

→ **PARTE SECONDA** **TEORICA**

Note del Capitolo Quarto

È evidente che il cap. 1° – parte 1°, tematica del Manuale – ha contestualizzato il metodo osservativo-interpretativo proposto: realmente i temi antropologici tracciati hanno una incidenza profonda e talvolta anche evidente sulla mentalità degli operatori sanitari, sulle azioni sanitarie e sulla organizzazione dei servizi per la salute – nel caso, per la salute psicofisica di individui-soggetti con problematiche psicofisiche importanti-. Forse è maggiormente evidente l'importanza dei capp. 2° e 3° – sempre parte 1°, tematica del Testo-: valorizzando proposte teorico-operative di illustri Autori, si sostiene la necessità di cogliere la complessità, la delicatezza e la profondità dell'agire sanitario verso individui-soggetti in gravi difficoltà esistenziali; in vari modi ha presentato paradigmi teorici per una efficace consapevolezza; ha illustrato la necessità di operare con “posizione mentale positiva”, sia monoprofessionale che pluriprofessionale integrata, rispetto alle patologie organiche e/o psicofisiche e/o mentali. I temi proposti in questo cap. 4° – parte seconda, teorica del Man. – esplicitano l'urgenza della formazione di una mentalità culturale aperta, proponendo la prevenzione, la formazione universitaria, l'aggiornamento e la ricerca scientifica di campo; questi 4 temi, esposti con modalità teorico-operative, dimostrano come, in campi diversi ma specialmente nelle comunità-istituzioni di accoglienza, la ricerca di campo stimoli ad “interventi sanitari di cura e di cure” mai solo assistenziali ma sempre “tridimensionali” e, per quanto possibile, evolutivi per ogni situazione clinica.

I. Aggiornamento per operatori di équipe pluriprofessionale in una comunità-istituzione per la riabilitazione

L'aggiornamento del quale si parla, distribuito in 4 fine-settimana per complessive 32 ore, aveva due finalità e cioè di aggiornare il personale operativo familiarizzandosi con il metodo osservativo-interpretativo proposto e di ottenere l'Accreditamento regionale di alcuni Servizi di riabilitazione semiresidenziale della comunità-istituzione.

In estrema sintesi, si descrive l'aggiornamento svolto in 32 ore:

1° Giornata:

– Scambio informativo-conoscitivo tra i partecipanti; conversazione sulla attività e sulla organizzazione delle Strutture di Assistenza interessate: residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari; le norme ISO 9001:2000 per la Certificazione di qualità; condivisione discorsiva e conoscitiva sullo Statuto e sul Regolamento delle strutture; denominazione della Istituzione in

riferimento ai “Soggetti diversamente abili”, alle famiglie di origine e alla complessa patologia trattata; mission statutaria: la salute come benessere fisico, psicologico, sociale (O.M.S.).

– Condivisione “didattica” sulla estensione di alcuni interventi pluriprofessionali a favore di persone diversamente abili: patologia complessa e pluriprofessionalità; ampiezza della realtà dell’Assistenza, della Ricerca sul campo e dell’Aggiornamento continuo, incluse le azioni mirate verso l’esterno familiare-sociale-culturale-politico-scientifico; ruolo del docente facilitatore.

– Due tipi di ”apprendimento” a confronto – cioè *esperienziale* di W.Bion e *cognitivo* di J.Piaget – per azioni professionali implicanti l’intera individualità-soggettività coinvolta e necessariamente condivise in un contesto comunitario-istituzionale; ecco due esempi piuttosto radicali e cioè:

1 – *Lo standard per la valutazione dello stato di coscienza*: Acronimo AVPU cioè Alert o livello di coscienza, Vocal response o capacità di risposta vocale, Painful o livello di dolore-sofferenza, Unresponse o mancanza di risposte agli stimoli. Per l’applicazione di questo standard operativo è necessario lo scambio di conoscenze specialistiche; è necessaria la partecipazione affettiva, emotiva, immaginativa, simbolica, rappresentativa; è urgente il conseguente approfondimento circa le implicazioni soggettive e professionali: individuali, gruppali, comunitario-istituzionali... oltre che familiari, sociali...

