

CENTRO STUDI PSICOLOGIA APPLICATA - ISTITUTO DI FORMAZIONE E RICERCA SCIENTIFICA

Direttore Scientifico: Prof. Antonino Iaria  
Presidente: Dr. Paolo Capri Vice Presidente: Anita Lanotte

### Appunti di Psicologia, Psicopatologia e Psicodiagnostica

**Sommario:**

Sul concetto di crisi di Stefano Mariani	1
Il vissuto iniziale di sofferenza secondo l'approccio psicoanalitico di Rosanna Mansueto	4
Il vissuto di sofferenza all'interno della relazione medico-paziente nel sistema sanitario di Paolo Nardi	5
CONVEGNI	6
NOTIZIE DALL'ISTITUTO	8

**PSICOLOGIA CLINICA****SUL CONCETTO DI CRISI**di  
Stefano Mariani  
*Psicologo Psicoterapeuta*

Nel descrivere un concetto come quello di *crisi*, tanto complesso quanto poco trattato in letteratura, il primo problema che si pone è proprio quello della sua definizione. Questo perchè la rappresentazione che si assegna ad un termine tratteggia una dimensione estremamente importante e allo stesso tempo fortemente caratterizzante: in psicoanalisi la definizione di un elemento osservato, infatti, racchiude in se tanto il punto di vista adottato nella sua esplorazione, quanto il modo di svilupparlo dal punto di vista della pratica terapeutica. Nella ricerca dei diversi termini adottati per raffigurare il concetto di *crisi*, abbiamo potuto rilevare l'esistenza di punti d'osservazione profondamente difformi e, nella quasi totalità dei casi, orientati verso l'esplorazione della dimensione fenomenologica della situazione di *crisi*. Abbiamo rintracciato definizioni del tipo: "Attacco o insorgenza improvvisa di una malattia o di certi sintomi"<sup>1</sup>, o ancora: "Il concetto di crisi è entrato nella psicologia per via della medicina. Ippocrate intese per crisi l'improvvisa comparsa di una situazione acuta di pericolo per la vita al contrario della lenta lisi. In modo analogo la crisi viene considerata come un drammatico confronto con i conflitti psichici".<sup>2</sup> Sulla stessa linea la

riflessione di Caplan (1965)<sup>3</sup>: "Crisi sono dei periodi di squilibrio o di disturbi soggettivi e di comportamento scatenati da una pressione a cui l'individuo non può sfuggire né reagire in modo adeguato". Altre fonti riportano definizioni più articolate: "Termine di origine greca presente nella medicina ippocratica per indicare un punto decisivo di cambiamento che si presenta durante una malattia di cui solitamente risolve il decorso in senso favorevole o sfavorevole. In ambito psicologico si riferisce ad un momento della vita caratterizzato dalla rottura dell'equilibrio precedente acquisito e dalla necessità di trasformare gli schemi consueti di comportamento che si rivelano non più adeguati a far fronte alla situazione presente"<sup>4</sup>. Riportiamo solo alcune definizioni, in ogni caso rappresentative del quadro che ci si è presentato: l'esistenza di molti fattori descrittivi e inerenti la fenomenologia. Pochi quelli riguardanti la psicodinamica del processo di *crisi*. Una delle prime riflessioni in questo senso è stata posta da Sifneos, anche se l'elaborazione che fa di questo concetto non coinvolge in modo approfondito tutte le sue componenti costitutive. Egli definisce la crisi: "Uno stato di sofferenza così intensa da costituire un punto di svolta decisivo verso un miglioramento o un peggioramento" (1967).<sup>5</sup> Abbiamo potuto, così, rilevare come frequentemente tali definizioni poggiavano su una semplice "osservazione" dei fattori percepibili che caratterizzano uno stato di crisi, escludendo automaticamente dalla loro valutazione una dimensione interpretativa capace

<sup>1</sup> Leland E. Hinsie, Robert J. Campbell. - "Dizionario di Psichiatria" (pag. 174) - Astrolabio, Roma 1979

<sup>2</sup> Hans Jurghen Eysenk, Richard Meili - "Dizionario di Psicologia" (pag. 288) - Edizioni Paoline, 1975

<sup>3</sup> Citazione in: Paul-Claude Racamier; Simona Taccani: "Il lavoro incerto. Ovvero la psicodinamica del processo di crisi" - Edizioni del Cerro, Pisa 1986 (p. 16)

<sup>4</sup> Umberto Galimberti - "Dizionario di Psicologia" (pag. 246) - UTET, Torino 1992

<sup>5</sup> Citato nel Capitolo: B. Bernini; G. Cambiasso "La situazione di crisi" in "Terapia della famiglia in crisi" Franco Angeli, Milano, 1992 (p. 81)

di generare una riflessione coerente ed articolata che riguardasse l'idea di un funzionamento psichico sottostante capace di impedire, creare, sostenere o abortire un processo di crisi. Eliminando dalla riflessione scientifica il rapporto esistente tra osservazione ed interpretazione, si offre una visione chiaramente parziale delle dinamiche psichiche trasformando da *dinamico* a *statico* il modo di valutare una realtà fondamentale nella prospettiva dello stesso cambiamento psichico. Un autore che, al contrario, ha dedicato un intenso studio alla psicodinamica del processo di crisi e alle sue implicazioni terapeutiche è Paul Claude Racamier. Nel porre alcune premesse alla definizione di questo termine, Racamier scrive: "La nozione di crisi si pone tra il registro della normalità e della patologia: attraverso nello stesso tempo il normale ed il patologico ed il suo interesse sta nel fatto che si pone a cavallo tra questi due registri"<sup>6</sup>.

L'autore mette in evidenza alcuni elementi che caratterizzerebbero l'essenza del processo di crisi, quei fattori cioè, attraverso i quali poter distinguere una "vera" crisi da altre situazioni rappresentative di altre evoluzioni psichiche e che al contrario, secondo il suo pensiero, non costituirebbero un processo dinamico in evoluzione. Parla, in altre parole, di una successione di fatti in evoluzione. Prima di tutto per parlare di *crisi* è necessario che un individuo venga a trovarsi di fronte alla rottura di un equilibrio psichico già raggiunto precedentemente.

