante la sua vita.

Le modalità di elaborazione del lutto possono perciò essere viste come un continuum dei propri legami di attaccamento. È (anche) nel dolore della perdita che si attivano/riattivano modalità personali di affrontare lo stress. Così la conoscenza del sé, plasmata nell'itinerario evolutivo dei processi di attaccamento, si dispiega nel dolore dell'oggi. Ciò che sarà ora la reazione della persona orfana dipende dalle specifiche interazioni fra le condizioni attuali e le rappresentazioni del sé. Dalle ricerche di Bowlby appare plausibile dedurre che le persone con esperienze infantili che predispongono a un attaccamento ansioso, oblativo o che portano l'individuo ad asserire di essere indipendente da legami affettivi, possano sviluppare una reazione patologica alla perdita. Tuttavia le ragioni per cui, in certi individui, a differenza di altri, il lutto possa assumere un decorso patologico sono molteplici e complesse.

Vi sono variabili che possiamo considerare anche come "fattori protettivi" che incidono decisamente sul decorso del lutto. Si può inoltre ipotizzare che una persona che abbia un modello di rappresentazione delle figure di attaccamento come disponibili, pronte a rispondere adeguatamente, non sviluppi un lutto patologico. A una persona di questo genere non sarà certo risparmiato il dolore della perdita, tuttavia, sempre che le circostanze della morte non siano particolarmente traumatizzanti, è probabile che le vengano risparmiate quelle esperienze che rendono il lutto insopportabile, o sterile o entrambe le cose.

RELAZIONE TERAPEUTICA E CAMBIAMENTO (Angela Ventura)

Due autori, Jeremy Safran e Christopher Muran, hanno riunito diverse tradizioni psicoterapeutiche ponendo al centro del processo di cambiamento in psicoterapia la costruzione ed il mantenimento della relazione terapeutica. Affermano: "Dopo circa mezzo secolo di studi sulla psicoterapia, una delle più importanti scoperte è stata il riconoscere che la qualità dell'alleanza terapeutica è il predittore più affidabile dell'efficacia di un trattamento." Un'epistemologia di tipo costruttivista, una psicologia interpersonale, le recenti teorie sulle emozioni sono un utile fondamento per questa concezione dell'alleanza terapeutica.

Un modo particolare di concettualizzare la relazione terapeutica è quello che ci viene proposto da un gruppo di autori (Correale, Alonzi, Carnevali, Giachetti 2001) che si soffermano sulla relazione come un'attività di base, definibile come l'effetto immediato che l'attività del terapeuta ha sullo stato mentale del paziente (e viceversa). Questo comporta la considerazione degli effetti che i comportamenti del terapeuta, verbali e non, hanno sullo stato del sé del paziente. In conclusione, è possibile considerare la relazione terapeutica anche come una particolare forma di azione, diretta alla ricostituzione del fondo psichico del paziente e alla sua stabilità e continuità. Tra le qualità di base indispensabili per un terapeuta come strutturanti la relazione, e quindi parte integrante del cosiddetto fattore umano, gli autori identificano autenticità, naturalezza, empatia, curiosità.

Esiste infine uno stretto legame tra la relazione terapeutica da un lato e l'autoconsapevolezza e le emozioni dall'altro, in particolare due emozioni che W. Battacchi definisce interpersonali: la vergogna ed il senso di colpa. La situazione caratteristica generatrice di vergogna è l'essere esposti all'osservazione o allo sguardo altrui e la vergogna che più ci interessa è quella che viene generata all'interno di relazioni personali asimmetriche, in cui vi può essere violazione del pudore, e cioè invasione, assoggettamento, mancato rispetto per la propria separatezza. La risposta della vergogna è di ritirarsi in sé stessi per recuperare quanto è possibile la propria integrità. Quanto alla relazione tra senso di colpa e vergogna, si può provare un senso di colpa invece che di vergogna riscattando, con l'attribuirsi una responsabilità e quindi un potere, l'impotenza reale vissuta nella situazione umiliante, o riscattando con l'autopunizione il senso della propria dignità.

Continua alla pag. seguente

Continua... Tesi di Specializzazione**L'APPROCCIO COGNITIVO-EVOLUTIVO AL BAMBINO
(Piergiorgio Mobrìci)**