2 – E ancora, *lo standard per la valutazione della condizione vitale*: Acronimo ABC cioè Airways o pervietà respiratoria, Breathing o respirazione, Circulation o circolazione sanguigna: la loro presenza-assenza organica e funzionale, il loro “senso esistenziale-relazionale”, il loro simbolo e significato, se acquisiti, da parte dei pazienti rispetto al loro livello evolutivo e se “appercepito mentalmente” da parte degli operatori sanitari; se le 3 funzioni organiche – la pervietà delle vie aeree, la respirazione e la circolazione sanguigna – implicano o escludono livelli di istintività, di intenzionalità oppure di consapevolezza da esplicitare professionalmente e da condividere esistenzialmente rispetto al “Corpo malato” da parte dei pazienti, da parte degli operatori, singoli e/o in équipe, e da parte di tutte le persone che “accudiscono”, a vario titolo, mediante “la presa in carico relazionale”. I due problemi nucleari di ogni intervento sanitario: “la posizione mentale” di ciascun operatore sanitario e “la prestazione medico-sanitaria e riabilitativa” di tipo farmacologico, relazionale, strumentale, operativo-esecutivo rispetto alla cure-care terapeutica, trasformativa e potenzialmente evolutiva.

In base a quanto detto emerge *la significatività di tutti gli interventi sanitari-assistenziali*: gli interventi complessi e spesso di emergenza-urgenza di medici e di infermieri, ma anche di ogni altro operatore della comunità-istituzione sanitaria: applicazione di ogni tipo di ausilio – con-senza relazione intersoggettiva verso il/i pazienti – riferibile alla vita, al dolore, alla sofferenza psichica, alla ingravescenza e alla morte; oltre alla indispensabile e certificata abilità tecnico-professionale del medico, infermiere, fisioterapista, psicologo...; si fa riferimento anche alla presenza e/o assenza di modalità relazionali di tipo contenimento simil-simbiotico, reificazione difensiva, onnipotenza impotente, elaborazione depressiva....

Importanza di alcuni punti generali introduttivi:

1 – Catena dinamica della complessità

“Corpo-Sé-Io” ← → Operatore ← → Istituzione ← → Famiglia ← → Ambiente socio-culturale: è una catena dinamica che esprime realtà complesse in continua interazione e in feedback; l’aggiornamento continuo di cui si parla fa riferimento diretto alla complessità socio-culturale, all’ottica psicodinamica, alla life-history individuale-familiare e alla organizzazione comunitaria e istituzionale; le modalità operative professionali e pluriprofessionali (N.1).

2 – “La diversa abilità” e/o la grave patologia e l’operatore sanitario

– La malattia organica, il dolore corporeo, la sofferenza psicologica; “verità assolute” e simboli soggettivi rispetto al benessere-malessere, sia per i pazienti che per gli operatori in interazione;

– La disabilità in quanto assolutezza non eufemistica che impone confini e trasformazioni nella organizzazione comunitario-istituzionale e sociale e nell’Assessment mentale di tutti gli operatori: partendo dal dato assoluto o necessario di partenza della vivibilità, della sostenibilità esistenziale, del *benessere psicofisico* “sufficiente”.

– Alcuni “contenuti mentali” rispetto alla disabilità: comunità accogliente e dinamica (v. il Cap. 5°); simpatia affettivo-emotiva ed evoluzione-involuzione soggettiva; sintonia “rappresentazionale” e apprendimenti cognitivi e/o loro inibizione sia nei pazienti che negli operatori sanitari; esperienza condivisa di “apprendimenti esistenziali reciproci paziente-operatore” che implicano il passaggio dalla corporeità al senso esistenziale e relazionale positivo e, se possibile, alla intenzionalità, alla consapevolezza, al simbolo soggettivo “buono” e alla significazione, permanendo nella “dura realtà”: forse, in questo modo, si rendono sempre possibili le trasformazioni evolutive.