Possono essere molteplici e compositi i fattori che contribuiscono ad alterare dei bilanciamenti e delle stabilità costituite, in ogni caso il soggetto che affronta una rottura del proprio assetto interiore avrà a che fare con la presenza di una pressione esterna od interna, più o meno intensa, che rende le difese adottate precedentemente agli eventi trasformatori non più utili a mantenere un funzionamento psichico in equilibrio. Rispetto a questa fessura che viene a crearsi nella stabilità del soggetto, e in rapporto all'utilizzo difensivo che questo stesso soggetto può realizzare, è importante sottolineare l'esistenza di una sequenza temporale nel corso della quale le strategie difensive vengono a trasformarsi. In particolare i meccanismi di difesa appaiono, in un primo momento, inadatti a svolgere la loro funzione protettiva, fino ad arrivare ad una condizione nella quale non sono più operanti. Questa empassa è una condizione che pone il soggetto di fronte ad un'intensa riattivazione dei propri conflitti, con la conseguente angoscia che segue la rottura omeostatica. Il soggetto in crisi può, a questo punto, tentare di affrontare con un progressivo irrigidimento difensivo il sentimento della sopraffatta inefficienza, finendo per confrontarsi con una profonda trasformazione, in una vera e propria paralisi operativa. Racamier spiega a questo proposito: "Il soggetto che per esempio era normalmente ossessivo, in un primo tempo reagisce attraverso sintomi ossessivi molto più rigidi sino a che tutto il sistema ossessivo si spezza". Quindi se ad un livello manifesto appare evi-

dente un certo rinforzo difensivo, possiamo ipotizzare che questo fatto corrisponda internamente ad una qualche frammentazione dello stesso. Tale ambivalenza mette il soggetto di fronte ad un interrogativo che coinvolge tutta la prospettiva che questo può immaginare rispetto all'evoluzione del momento critico che attraversa. Le affermazioni di Racamier rendono evidente come la crisi stessa contenga aspetti profondamente ambivalenti per una realtà, quella del soggetto, condizionata dall'esigenza del tamponamento di un'emergenza attuale attraverso la restaurazione del vecchio assetto difensivo. In questo senso l'autore specifica:

"Crisi è un processo specifico e globale di cambiamento consecutivo ad una rottura di equilibrio anteriore e con un risultato più o meno aleatorio".<sup>7</sup>

Quindi è chiaro come questa fase contenga intrinsecamente una speranza latente di rinascita, di rinnovamento. Parliamo di un senso di "attesa" che si svolge in seno alla crisi stessa e che alimenta una forte propensione alla "ricettività" di stimoli esterni ed interni, percepiti come elementi capaci di garantire una maggiore definizione all'incertezza derivante dal crollo di un assetto difensivo fino a quel momento sperimentato come affidabile. Va in ogni modo sottolineato come tale propensione "all'ascolto" non coincide necessariamente con una disposizione a mettere in discussione i legami che caratterizzano l'assetto attuale di un soggetto.

A proposito del rapporto che un soggetto mantiene con i propri ambienti affettivi significativi, va sottolineato come non sia possibile circoscrivere lo squilibrio al solo individuo, ma che è necessario attribuire un carattere più o meno esteso all'idea di *crisi* coinvolgendo, dove occorre, l'ambito familiare, la coppia, il gruppo o la stessa società. Ne deriva che un ulteriore elemento, costituente la situazione di *crisi*, è rappresentato dal legame che questa dimensione mantiene con il concetto di *lutto* e con la sua elaborazione.

Quando parliamo di lutto non ci riferiamo esclusivamente alla perdita di un oggetto reale, più o meno significativo per una persona, ma anche alla perdita di qualcosa di internamente importante per il mantenimento dei propri equilibri, e quindi, anche alla scomparsa di quegli aspetti che hanno costituito, fino ad un certo momento, una strategia adattiva che ha consentito di conservare un rapporto efficiente con la realtà. In ogni caso, quindi, avremo a che fare con un investimento libidico tolto.

Altra dimensione imprescindibile per definire una situazione di *crisi* è lo svolgimento temporale che questa dovrebbe avere. In questo senso diventano più evidenti le ragioni per le quali Racamier non parla semplicemente di "crisi" ma di "processo di crisi", proprio ad indicare una condizione intesa dinamicamente e caratterizzata da un inizio palese, da un suo sviluppo e da una risoluzione finale. Per quello che riguarda gli esiti di tale processo, è fondamentale sottolineare che lo scioglimento finale comunque mantiene in sé una certa

<sup>6</sup> Paul-Claude Racamier; Simona Taccani: "Il lavoro incerto. Ovvero la psicodinamica del processo di crisi" Edizioni del Cerro, Pisa 1986 (p. 16)

<sup>7</sup> Paul-Claude Racamier; Simona Taccani: "Il lavoro incerto. Ovvero la psicodinamica del processo di crisi" Edizioni del Cerro, Pisa 1986 (p. 17)

incertezza. Risolvere una crisi quindi può voler dire tanto sfociare in un nuovo assetto qualificato da originali funzioni adattive, o volvere verso l'adozione di manifestazioni più o meno patologiche. Ed è proprio un movimento critico interno che conduce frequentemente ad una richiesta di intervento. Altre volte è il sistema relazionale che "collassa" e designa un responsabile condotto alla consultazione. Ogni richiesta di aiuto, quindi, sottintende una crisi direttamente od indirettamente espressa.

E' a questo punto che si colloca l'importanza di considerare il ruolo del funzionamento psichico nella comprensione della dinamica del processo di crisi. A questo proposito scrive Edmond Gilliéron: "Se il terapeuta considera i sintomi come disturbi reattivi, s'impegna in trattamenti a volte interminabili, che non soddisfano nessuno. L'obiettivo da raggiungere è di evitare questa evoluzione e di aiutare il paziente ad uscire dalla crisi, ossia di aiutarlo a integrare psichicamente non l'avvenimento traumatico, ma il cambiamento, *la situazione nuova* che l'avvenimento suppone. Di fatto, si tratta di una situazione di urgenza in cui, per riuscire ad aiutare il paziente, sembra che occorra soprattutto intervenire presto e bene, se possibile già fin dal primo colloquio. Ecco perché abbiamo elaborato recentemente una tecnica psicoterapeutica in quattro sedute, fondata, nella misura del possibile, su un'interpretazione iniziale data in occasione del primo colloquio. Questa interpretazione permette al paziente di cogliere meglio le difficoltà che cerca di evitare e di affrontarle nel modo migliore".<sup>8</sup>

E' il ciclo di vita, con i propri mutamenti ed implicazioni, a generare nodi cruciali che nello sviluppo psichico di ogni individuo si trasformano in momenti critici da elaborare e superare con nuovi equilibri. Ci riferiamo a molteplici eventi come la rottura o l'origine di legami affettivi, alla nascita di un figlio, a problemi di svincolo (come per esempio avviene durante l'adolescenza), alle situazioni di fallimento che possono essere vissute durante l'elaborazione di un lutto o ad altrettanto dolorose ferite narcisistiche. In altre parole facciamo riferimento a tutte quelle situazioni che comportano delle emergenze soggettive o ambientali, che sorgono dall'alterazione di equilibri interni o dalla trasformazione di elementi esterni e che, a loro volta, comportano inevitabilmente un contraccolpo su tutti questi stessi bilanciamenti.