Ho voluto approfondire l'interesse relativamente recente del cognitivismo clinico proprio per i più piccoli e gli elementi che lo caratterizzano nella presa in carico e nell'intervento terapeutico. Storicamente i disturbi dell'infanzia sono stati spesso affrontati da altri modelli clinici sulla base di conoscenze del trattamento di quelli adulti. Il modello cognitivo-evolutivo invece, basandosi sulla teoria dell'Attaccamento e su altri recenti sviluppi, fornisce chiavi di lettura cardini per il mondo infantile: procedure e tattiche d'intervento ad es. trovano un loro efficace utilizzo a seguito di dati afferenti dalle ricerche sulle diadi madri-bambino, restituendo interesse ed importanza a quest'ultimo e non sminuendolo con letture "adultizzate"; inoltre, restituendo al bambino un'importanza genuina (l'autoreferenzialità e l'autorganizzazione ci ricordano che il bambino interpreta e costruisce attivamente il proprio ambiente e i propri mondi possibili), tale modello definisce rigorosamente quelle caratteristiche peculiari del trattamento dei disturbi e gli "strumenti" che il terapeuta non può trascurare per un intervento efficace: conoscenza approfondita dello sviluppo ontogenetico del bambino, consapevolezza che normalità e patologia, categorie "strette" di per sé, assumono con il bambino limiti più sfumati che con l'adulto, esperienza diretta del mondo e manifestazioni infantili (cartoni animati, giochi elettronici più diffusi, modi di dire e mode, contesto scolastico, gruppi sportivi e di gioco sono aspetti imprescindibili per una relazione empatica), sviluppate capacità d'osservazione e d'utilizzo delle proprie sensazioni emotive, per una lettura istante per istante dei bisogni e messaggi del bambino (impercettibili ma talora eclatanti e dirompenti), consapevolezza che la presa in carico di quest'ultimo è anche quella dei genitori e che gli effetti di tale associazione (funzionale all'agire terapeutico) si manifesteranno nella relazione terapeutica. A mio avviso quindi il modello cognitivo-evolutivo e l'ottica costruttivista non offuscano la creatività e la novità che dovrebbero animare ognuno di noi (non solo come professionisti) nell'incontro col bambino.

Dalla redazione

L'assemblea dei soci ha deciso di inserire nella newsletter una sezione dedicata alle "NOTIZIE DALLE REGIONI" in cui dare spazio a iniziative di vario tipo che avvengono o sono avvenute nelle diverse regioni. A questo scopo proponiamo che per ogni regione sia nominato un rappresentante che abbia il compito di tenere i contatti con la redazione e si ponga come intermediario per la diffusione di notizie e informazioni tra i Soci.

Vi invitiamo quindi a nominare il vostro Rappresentante Regionale e inviarne il nominativo alla Redazione.

Per la nuova rubrica "Tesi di Specializzazione", invitiamo gli specializzandi e i neo-specializzati ad inviarci gli Abstract delle proprie tesi di specializzazione in psicoterapia all'indirizzo mail: newsletter@aippc.it.

Dalla VII Conferenza EPCA 2004 -Germania- (Nicola Mazzoni)

Dal 4 al 7 dello scorso Aprile si è tenuta a Stuttgart (Germania) la 7° conferenza dell'European Personal Construct Association (EPCA).

La presenza di relatori era limitata a circa 30 persone, denotando quindi una bassa affluenza forse per la prossima conferenza mondiale del 2005 che si terrà in Ohio per il 50° anno dalla pubblicazione del manuale di Kelly.

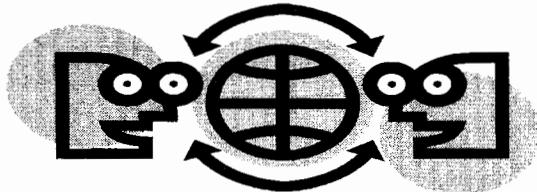
Comunque, come spesso avviene, gli eventi costituiscono un vincolo, ma anche una possibilità: la presenza di un uditorio non troppo numeroso, ha permesso di seguire con molta attenzione tutti i contributi e di conoscere personalmente i relatori favorendo un ricco scambio di idee tra i partecipanti.

Un ambiente informale, quindi, con un clima di cordialità e collaborazione che difficilmente è possibile trovare in altre occasioni.

Il convegno si è aperto con un intervento molto originale di **Vivien Burr**, **Alessandra Iantaffi**, **Nigel King** su un'analisi di un telefilm cult in Inghilterra (ma presente anche in Italia: *Buffy l'ammazzavampiri*) come base per discutere sulla presenza di alcuni temi analizzati come costrutti superordinati per una certa porzione di telespettatori.

Nelle sessioni parallele nel pomeriggio sono stati presentati i contributi di: **Helen Jones** e **Nick Reed** su "Leadership and the Arts"; **Guido Kissmann** sull'organizzazione gerarchica nella polizia tedesca; **Dave Kenion** su un'analisi delle Home Pages personali in Internet come spunto per analizzare i costrutti di ruolo dei loro "proprietari"; **David Savage** e **Susan Lakin** su cosa ci sia, in termini concettuali e sensoriali-corporei, dietro la mera etichetta verbale di un costrutto; **Manola Alfredetti** e **Nicola Mazzoni** sulle nuove prospettive che si possono aprire adottando una prospettiva costruttivista per comprendere i fenomeni economici; **Derek Purdy** sull'utilizzo di una cornice teorica e pratica (costruita su precedenti elicitazioni di costrutti) come una guida di principi da seguire anche in ambiente lavorativo.