– La linea operativa proposta con il metodo osservativo-interpretativo si colloca tra tre posizioni radicali: “*la posizione negazionista*”, organizzata nel delirio e alimentata dinamicamente dall’angoscia della “dura” realtà della patologia organica e della sofferenza mentale: angoscia da evitare inconsciamente in ogni modo date la incomprendibilità e la irrisolvibilità degli stati psicopatologici; “*la posizione sanatoria*” che sembra strutturarsi tra la negazione della “dura realtà” e il delirio della “potenza” della conoscenza e della tecnica specialistica; la “*posizione nichilistica*” del “tutto perduto”, del “perduto per sempre”, della fisio-psicopatologia in quanto peggiore della morte e quindi della inutilità totale di ogni prassi orientata alla trasformazione evolutiva (N.2).

3 – L’Equipe pluriprofessionale, integrata

Certamente il malato psicofisico, particolarmente se diagnosticato come “grave”, ha bisogno di tanti profili “specialistici”. Si constata che, per le patologie del Corpo, la pluriprofessionalità specialistica medica è prassi clinica condivisa e giuridicamente dichiarata, in quanto confermata da “norme” che prospettano idealmente l’intervento plurispecialistico come necessario, e lo è. Invece, il problema aperto e acuto è quello che riguarda la mente e la sofferenza “mentale” del paziente e/o del malato che ha un suo complesso mondo interno, che ha il bisogno-

diritto di avere relazioni interpersonali positive e piacevoli – tanto più primitive e simbiotiche o similsimbiotiche quanto più è grave e originario l'evento traumatico – e quindi soggettivamente vere, positive, curative e, per quanto possibile, trasformativo-evolutive.

L'équipe pluriprofessionale integrata si interroga e agisce quotidianamente per rispondere fattivamente ad interrogativi come i seguenti: in questo Corpo malato c'è anche un Sé e un Io? C'è la capacità del Simbolo, dei Significati e quindi anche del Pensiero? Chi ne individua la presenza-assenza e chi interviene per azioni simpatico-sintoniche di “care-cure”? La Medicina svolge efficacemente e professionalmente anche competenze sul versante “mentale”? La Psicologia svolge efficacemente le sue competenze professionali di trattamento delle svariate forme di sofferenza mentale? La medicina, la psicologia, gli altri profili professionali e tutto il settore tecnico-operativo-amministrativo collaborano ovunque, sempre e pariteticamente a favore del malato e sofferente psicofisico?...**(N.3).**

Il paziente ha una o numerose relazioni validanti di riconoscimento psicofisico, con risposte a bisogni primari e quindi potenzialmente evolutive con uno o più operatori... da riconoscere e necessariamente da sostenere; l'équipe “statutaria” è un positivo modello teorico come se, nella quotidianità, fosse un “ buon oggetto composito e accudente” e, in “buona” teoria, mai scissorio, mai ambivalente, mai conflittuale, mai angosciante e angosciato, mai “mortificante” anche se mai perfetto e infallibile....

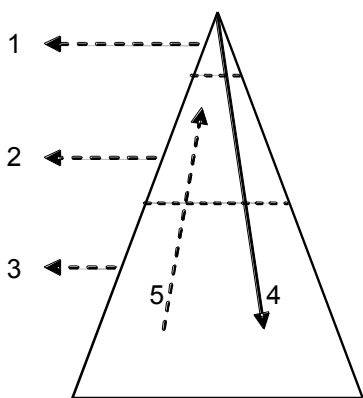
Si propone come uno dei problemi centrali di tipo istituzionale-comunitario *la Collaborazione e/o la corresponsabilità* per cui, di seguito, si riporta la rappresentazione del problema con il “Modello piramide” e con il “Modello cerchio o mosaico”. Si focalizzano argomenti come: il conflitto interprofessionale e l'operatività integrata; la presa in carico di équipe integrata e operativa sul caso clinico, in solido....