Questo vuol dire che la situazione di crisi, di fatto, evidenzia in una maniera esplicita il rapporto biunivoco esistente tra mondo interno e realtà esterna. Crisi e cambiamento appaiono come due aspetti profondamente legati tra loro. Questo soprattutto perché qualsiasi cambiamento che è possibile immaginare, passa necessariamente per l'evoluzione di un processo di crisi. Apparentemente abbiamo due percorsi immaginabili derivanti da una situazione di questo tipo: da una parte una possibile trasformazione in meglio o in peggio, dall'altra la restaurazione di un equilibrio precedente. E a questo punto si pone un'ulteriore riflessione molto

importante. Se nel primo caso Racamier parla di una *crisi* intesa nel senso stretto del termine, nella seconda circostanza sottolinea la presenza di un elemento che ha solamente a che fare con qualcosa che *assomiglia* ad una crisi ma che di fatto non lo è.

Ma è legittimo parlare di una *pseudocrisi* nel momento in cui si restaura "solamente" un equilibrio antecedente? In realtà se ci appoggiamo ad una visione dinamica del funzionamento psichico, non potremmo fare differenza tra una *crisi* ed una *pseudocrisi*: ogni elemento interno od esterno che irrompe nel modificare alcuni equilibri antecedenti rappresenta in ogni caso un fattore che scatena una crisi.

Piuttosto dovremmo fare una riflessione più approfondita sulla strutturazione di personalità del soggetto che presenta tale squilibrio e rapportare la possibilità di cambiamento verso nuovi equilibri o il restauro di simmetrie precedenti più che altro alla capacità di mentalizzazione di un paziente: in altre parole alla propria maniera di funzionare al livello psichico.

Afferma Gilliéron: "Questa constatazione ci ha quindi determinato a ripensare la questione dei costituenti dell'organizzazione della personalità e sviluppare una teoria dell'*appoggio oggettuale* del funzionamento psichico, giacché l'equilibrio psichico si basa su un doppio appoggio: biologico e ambientale. L'appoggio oggettuale può descrivere come il soggetto si appoggia sul proprio ambiente affettivo per mantenere il proprio equilibrio psicologico".<sup>9</sup>

Quindi si configura come immediatamente evidente il legame esistente tra un certo tipo di struttura psichica e la maniera di questa stessa struttura di "fare una crisi".

Allo stesso modo, dagli elementi che evidenziamo in un processo di crisi, sarà possibile fare delle ipotesi sul funzionamento di un paziente che accede ad una consultazione.

A proposito del rapporto esistente tra la struttura di personalità e processo di crisi Gilliéron scrive: "I nostri studi sulle prime consultazioni in psichiatria ci hanno mostrato che, nella grande maggioranza dei casi, esse sono state motivate da una *crisi* sia "relazionale" (conflitti diversi), sia "organica" (deterioramento organico di qualsiasi tipo), sia "intrapsichica" (esaurimento di un sistema di difesa). Di fatto sono provocate da uno squilibrio che sopravviene nell'organizzazione della personalità" (9).

Attraverso la breve illustrazione di un caso clinico cercheremo di sottolineare, infine, che cosa vuol dire spostare l'attenzione sulla dinamica del funzionamento psichico.

In seguito alla scomparsa della madre, F., uno dei suoi due figli (un ragazzo di 20 anni con una strutturazione psicotica), comincia a palesare sintomi deliranti e per questo giunge ad una consultazione. E' lui il paziente designato che in questo momento si fa carico di rappresentare tutta la crisi che attraversa l'intero sistema familiare. Nel corso dei colloqui emergerà, però, come soltanto lui si sia potuto in realtà confrontare con l'idea di un lutto: dice di sentirsi in colpa per la morte della

<sup>8</sup> Edmond Gilliéron: "Il primo colloquio in Psicoterapia" - Borla, Roma, 1995 (p.155-157)

<sup>9</sup> Edmond Gilliéron: "Il primo colloquio in psicoterapia" - Borla, Roma 1995 (p. 13-14)

madre, “come se fosse stato lui ad ucciderla”. Nell’estremo e concreto aspetto analogico del linguaggio psicotico, F. parla proprio del suo lutto, della propria perdita, della maniera in cui scompare, con la madre, un genitore “interno”, capace fino ad un momento prima di mettere ordine e di garantire un certo funzionamento delle cose. Quando F. dice di aver *ucciso* la madre, dice allo stesso tempo che è il solo a trovarsi in un processo di elaborazione del lutto. Se si sente responsabile, accettare la morte del proprio genitore equivale un po’ ad averla *uccisa*. Questa espressione rappresenta quindi la verità di un linguaggio psicotico che traduce su un piano reale quello che vuol dire “uccidere” simbolicamente una persona defunta. I membri di questa famiglia parlano tutti del loro rapporto con questa donna, ma una cosa emerge inconsciamente come comune denominatore delle loro descrizioni: la rappresentazione di una donna la cui morte ha rappresentato per tutti, allo stesso tempo, un dramma ma anche una liberazione. Tutti sembrano aver atteso inconsciamente la morte della madre per ritrovare la loro libertà da una persona invadente e allo stesso tempo percepita come onnipotente, capace di soddisfare ogni tipo di bisogno (ora F. sogna di vincere al superenalotto per aiutare i suoi fratelli e ritrovare così una” madre onnipotente”). La confusione dei ruoli risulta evidente in ogni momento dei loro scambi in seduta, dall’incapacità del padre di riprendere la responsabilità attraverso l’assunzione della sua autorità in riferimento al suo ruolo e alle sue funzioni (al termine di una seduta contattata separatamente il terapeuta per parlargli del suo attuale problema di impotenza sessuale), a Gaia, la sorella di F., che tenta di sostituire la genitrice onnipotente in una improbabile gestione di un nucleo familiare frammentato ed in preda ad una importante confusione che sfocia in una aperta simmetria in grado di porre tutti e quattro ad uno stesso livello, indistinto e conflittuale. L’equilibrio ormai perduto definitivamente innesca una crisi generata da un’angoscia molto forte che prende forma in una collusione familiare tale da spingere F., attraverso il suo delirare di sentirsi il solo colpevole di un “omicidio”, ad assumere su di se una responsabilità che lo rende un malato da portare in cura. La possibilità di raggiungere un nuovo assetto in questa famiglia è rappresentata dall’opportunità di poter elaborare il loro lutto. Solo la rielaborazione ha la valenza di un nuovo principio ordinatore sul quale poggia un ordine differente nel quale vengano ridistribuiti ruoli e responsabilità. Ma “elaborare il lutto” vorrebbe dire, per ognuno di loro, fare i conti con la propria perdita di un genitore così controverso, liberando F. dal compito gravoso di farsi carico di dare un assetto (patologico) ad una situazione così confusa.