Il giorno seguente ci sono stati gli interventi di **Nazareno Galieni**, **Massimo Giliberto**, **Mario-**



lina Borioni sulla possibilità (e difficoltà) di utilizzare un approccio costruttivista all'interno di contesti fortemente manipolativi, nonché su una nuova concettualizzazione del Burn-Out alla luce dell'epistemologia ermeneutico-costruttivista; **Martin Fromm** sulle Griglie di Repertorio e il loro buffo destino di strumento insostituibile per alcuni, di inutile perdita di tempo per altri; **Dorota Dobosz-Bourne** sulle differenti costruzioni dell'organizzazione interna dell'azienda da parte di operai di 2 impianti della General Motors situati in Olanda e in Polonia; **Mary Frances** che ci ha coinvolti in un'esperienza "in vivo" sull'importanza delle costruzioni narrative che ognuno ha della propria vita; **Marie-Louise Osterlind** sull'integrazione dell'utilizzo di Griglie di Repertorio e dei diari personali per studiare le costruzioni individuali di un gruppo di lavoratori.

Infine, l'ultimo giorno, dopo la cena dei soci EPCA, ci sono stati i contributi di **Harry Procter** sulle tecniche di terapia costruttivista con le famiglie; **David Winter**, **Richard Bell**, **Sue Watson** sulla contrapposizione del disturbo come disequilibrio dei processi di costruzione contrapposto alla terapia finalizzata al ri-equilibrio; **Christos Sermpezis**, **David Winter** su una concettualizzazione del Disturbo Post Traumatico da Stress in un'ottica costruttivista; **Peter Cummins**, **Dina Nash** sulle differenze costruzioni della 'rabbia' e di 'danno inflitto a se stessi' in uomini e donne; **Marcus Schmidt**, **Otto Walter**, **Burghard F. Klapp** su una ridefinizione del concetto di 'stress' in termini costruttivisti; **Nada Dimcovic** sul beneficio dell'aver adottato una prospettiva costruttivista della sofferenza nel trattamento di una signora di 70 anni addolorata per la perdita del marito e resistente all'aiuto degli altri.

La prossima conferenza biennale dell' EPCA si terrà tra nel 2006 in Svezia.

Magari ci incontreremo là.

via Cavour, 64 - 50129

Firenze

+39 055 291338

+39 055 290712

aippc@aippc.it

E-mail: newsletter@aippc.it

aippc

La AIPPC (Associazione Italiana Psicologia e Psicoterapia Costruttivista) è un'associazione senza fini di lucro che si propone di:

- promuovere attività che portino ad un approfondimento e ad una diffusione dell'approccio costruttivista in psicologia e psicoterapia
- promuovere il dibattito culturale e lo scambio di esperienze tra coloro che, pur all'interno di diversi orientamenti teorici, si riconoscono in questa comune matrice epistemologica.

Il Consiglio Direttivo è così composto:

Maria Laura Nuzzo	Presidente
Maria Cristina Ortu	Segretario
Lorenzo Cionini	Tesoriere
Claudio Billi	
Gabriele Chiari	
Mara Ognibeni	
GianLuca Provvedi	

Come avete potuto vedere, la newsletter, organo ufficiale dell'associazione, è organizzata in modo monotematico su argomenti di interesse comune per la discussione dei quali **chiediamo il vostro fattivo contributo**.

La newsletter è uno spazio a disposizione di tutti i soci anche per promuovere eventuali iniziative o notizie. Vi invitiamo quindi a far pervenire all'indirizzo e-mail newsletter@aippc.it tutto quello che volete far conoscere agli altri soci e il **vostro indirizzo e-mail**: ci permetterà di abbreviare i tempi di comunicazione con voi.

ATTENZIONE!

Nell'ultima riunione, il Consiglio Direttivo ha deliberato che i Soci morosi (quelli che hanno pagato l'ultima quota associativa nel 2000) saranno espulsi dall'Associazione.

Vi invitiamo a rinnovare la vostra iscrizione al più presto!

Vi ricordiamo che le quote sociali per il 2004 sono:

<i>Soci Psicoterapeuti</i>	26,00 €
<i>Soci Ordinari</i>	21,00 €
<i>Soci Ordinari (stud)</i>	15,50 €

I pagamenti possono essere effettuati tramite bollettino postale sul c.c. n. 20808507 intestato a

AIPPC via Cavour 64 50129 Firenze specificando sulla causale l'anno di iscrizione a cui il pagamento si riferisce.

Redazione:

Ombretta Zoppi
Laura Fossi
Nicola Mazzoni
Alessandro Piattoli
Clarice Ranfagni
Francesca Trovato