Per quanto si è detto e si dirà, è assiomatico che il piano riabilitativo individuale o, più frequentemente, il piano abilitativo-riabilitativo individuale sono sempre il risultato di interventi integrati. **(N.4).**

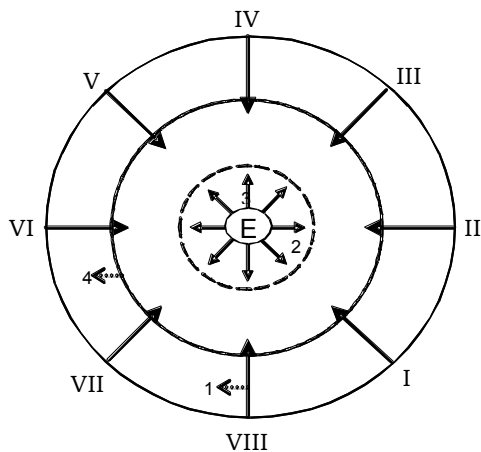
A – Modello piramide

Il “potere istituzionale”: è rappresentato da una piramide costruita sui rapporti istituzionali, mediati dalla uniresponsabilità.

- 1-Responsabilità di vertice sostanzialmente unica.
- 2-Fascia di collaboratori intermedi, professionali.
- 3-Fascia di collaboratori di base, esecutori.
- 4-Linea del potere istituzionale, dall'alto al basso.
- 5-Linea della possibile, auspicabile proposta dal basso all'alto.



B – Modello cerchio



Il “potere interrelazionale” – professionale e sempre istituzionale, rappresentato da un cerchio o mosaico.

Il cerchio esterno rappresenta i rapporti interrelazionali tra tutti i soggetti della Istituzione-Comunità (è la *pluriresponsabilità professionale e relazionale*).

Linee sicure e competenti di 8 ipotetici membri dell'equipe integrata, responsabili per la propria competenza professionale e per il ruolo istituzionale riconosciuto ed esercitato (I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII).

Funzione molto opportuna di coordinamento propria del leader relazionale e/o istituzionale se l'equipe è in grado di elaborare tale funzione istituzionale (cerchio grande collegato con gli 8 componenti l'equipe – -->4).

Ambito ampio e duttile dell'equipe propositiva, diagnosticante, presente (cerchio piccolo tratteggiato). Linee sicure operativo-decisionali dell'equipe integrata (E) verso ciascun operatore attivo (→3).

2° giornata: Presentazione del metodo con utilizzo di schemi, di slides, di interlocuzioni spontanee e guidate: v. *il cap. 5° e cap.6°-I*.

3° giornata: Applicazione dell'Osservazione interpretativa : parte teorica, parte strumentale e parte applicativa; particolare attenzione al “metodo diaristico per la registrazione” e alla “codifica delle registrazioni”; presentazione e discussione di casi clinici. v. *Capitolo 6°, I-II-III*.

4° giornata: Conclusioni provvisorie:

1°: Conversazioni sulla seconda giornata di aggiornamento con l'applicazione della “osservazione interpretativa” intorno ai profili clinici riportati dai partecipanti. v. *Capitolo 7°*.

2°: *La funzione educativa*

– L'educare in quanto proporre regole, insegnare, imporre comportamenti... certamente per il bene del paziente e/o dell'Altro, è una semplice strutturazione esterna della relazione educativa che, in realtà, è sempre un “apprendere reciproco” (W.Bion) che implica l'ascoltare, l'empatizzare, il simpatizzare, il sintonizzarsi da una posizione adulta o “mentale” tra soggetti coinvolti nel processo educativo (v. riferimenti nei *Frames* in Cap.2°-2, 3 K.Kaye).

– Il paziente è “un assoluto” nella sua esistenza “buona” o piacevole e positiva, lo è anche se immerso nella complessa psicopatologia, se ha un suo limite o fragilità o malattia, comunque ha o avrà suoi “simboli di vita” che incontrano o scontrano con quelli dell'operatore; si può ricordare la datata teoria pedagogica sul bambino come “tabula rasa” che si distanzia dalla “maieutica” di Socrate; si possono ricordare molte definizioni di educazione come intervento di adulti che plasmano, plagiano, costringono... rispetto a ruoli certamente corretti, rispetto ad obiettivi socio-

culturali e/o individuali probabilmente giusti ma che necessitano comunque di introiezione e di elaborazione, se possibili, da parte dell'Io.