**IL VISSUTO INIZIALE  
DI SOFFERENZA SECONDO  
L’APPROCCIO PSICOANALITICO**

di  
Rosanna Mansueto  
*Psicologa Psicoterapeuta*

L’angoscia, il dolore, la sofferenza e la malattia sono sempre stati parte integranti della vita dell’uomo, il quale da sempre ha cercato di trovare una spiegazione, di dare un senso ed un significato ad essi.

Forse, con la speranza di renderli più accettabili, tollerabili e con il desiderio onnipotente di sconfiggerli o, quantomeno, di riuscire a manipolarli.

Già gli stessi filosofi se ne erano occupati.

Per Epicuro il vero piacere è uno stato di equilibrio e di armonia, la cui condizione essenziale è l’assenza di dolore: “*Quando diciamo che il piacere è il fine della vita, non vogliamo dire i piaceri dei dissoluti e quelli sensuali, come credono certuni. ma, il non soffrire nel corpo (aponia) ed il non essere turbati nell’anima (atarassia)*” (Lettera a Miceneo, 131).

Per la religione cristiana, il dolore e la sofferenza (soprattutto quella fisica) fanno avvicinare l’uomo a Dio (basti pensare alle stigmate).

Per la medicina, il dolore e la sofferenza sono molto importanti: servono per poter fare una diagnosi e per prescrivere indagini strumentali mirate, per prescrivere una terapia o un intervento.

Se non ci fosse il dolore, non sapremmo di essere ammalati o lo sapremmo troppo tardi, come succede con il tumore il quale non ha un sintomo ed un dolore preciso e localizzato.

Anche per la psicologia ed, in particolare, per la psicoterapia il vissuto di sofferenza è importante.

Per Freud “*l’angoscia è un dispositivo azionato dall’Io di fronte ad una situazione di pericolo, in modo da evitare di essere sopraffatto dall’afflusso delle eccitazioni provenienti dall’Es. Il segnale d’angoscia riproduce, in forma attenuata, la reazione d’angoscia vissuta originariamente in una situazione traumatica, permettendo così di far scattare le operazioni di difesa*” (Laplace e Pontalis, 1995).

Il paziente che si rivolge quindi ad uno psicoterapeuta gli chiede di “liberarlo dalla sua angoscia, da un dolore nel fisico e nell’anima”.

Nello psicotico questa sofferenza è legata alla paura dell’annientamento, nel nevrotico è legata al conflitto tra il desiderio di soddisfare e quello altrettanto forte di reprimere un desiderio, nel borderline è collegato alla mancanza di un contenitore per le proprie angosce e le proprie spinte aggressive.

Ma, come afferma Winnicott (1967) “*La vita di un individuo sano, si caratterizza più per le sue paure, i sentimenti conflittuali, i dubbi, le frustrazioni che per i suoi aspetti positivi. Sappiamo che la fuga nella salute non è la salute. Quest’ultima tollera la malattia ed ha anche vantaggio ad entrare in contatto con la malattia stessa*”.

E’ un modo di pensare, questo, opposto a quello di Epicuro.

Il terapeuta, nel momento in cui comincia a lavorare (e a confrontarsi) con il vissuto iniziale di sofferenza che il paziente porta, si deve porre delle domande: in che modo esprime la sofferenza questa persona, come me la sta comunicando, perché ha deciso di comunicarla a me, cosa si aspetta dopo questa comunicazione, qual è il tipo di comunicazione più terapeuticamente valido,

che posto e che ruolo questa persona mi ha dato nella sua storia.

Queste domande riguardano il bagaglio pesante e sofferto che il paziente già porta in terapia.

Ma, durante il percorso terapeutico...c'è anche "la comparsa di un vissuto di sofferenza licita nella terapia stessa e che fa parte integrante di essa. Questa sofferenza è intrinsecamente legata alla natura stessa del processo terapeutico, inteso come processo di conoscenza e di cambiamento durante il quale il paziente dovrà affrontare ed elaborare non solo la sua storia personale passata ed attuale, ma anche la sua relazione con il terapeuta"( Gentili, 1991).

Tale cambiamento, per quanto desiderato consciamente, sarà vissuto con una grande ansia derivante dal fatto di trovarsi di fronte a situazioni e vissuti non sempre familiari e, dunque, potenzialmente pericolosi.

Il paziente giungerà, allora, ad una ricostruzione della propria storia.

Si può affermare, quindi, che esiste un rapporto causale tra sofferenza e cambiamento durante il processo terapeutico.

Il terapeuta, infatti, se da una parte ha la funzione di contenitore empatico, dall'altra aiuterà il paziente a dare un significato alla sua sofferenza, collegandola e a quanto avviene in quel momento specifico della terapia ("qui ed ora") ed alla sua vita in generale.

Egli deve allora aiutare il paziente a raggiungere e ad impadronirsi di modalità costruttive sempre più efficaci.

Nello specifico, ad esempio, "acquisire la capacità di pensare il proprio dolore, la capacità cioè di soffrire il dolore" (Bion, 1981).

Obiettivo della psicoterapia e, in particolare di quella psicoanalitica, non è soltanto la comprensione ma soprattutto l'autonomia e l'autoconsapevolezza.

Il paziente farà, pertanto, l'esperienza che è ansioso e doloroso capire e riconoscere non solo i propri limiti, ma anche e soprattutto le proprie potenzialità.

Questa è la crescita.

Ed è rischioso.