– L'educatore “apprende” dal paziente che è “Altro”, cioè che “è quello che è” (N.5): egli “apprende” recuperando propri canali comunicativi, apparentemente e/o realmente deprivati in quanto poco razionali, di tipo corporeo, sensoriale, motorio, affettivo, fantastico, emotivo, immaginativo e cognitivo con simpatia, con sintonia e con disponibilità di “regressione” in quanto ritorno alla propria esperienza infantile e fragile ma anche “assoluta”; “apprende” la sofferenza mentale portata dal limite “innaturale” della malattia per il paziente e per l'educatore; “*apprende*” la *posizione mentale “buona” e “distaccata”*, cioè di segno piacevole e positivo, rispetto ai coinvolgimenti e alle reazioni di ogni tipo come: meccanismi difensivi, resistenze, agiti di varia qualificazione, reazioni spesso angosciate, costrittive, vendicative... ma anche rispetto a modelli culturali e scientifici auspicabilmente positivi e conseguenti a reale e quotidiana ricerca.

Sembrano opportune le seguenti tre sottolineature finali:

– *la “educabilità”* in quanto spazio di evoluzione possibile, graduale e quotidiana dell'Io all'interno di relazioni contenitive reciproche: è una espansività educativa da valutare, da ricercare, da dimostrare quotidianamente e tecnicamente da parte di tutti i profili operativi;

– *la proposta di “regole”* contenitive, di norme “buone” implicanti cioè l'esperienza soggettiva di buona utilità delle regole: poche, precise, positive e sempre più evidenti o comprensibili per tutto lo staff, in funzione degli assistiti e in proporzione al loro sviluppo: in ambito medico, in ambito psicologico, in ambito relazionale ed esecutivo-comportamentale (v. un riferimento in *Rappresentazione nei Frames* nel Cap.2°-2, 8, K.Kaye);

– *la relazione educativa “buona”* che viene sperimentata in un ambiente contenitivo-transizionale: la gravità, per fortuna, talvolta, comporta “il viverci beatamente dentro” una Madre buona, un operatore-educatore positivo, un ambiente accudente-transizionale: questo tipo di ambiente facilita un passaggio forte ed evolutivo, dalla simil-simbiosi allo stare nella transizionalità anche in un clima sereno, disteso, positivo, seppure talvolta in una forma di “silenzio nirvanico”, frequente nelle gravi patologie: tutti gli operatori della comunità-istituzione sono partecipi di relazioni difficili e sempre da adattare, reciproche, significative e positive per gli utenti e da comunicare reciprocamente.

L'operatore sanitario in particolare infatti è continuamente sottoposto allo stress con ogni manifestazione psicosomatica collegata, al “burn-out”...; perciò necessitano turn-over, aggiornamento, supervisione....

3° – *Una proposta operativa*

Rispetto a problemi relazionali, D. Stern propone *la microanalisi analitica* per facilitare la Madre a rendersi conto di che cosa avviene in particolari scambi di gioco o di altro tipo tra lei e il bambino: questa tecnica le dovrebbe servire per rendersi conto di problematiche interattive che sorgono dalle connessioni del suo mondo interno affettivo e rappresentazionale con le sue condotte verso il figlio.

Per estensione e per adattamento, potrebbe essere utile che l'operatore e/o l'équipe integrata, se integrata, si pongano alcune domande sui comportamenti con un paziente, con un gruppo-reparto e nella comunità-istituzione: il momento di maggiore e/o più significativa problematicità; il modo di agire-reagire in quel momento con riferimento esplicito alle appercezioni, agli affetti, alle emozioni, alle immaginazioni, ai pensieri e alle azioni...; sulle diversità di "questo agire-reagire" rispetto all'agire-reagire in altri momenti simili precedenti...; sulle ipotesi sul futuro prossimo, anche rispetto alla operatività nel senso più largo. Questa proposta può essere utilizzata dal singolo, da diadi/terne di operatori, da un gruppo operativo integrato (N.6).