Questo è il vissuto di sofferenza del paziente durante le tappe della nascita e dello sviluppo del rapporto terapeutico. Ma, così accade in ogni ciclo vitale, anche in questo processo se c'è una nascita c'è anche una fine.

"Il morire di un rapporto, quello terapeutico, dove il terapeuta diverrà inutile, dove il singolo sarà un essere pronto a procedere da solo"( Foglio Bonda, 1992).

E la fine del rapporto terapeutico fa parte delle regole del contratto.

Diversamente, si illuderebbe il paziente, "gli si offrirebbe il miraggio di un nuovo paradiso al paradiso perduto; dove il terapeuta diviene un seno sempre disponibile, che non si esaurisce mai" (Massimo Scialpi, 1993).

#### **Riferimenti Bibliografici**

Bion W.R. "Gli elementi della psicoanalisi", Armando, 1981

Foglio Bonda P. "Principi e tecniche di psicoterapia", Franco Angeli, 1992

Gentili P. "Il cambiamento terapeutico: modelli, verifica e tecniche", Borla, 1991

Laplace J. e Pontalis J. B. "Enciclopedia della psicoanalisi", Laterza, 1995

Scialpi M. "Il vissuto iniziale di sofferenza del paziente come indice della nascita, sviluppo e fine del rapporto terapeutico", in Gentili P. e Grasso M. "Psicologia clinica e psicoterapia", Borla, 1993

Winnicott D.W. "Il concetto di individuo sano", Giunti, 1967.

## **IL VISSUTO DI SOFFERENZA ALL'INTERNO DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE NEL SISTEMA SANITARIO**

di

Paolo Nardi

Psicologo

Responsabile Settore Ricerca Internet CEIPA

La struttura relazionale di ogni individuo, essendo sia traspersonale che interpersonale, si costruisce su di una multidimensionalità dell'esperienza umana. Dal punto di vista onto-epigenetico, la nostra esistenza è quindi una *esistenza relazionale* in cui biologia e genetica si interfacciano continuamente con i dinamismi psichici e socio-ambientali. Siamo immersi, fin dal concepimento, in un universo sistemico. Il nostro organismo, quale "sistema aperto", è in costante interazione con l'ambiente (Morelli, 1999).

E' ormai appurato che le "relazioni" possono influenzare non solo il mondo psichico ma anche i processi biologici, in quanto siamo unità psicosomatiche e somatopsichiche (Piscicelli, 1985); e possiamo, di fatto, ammalarci o guarire attraverso rappresentazioni mentali. A tale proposito, numerose sono le ricerche che evidenziano una correlazione positiva tra il periodo di sopravvivenza di pazienti oncologici con tumore in fase avanzata, e il sostegno psicologico che ricevevano o la psicoterapia che effettuavano (Spiegel, 1989).

C'è oggi un generale consenso sul fatto che nel nostro sistema sanitario il dolore e la sofferenza non vengono adeguatamente considerati e trattati, sia che si tratti di condizioni acute, sia che si tratti, cosa ancor più grave, di condizioni croniche (Bonino, 2005).

Il motivo fondamentale del silenzio sulla sofferenza e sul dolore del paziente va ricercato nell'aver privilegiato, da parte del personale sanitario, la cura della malattia e non del malato che tale malattia sta vivendo. A causa delle sempre più sofisticate tecnologie moderne si è perso di vista il paziente come individuo immerso nella complessità dei suoi bisogni di malato, allontanandosi sempre più dal contatto fisico, dalla palpazione e dall'uso delle mani nel prendersi cura di lui.

L'attenzione si è concentrata troppo spesso sui sintomi della malattia, che possono essere oggettivamente studiati, e non sulla persona e sulla sua soggettività.

Si sono preferiti tutti quegli indicatori obiettivi che davano garanzie di scientificità, attraverso l'ausilio di appositi strumenti. Si è preferito aderire a operazioni fatte di statistiche, casistiche, protocolli standard di intervento (Bonino, op. cit.). Così i medici e il personale sanitario fanno tante cose sulla malattia, ma fanno così poco della persona. In termini puramente meccanici, si riesce perfettamente a capire come la malattia è attecchita, come si è diffusa; e si può anche

chita, come si è diffusa; e si può anche misurare il grado di disordine che essa ha scatenato lungo la strada. Ma cosa faccia nell'intimo della persona che ne è colpita, è un mistero, individuale e soggettivo, contrario a ogni logica e previsione (Woodell, 1998).

Il dolore è sempre un'esperienza psicologica soggettiva, un complesso intreccio di aspetti emotivi (come l'ansia), cognitivi (come le aspettative), e sociali (come il ruolo dell'individuo, la presenza di osservatori, le regole), che per essere trattato bisogna mettere al centro dell'intervento terapeutico il malato e non la malattia (Bonino, op. cit.).

Ma confrontarsi con la soggettività del malato per comprendere la sua esperienza del dolore e impegnarsi per il suo benessere significa entrare in rapporto con lui e non avere timore di accogliere il suo vissuto. Come afferma Binswanger (1973) non si tratta più di spiegare, naturalisticamente e oggettivisticamente, la storia e la sofferenza del paziente, ma di comprenderla nel suo profondo significato esistenziale.

Affinché questo avvenga in modo utile per il malato, ma allo stesso tempo non distruttivo per l'operatore sanitario, occorre disporre di buone capacità professionali non solo sul piano tecnico, ma anche su quello relazionale. Sono proprio queste competenze che spesso vengono a mancare nella formazione professionale, portando il personale sanitario a rifugiarsi nell'indifferenza per proteggersi dal contagio emotivo del paziente; o all'opposto, in un profondo coinvolgimento emotivo dovuto a meccanismi di proiezione e di identificazione per la propria impotenza di fronte alla paura dei malati (Zapparoli e Segre, 1997).

Sempre la Segre (op. cit., pag. 147) sottolinea che *"formarsi alla relazione con il malato grave richiede di portare la propria attenzione anche su se stesso, sulle proprie aspettative e sui limiti necessari per mantenere professionale il proprio lavoro e non confonderlo con una vocazione"*.

La differenza tra *saper fare* l'operatore sanitario e *saper essere* operatore sanitario si ascrive, allora, nel superare *"i vissuti di angoscia legati a sentimenti di impotenza e di colpa, alla perdita del dominio onnipotente sull'oggetto, alla possibilità che il suo operato venga messo al vaglio e criticato [ ... ] nonché le difficoltà personali relative alla propria morte e a quella di persone care"* (Barale, 1982).