NOTE

[N.1: Si sostiene semplicemente che l'aggiornamento sul metodo osservativo proposto ***implica radicalmente la complessità sia esistenziale di ciascuno coinvolto nei processi di cure-care che sociale, culturale, organizzativa.***]

[N.2: Nella prima ipotesi, l'Istituzione-Comunità è "abbandonica" nell'accompagnamento dei pazienti nella quotidianità che include anche la morte; nella seconda ipotesi l'Istituzione-Comunità è un miraggio salvifico, isolato nella sua iperspecializzazione; nella terza ipotesi invece è "funerea" in quanto orientata a preparare la fine della esistenza (v. un collegamento diretto con quanto si dice circa l'Assunto di base Mortificazione, nel Cap.2°-9). In generale, sostenendo la necessità del continuo aggiornamento teorico e operativo professionale, si riportano alcuni contributi sulla "diversa abilità e/o sulla psicopatologia": v. la Ricerca finalizzata "*L'inserimento lavorativo degli adolescenti con handicap neuropsichico*" in A.Martini, T.Cappelletto et al.; v. alcune Comunicazioni di gruppo in convegni scientifici come: – AA.VV. ('90): "*Psicopatologia e attività occupazionale in un centro di riabilitazione*" in Atti Congresso internazionale "Personalità e psicopatologia", pp.151-154, ETS, Pisa; – AA.VV. ('90): "*Evoluzione della struttura borderline durante il ricovero in internato*" in Atti, come sopra, pp.227-231; – AA.VV. ('90): "*Lo sviluppo cognitivo nella sclerosi tuberosa: studio longitudinale di un caso clinico*" in Atti Congresso nazionale "Malattie muscolari e ritardo mentale", p.197; – AA.VV.('90) "*Schema corporeo, profilo cognitivo, organizzazione visuo-spaziale: uno studio in soggetti adolescenti insufficienti mentali*" in Atti Congresso nazionale "Neuroni, Mente e Corpo", Perugia; – T.Cappelletto('91): "*Un luogo per crescere: la istituzionalizzazione degli handicappati in prospettiva psicopedagogica*" in "Pedagogia clinica" 11; AA.VV. ('91) "*Uno strumento per la valutazione della comunicazione in una classe sperimentale per soggetti istituzionalizzati*" in Atti Convegno "Apprendimento e patologia neuropsichica nei primi anni di scuola", ETS, Pisa; – AA.VV. ('91) "*Un'esperienza educativa con un gruppo di adolescenti in ricovero residenziale*" in Atti, come sopra; – AA.VV.('91) "*Evoluzione degli aspetti neuropsicologici in due casi con sindrome dell'x-fragile*" in Atti Convegno di Neurologia dell'età evolutiva, Roma; – T.Cappelletto ('91) "*Dal vissuto corporeo all'immagine di Sé: note per un percorso educativo terapeutico integrato*" in "Pedagogia clinica", 12.]

[N.3: La complessità, anche terminologica, di quanto si sta dicendo, trova la sua esplicitazione nel Corso di aggiornamento mediante la conversazione, la presentazione e la discussione condivisa di “casi clinici”...]

[N.4: Ad esempio, “*la firma*” dei “piani operativi di diagnosi e di intervento” implica la responsabilità diretta di ogni profilo professionale per la sua competenza, avendo ciascun piano operativo sempre un significato istituzionale-normativo-formale e specialmente clinico sempre polivalente.]