All'interno delle mura ospedaliere, *"... la comunicazione di una diagnosi infausta, l'impasse relazionale fra paziente con malattia mortale e chi lo assiste (medici e parenti), il decesso di un bambino, il trapianto e la donazione di organi, gli scompensi psicopatologici di pazienti in fase acuta o di persone in lutto, l'aborto, [ ... ] sono solo alcune delle circostanze che riattivano profonde angosce e fantasie di morte nell'équipe curante"* (Giroletti e Politi, 1998).

A tale proposito, Bruno Callieri (1997) ricorda che la morte acquista una dimensione intersoggettiva, *"... essa è sempre da pensarsi in rapporto agli altri, pur se è vero che si muore da soli [ ... ] essa si pone sempre come atto interumano, come uno dei momenti più autentici della polarità soggettiva, di cui costituisce lo scacco più radicale"*.

L'uomo è in grado di aprirsi alla vita, e quindi di godersela veramente, solo quando diviene capace di accogliere dentro di sé la morte (Jung, 1996); infatti, qualsiasi atto che tenga a distanza la morte ostacola la vita (Hillman, 1999), in quanto *"una vita non in contatto con la morte è mortale, moribunda"* (Hillman, op.cit., pag. 27).

Una visione della morte, dunque, come atto interumano, il cui vissuto non è più solo *"esperienza al limite"*, ma un'esperienza che dovrebbe essere accettata, trasformata ed interiorizzata per dare un nuovo senso alla vita. L'uomo che ha coscienza di sé come di un individuo attivo e creativo comprende che la vera vita della vita si incarna nel divenire partecipazione alla vita degli altri, con le sue luci e le sue ombre. E se vogliamo veramente misurare il significato della nostra vita, dobbiamo dare valore alla vita degli altri.

### Riferimenti Bibliografici

Barale, F.: *"Lutto, funzione simbolica e atteggiamento medico verso il morente"*, Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria, 43 (2): 254-265, 1982

Binswanger, L.: *"Essere nel mondo"*, trad. it., Astrolabio Ubaldini, Roma 1973

Bonino, S.: *"Il silenzio della sofferenza: Perché la medicina ha dimenticato il dolore?"*, in Psicologia Contemporanea, Ed. Giunti, n. 188, Marzo-Aprile 2005

Callieri, B.: *"Della morte e del morire. Aspetti antropofenomenologici"*, in "Attualità del disagio. Rivista di psicologia analitica", 53, 3, Ed. Astrolabio, Roma 1997

Giroletti, A., Pierluigi Politi, P.: *"Qualche parola sulla morte: Considerazioni sul decesso di alcuni pazienti psichiatrici"*, in Attualità in Psicologia n. 3-4, pag. 365, Luglio-Dicembre 1998

Hillman, J.: *"L'anima del mondo"*, Ed. Rizzoli, Milano 1999

Jung, C. G.: *"Ricordi, sogni, riflessioni di C. G. Jung"*, (a cura di A. Jaffè), Ed. Rizzoli, Milano 1996, VI ed.

Morelli, G.: *"Il dilemma della comunicazione di diagnosi e prognosi al paziente oncologico: malattia e morte si possono dire?"*, Informazione in Psicologia, Psicoterapia e Psichiatria, n. 36-37, pag. 26-45, 1999

Piscicelli, U.: *"Introduzione alla Psicomatica"*, Ed. Astrolabio, Roma 1985

Spiegel, D.: *"Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer"*, Lancet, 1989 pp. 888-890

Woodell, M. I.: *"Lettera dal sottosuolo"*, in Attualità in Psicologia, n. 1, pag. 67-69, Gennaio-Febrero-Marzo 1998

Zapparoli, G. C., Segre, E. A.: *"Vivere e morire"*, Ed. Feltrinelli, Milano 1997.

## CONVEGNI

### CONGRESSO INTERNAZIONALE RORSCHACH

**Nei giorni 26 - 30 luglio 2005 si è tenuto a Barcellona il XVIII Congresso Internazionale Rorschach e Metodi Proiettivi.**

Il Congresso, articolato attraverso varie sessioni e simposi, ha ospitato lavori e interventi di studiosi e scuole di diversa formazione scientifica e culturale. L'Associazione Italiana Rorschach ha presentato due Simposi, il primo, intitolato *"Utilizzazione delle Tecni-*

che *Proiettive in ambito forense*”, coordinato da Paolo Capri, si è svolto il **28 luglio**. Il secondo, intitolato “*The Diagnostic meaning of movement responses at the Rorschach test*”, coordinato da Dolores Passi Tognazzo, si è tenuto il **29 luglio**.

Il primo Simposio si è concluso con la proposta di introdurre delle *linee guida* - già approvate dal Consiglio Direttivo dell’Associazione Italiana Rorschach - per l’utilizzazione dei test in ambito forense

Il programma di questo Simposio è stato il seguente:

**Anita Lanotte:** “*Le competenze del minore nelle diverse fasi evolutive. Processo adolescenziale e breakdown evolutivo: una ricerca pilota*”;

**Anna Maria Bambino:** “*Analisi e correlazione fra gli indici Rorschach e il programma trattamentale all’interno del percorso giuridico di minori autori di reato*”;

**Andrea Bramucci:** “*Cenni per una utilizzazione del test di Rorschach in ambito forense con soggetti tossicomani autori di reato: dallo “specchio infranto” alla “integrazione simbolica dell’Io”*”;

**Paolo Capri (Chairman):** “*Linee Guida sull’utilizzazione delle tecniche proiettive in ambito forense*”.

Il secondo Simposio ha evidenziato l’importanza diagnostica delle risposte cinestesiche, sia nell’età adulta che nell’età evolutiva.

Il programma di questo Simposio è stato il seguente:

**Dolores Passi Tognazzo (Chairman):** “*Movement responses in the Rorschach test and defense mechanisms*”;

**Vera Campo:** “*Some further thoughts on the nature of M*”;

**Salvatore Settineri:** “*Paranoic dimension and movement responses on the Rorschach*”;

**Catherine Weismann-Arcache:** “*Les kinesthesies chez les enfants*”.

Riportiamo, di seguito, gli abstract delle relazioni presentate:

## **LINEE GUIDA PER L'UTILIZZO DEI TEST PROIETTIVI IN AMBITO FORENSE**

di  
Paolo Capri

La funzione operativa svolta dai test psicologici, proprio grazie alla loro componente statistico-descrittiva, dovrebbe permettere una condivisione omogenea di vedute fra esperti, rendere possibile non solo il confronto, ma anche la verifica del risultato.

A questo proposito non si può negare che i dati ricavati da un esame effettuato attraverso i test, nello specifico e a maggior ragione quelli proiettivi come ad esempio il Rorschach, a causa della loro complessità conseguente anche alla teoria psicoanalitica che ne è alla base, richiedono una preparazione psicologica da parte dell’esaminatore che dovrebbe prevedere conoscenze approfondite quantomeno delle teorie dinamiche della personalità, nonché un’adeguata esperienza clinica, ol-

treché conoscenze specifiche degli indici e dei dati formali dei test.

Se tutto ciò non fosse possibile si comprometterebbe gravemente lo straordinario apporto di queste prove, alimentando in tal modo le critiche ai test proiettivi, ingiuste ma comprensibili.

Riteniamo quindi che un uso distorto dei test, rappresentato da affrettate risposte psicodiagnostiche legate esclusivamente ad indici e dati estrapolati da un contesto ben più ampio e generale o addirittura a un libero arbitrio interpretativo, possa portare l’esaminatore a delle conclusioni peritali che, se acquisite dal giudice, possono condurre quest’ultimo ad errate valutazioni con danni materiali e psicologici conseguenti alle persone.

Per queste semplici ma importanti ragioni si è pensato di elaborare un documento da noi denominato “*Linee guida per l’utilizzo dei test proiettivi in ambito forense*”, che possa essere di aiuto e sostegno alla comunità scientifica degli psicologi che utilizzano la metodologia psicodiagnostica nell’ambito forense.

## **LE COMPETENZE DEL MINORE NELLE DIVERSE FASI EVOLUTIVE. PROCESSO ADOLESCENZIALE E BREAKDOWN EVOLUTIVO: UNA RICERCA PILOTA**

di  
Anita Lanotte

Il lavoro pone l’accento sulla fase evolutiva in cui l’assunzione dell’identità è il motivo dominante e la spinta, sia al livello cosciente che inconscio, dei comportamenti degli adolescenti che devono integrare i processi di interiorizzazione di simboli che è in stretto rapporto di continuità con i modelli di riferimento primario e i processi di esteriorizzazione dei ruoli che è più in relazione con l’aspetto sociale.

L’interiorizzazione di simboli e l’esteriorizzazione di ruoli, se assonanti, dovrebbero rendere le trasformazioni dei processi identificativi sufficientemente immuni da turbamenti eccessivi rispetto l’imprevisto.

Considerato il fatto che la mobilità delle strutture psichiche costituisce uno dei tratti distintivi dell’età evolutiva, il tema legato alla diagnosi, sia in età infantile che in età adolescenziale, è molto complesso e necessita di protocolli di valutazione condivisi relativi all’accertamento della personalità del minore.

Al fine di analizzare e descrivere l’articolazione funzionale dell’Io nel periodo adolescenziale e i meccanismi di difesa utilizzati a protezione dell’allentamento delle strutture psichiche, sono stati comparati i risultati di una ricerca su un campione di 100 adolescenti “normali” con 20 adolescenti diagnosticati borderline.

Il campione di adolescenti “normali” è rappresentato da 100 soggetti (50 maschi e 50 femmine) di età compresa tra 16 e 18 anni, appartenenti a differenti aree geografiche, estrapolati casualmente su 500 soggetti valutati in ambito di orientamento scolastico nel periodo compreso tra il 1995 e il 2002 (CEIPA area selezione, formazione, orientamento).

**CENNI PER UNA UTILIZZAZIONE DEL TEST DI RORSCHACH IN AMBITO FORENSE CON SOGGETTI TOSSICOMANI AUTORI DI REATO: DALLO "SPECCHIO INFRANTO" ALLA INTEGRAZIONE SIMBOLICA DELL'IO.**

di  
Andrea Bramucci

Questa ricerca-campione analizza i processi identitari ed evolutivi, attraverso la tavola III del test di Rorschach, in 20 soggetti tossicomani maschi adulti (età 25-40 anni).

La ricerca ipotizza una correlazione tra lo stato di tossicomania connessa a reati, con il precario processo identificatorio primario dell'Io nei soggetti tossicodipendenti presi in esame.

Le risposte "ambigue", per genere sessuale, o "autopunitive" (Bohm), raccolte in tavola III del Rorschach sembrano indicare la "assenza di una immagine del sé sufficientemente integrata quale è quella che residua da una buona soluzione della fase dello specchio" (Villa).

Attraverso l'incontro con la Legge il tossicomane, inconsciamente, giunge ad una integrazione simbolica, ma anche esterna e rigida dell'Io.

Questo studio sperimentale, rilancia la domanda al tipo di programma – terapeutico, educativo, o punitivo-riabilitativo – per soggetti tossicomani autori di reato.

**ANALISI E CORRELAZIONE FRA GLI INDICI RORSCHACH E IL PROGRAMMA TRATTAMENTALE ALL'INTERNO DEL PERCORSO GIURIDICO DI MINORI AUTORI DI OMICIDIO**

di  
L. Chiappinelli, M. A. Occulto, A. Bambino

L'intervento psicologico all'interno del contesto penale minorile rappresenta un ambito dalle caratteristiche molto complesse tanto per le valenze positive che esso offre a vantaggio del minore autore di reato, quanto per i vincoli che il contesto operativo stesso per la sua specificità lascia facilmente intuire. Il contributo che lo psicologo può offrire all'interno di questa cornice è quindi quello di utilizzare le proprie competenze specifiche per conoscere il minore, per arrivare a definire un profilo di personalità, per evidenziare le capacità e risorse possedute dallo stesso nonché per raccogliere i bisogni e sulla base di tutto ciò impostare e attivare un percorso di cambiamento.

E' proprio per la peculiarità del contesto non puramente clinico in cui si colloca questo intervento che appare importante sperimentare protocolli operativi e porsi a riguardo l'interrogativo circa l'opportunità e l'utilità degli strumenti integrativi al colloquio di cui lo psicologo dispone e dei quali può servirsi.

Il lavoro che verrà presentato, quindi, farà riferimento all'utilizzo dei test psicologici proiettivi di personalità intendendo indispensabilmente compreso il test di Rorschach che per la sua peculiare complessità e completezza offre una visione a 360 gradi del funzionamento della personalità esaminata.