[N.5: È necessario tenere presente che ci si riferisce anche all’*apprendere cognitivo* (J.Piaget) ma particolarmente all’*apprendere esperienziale* (W.Bion)]

[N.6: *La proposta pare opportuna per l’adozione di modalità operative “mentali” proprie di ogni comunità-istituzione sanitaria terapeutica che deve esercitare cure e cure per il massimo di benessere e per il minimo di malessere di ogni soggetto assistito: a livello comunitario-istituzionale organizzativo, a livello di équipe pluriprofessionale operativa, a livello individuale per ciascun operatore attivo di campo. V. anche P.Masoni (a cura di).*]

II. Ricerca di équipe pluriprofessionale sulla “Comunicazione di 7 soggetti diversamente abili”: la prevenzione quaternaria

Si riporta una sintesi dell’attività osservativa di un gruppo di lavoro che ha collaborato per due anni in una Unità Operativa Residenziale di un “ Istituto Scientifico di ricovero e cura” (IRCSS) che ha la mission istituzionale di cura neuropsichiatrica dell’infanzia e dell’adolescenza e di ricerca (N7). *Il progetto globale sottostante era quello di definire interventi pluriprofessionali a favore dei 60 pazienti circa, portatori di patologie medio-gravi organiche, neuropsichiche e mentali; il progetto è stato una dimostrazione lineare della opportunità applicativa della “prevenzione quaternaria” che cerca modi reali di intervento sanitario per evitare al massimo gli aggravamenti della situazione clinica, sia nella componente organica che in quella mentale, stabilizzando, per quanto possibile, i pazienti in un “sufficiente benessere”.*

Risulta sempre più abbondante la letteratura, sia nazionale che internazionale, sui contesti di convivenza e/o di riabilitazione e di educazione quali la famiglia naturale, il gruppo, la comunità-istituzione residenziale, l’istituzione ospedaliera in suoi risvolti essenziali “umani”, la residenza assistita.... Questa abbondanza di studi teorici e sperimentali – v. anche la bibliografia generale – sottolinea due elementi costitutivi delle azioni sanitarie e cioè *la pluriprofessionalità e la contestualità*: di conseguenza si impongono anche nuove tecniche osservative, di ricerca e di verifica.

Nell’anno 1989-1990 fu somministrato ad un gruppo di degenti il test B.A.B. (Behavioral Assessment Bathery): risultò una sostanziale saturazione di tutti gli items anche da parte di pazienti “medio-gravi” per le abilità intellettive, ma le batterie di stimoli sulla comunicazione risultarono in

gran parte insature. Perciò, lo stesso gruppo di ricerca, nell'anno successivo, pose *particolare attenzione sulla comunicazione all'interno di un gruppo-classe di scuola elementare interna pubblica*; gruppo formato da sette adolescenti con diagnosi differenti di handicap neuropsichico e proveniente da reparti diversi della stessa Unità Operativa.

I ricercatori erano coinvolti, a vario titolo, nell'esperienza istituzionale-comunitaria contestuale dei sette soggetti sperimentali, in base alla loro attività professionale e alla frequentazione costante: conoscevano la modalità comunicativa di ciascun componente il gruppo e trovavano che il loro "linguaggio" era coerente con i livelli evolutivi maturati: esprimeva sempre e comunque bisogni soggettivamente importanti ma non risultava facile da comprendere nella qualità e/o nella intenzionalità comunicativa. *Rimaneva cioè frequentemente aperto un problema di comprensione di quello che "davvero" essi volevano dire-esprimere-richiedere-nascondere...*; c'era l'esigenza di sufficiente aderenza dell'operatore nel rispondere, nell'avere la sicurezza professionale della sua comprensione e della adeguatezza delle risposte; c'era la necessità di individuare un punto di reciprocità comunicativa sicura e utilizzabile per un progetto efficace, individualizzato di riabilitazione e/o di abilitazione anche comunicativo-linguistica.

Il contesto quotidiano, anche per gli aspetti comunicativi, sembrava mettere in scacco le varie professioni coinvolte e, talvolta, sembrava che la comunicazione operatore-paziente si invertisse nel senso che l'operatore poteva non recepire messaggi semplici del paziente che, a modo suo e per i suoi bisogni vitali, insistentemente proponeva e riproponeva all'operatore (N.8). In realtà, è veramente notevole la quantità di "energie" impiegate nei vari interventi professionali e specialistici sul versante della osservazione e/o della "visita", della diagnosi, della terapia, della riabilitazione, della educazione trasformativa... verso i pazienti. È parso necessario "migliorare sempre" questi vari interventi per avere la certezza sufficiente di avere colto la comprensione reciproca "quella possibile e se possibile" e la simpatia con le emozioni, i bisogni sostanziali e i "significati soggettivi" degli individui che vengono "trattati" [e che "trattano"]: *questa sufficiente certezza viene considerata un pre-requisito di ogni intervento sanitario mono – pluri-professionale* (N.9).