Sarà quindi analizzata la correlazione fra alcuni indici Rorschach e l'articolazione del programma trattamentale individualizzato (sia interno che esterno

tale individualizzato (sia interno che esterno alla struttura detentiva) messo a punto dagli specialisti incaricati dell'osservazione e del trattamento del minore autore di reato all'interno di una misura penale disposta dall'Autorità Giudiziaria.

**MOVEMENT RESPONSES IN THE RORSCHACH TEST AND DEFENSE MECHANISMS**

di  
Dolores Passi Tognazzo

Movement responses in the Rorschach test are examined in different samples of psychiatric subjects: borderline personalities, paranoid schizophrenics, bipolar patients in manic phase.

In each type of personality organization, the implied issues are highlighted. For instance, the difficulty of identification and of relationship, the intensity of anxiety and of the aggressive drive, but also the defensive strategies which are activated.

In the bipolar patients in manic phase, the defense mechanisms connected with movement are chiefly projection and denial of aggression. Those of the borderline personalities, splitting and projective identification, the latter often associated with self references and with denial of anxiety and aggressiveness.

Finally, in the delirious or in the paranoid form of schizophrenia, the movement responses, often of bad formal quality, reflect the delusional thinking, the absurd creativity, the dis-perception of the schizophrenic un-reality.

The most frequent defense mechanism is projection of the intense aggressive drive, self determined or attributed to others, which results in the experience of destruction either of the external reality or of the self image.

**SOME FURTHER THOUGHTS ON THE NATURE OF M**

di  
Vera Campo

Based on a 1979 paper on the meaning of inanimate movement responses that contained a very large and exhaustive bibliographical review, this subject is taken up again, with special reference to Schachtel's (1967) views, plus some new interpretive details derived from Cerney & Shevrin (1974), Weiner (1998) and myself.

Fundamentally my argument is that the mood or emotional tone of m responses - as described with other words by so many authors -, corresponds to persecutory anxiety in the Kleinian sense.

According to Schachtel (1967) "counter-identification" takes place, together with dissociation when the subject does not identify with the **m** response. In other words, through projective identification the threatening, dangerous, "not-me" fantasy - **m** - is placed in other objects, giving rise to the experience of stress; its origin may be external or "real" -mostly according to Exner's view (1974-2003)- but may also be internal and just as real.



Where no **m** responses appear in protocols of persons who consult psychologically, Weiner (1998) suggests that they are "indifferent" to such experiences, which are not registered nor mentalized. That is the reason why I consider this absence to be a poor prognostic sign regarding psychotherapy.

Where destructive and unmodulated color contents are blended with the **m** responses (Cerney & Shevrin, 1974) explosive acting out may occur.

And finally, passive **m** appears to reflect a more depressive hue.

### **PARANOIC DIMENSION AND MOVEMENT RESPONSES ON THE RORSCHACH**

di  
Salvatore Settineri

The author relates the dimension of paranoia to a Rorschach response including movement as a complex event. As it is well-established in the literature that responses relating to movement have been associated with delirium, it follows that the study of this must be effected with methods that overcome the limitations of simplistic variables.

In support of this claim the case of a schizophrenic patient is presented in which the movement-related responses, although in line with traditional theory, need to be integrated with psychodynamic theory.

In conclusion the author follows up the line taken by Racamier to posit that movement related responses are the attempt to construct an internal space, although psychopathological, that serves for the preservation of Self.

### **PERCEPTION OF MOVEMENT IN PICTURES**

di  
Helge Malmgren

If one wants movement to be a Rorschach determinant, a determinant must not be defined as a stimulus property (since the blots don't move) but as a perceptual dimension which determines the response. According to Hermann Rorschach's original theory, it is the kinesthetic element which plays this role in movement responses proper. In short, we do not see the figures on card III as moving human beings because we see them as humans and therefore as moving, but the other way round.

However, it is still a question of great interest which stimulus properties tend to give rise to human movement responses. This issue overlaps to a large extent with the question of how human and human-like movements are best represented in art. My presentation therefore contains a review of some main ideas among art theorists about the dynamic element in art.

Few if any experimental psychologists have addressed the question of why we see human movement in still pictures, but a set of recent experiments by M. Shiffrar on perception of movement in films suggest that detailed form likeness to human beings is not essential. Based on these findings, a newly designed experiment was performed in order to test which dimensions of a

humanlike figure are most effective in eliciting movement responses. Some results from the experiment are reported in this presentation.

### **LES KINESTHESIES CHEZ LES ENFANTS**

di  
Catherine Weismann-Arcache

Pour Rorschach, la kinesthésie relevait de l'intelligence et de la créativité : les kinesthésies seraient plus nombreuses quand les QI sont élevés, mais cette activité représentative peut aussi témoigner de la quête identitaire et identificatoire. Les kinesthésies permettent également d'apprécier la qualité de la dynamique projection-introjection et la charge pulsionnelle qui se trouvent au coeur des processus de pensée. Ces différents facteurs peuvent être soumis à la clinique projective des enfants surdoués.

### **NOTIZIE DALL'ISTITUTO**

**Comunichiamo che verrà indetta un'Assemblea Generale dei Soci per il giorno 6 dicembre 2005 alle ore 18,30 presso la sede dell'Istituto in Via Bisagno, 15.**

Comunichiamo, inoltre, che sono aperte le iscrizioni al **Corso di Formazione in Psicologia Giuridica, Psicopatologia e Psicodiagnostica Forense** organizzato dall'AIPG.

Il Corso, ad elevata specificità e accreditato con 50 punti ECM, sulla perizia e sulla consulenza tecnica, avrà inizio il giorno 28/01/2006, si svolgerà il sabato e la domenica una volta al mese per un totale di 96 ore.

Gli interessati possono chiedere informazioni alla Segreteria dell'Associazione (tel. 06/86384343).

#### **CEIPA ISTITUTO DI FORMAZIONE E RICERCA SCIENTIFICA**

**Comitato di Redazione**  
Paolo Capri, Anita Lanotte, Stefano Mariani

Via Bisagno, 15 – 00199 Roma  
Tel. 06 8606953 - 06 8606949 - Fax 06 86384343  
E – mail: [ceipa@tiscalinet.it](mailto:ceipa@tiscalinet.it) [www.ceipa.org](http://www.ceipa.org)  
Segreteria: lunedì, mercoledì, giovedì, venerdì  
09,00 – 13,00 / 14,30 – 18,30

Stampato in proprio  
Finito di stampare 28 settembre 2005