Quindi la proposta di attivare una indagine sulla comunicazione aveva lo scopo sia di conoscere-riconoscere i pazienti nella loro complessità, nelle loro potenzialità e nei loro deficits per simpatizzare e per sintonizzarsi con loro, sia di incoraggiare la presuntuosa esigenza di contribuire per delineare una modalità osservativo-operativa consistente, dimostrabile e ripetibile per alcuni interventi settoriali e specialistici.

1 – Metodologia dell'intervento pluriprofessionale

a – *Rilevamento della situazione comunicativa contestuale o setting comunicativo contestuale.*

Lo schema cibernetico sul linguaggio ["input-output e feedback"] è risultato un utile strumento per rilevare la situazione complessiva che si crea in un evento comunicativo e/o in un

contesto comunicativo. Questo stesso schema essenziale lascia aperti evidenti varchi se si tiene presente che:

1 – l'evento comunicativo si svolge in una complessità esistenziale corporea, affettiva, emotiva, immaginativa, di significati e di pensiero che si è strutturata dinamicamente all'interno di una relazione profonda M-Bo, all'interno di un nucleo familiare o simifamiliare passato che aveva proprie reti interattive e comunicative di simboli e di significati sia soggettivi che condivisi e socio-culturali;

2 – lo stesso evento comunicativo si svolge attualmente in un contesto comunitario-istituzionale-sociale-terapeutico che propone condotte, simboli, significati e interpretazioni varie:

3 – sempre la stessa comunicazione passa attraverso ruoli, funzioni, organizzazioni diverse... con una quantità e qualità indefinibile di segni e di gesti mimico-facciali, di "linguaggi" e di comportamenti... che configurano un "*alone comunicativo*" estremamente complesso, ma essenziale per cogliere il "vero" senso-simbolo-significato della comunicazione intersoggettiva;

4 – evento comunicativo interindividuale-soggettivo che si svolge, oltre che in contesti comunitario-istituzionali, in tempi usualmente non-psicologici tra Io sani e Io malati, tra Io in cura e Io che curano (reti di comunicazione istituzionale-comunitaria)....

Possono quindi sussistere reali difficoltà comunicative profondamente interferenti con la possibilità di cogliere reciprocamente e con sufficiente "verità" *la comunicazione: indicata qui come base dinamica necessaria per possibili trasformazioni evolutive*. Si è perciò cercato di semplificare la situazione comunicativa offrendo ai pazienti alcuni strumenti di comunicazione.

Nel caso, *tutta la complessità di comunicazione linguistica viene ricondotta alla comunicazione interindividuale posta, figurativamente, lungo una linea bipolarizzata tra sintonia totale e distonia completa*.

Allo scopo quindi di valutare quantitativamente e qualitativamente la comunicazione all'interno di un gruppo-classe, è stata condotta una sperimentazione attraverso l'osservazione videoregistrata di differenti situazioni sperimentali.

b – Soggetti sperimentali

Si tratta di 7 ospiti di un Centro residenziale per la riabilitazione neuropsicologica, adolescenti e di tarda adolescenza, "*diversamente abili*" per le seguenti patologie diagnosticate:

1 – M.C. soggetto con insufficienza mentale media disarmonica; 15 anni e 7 mesi.

2 – G.S. soggetto con insufficienza mentale media disarmonica; 19 aa.

3 – M.B. soggetto affetto da psicosi autistica; 16 aa.

4 – A.B. soggetto con insufficienza mentale grave disarmonica; 19 aa. e 3 mesi.

5-G.M. soggetto con insufficienza mentale grave disarmonica ed epilessia farmaco-resistente; 24 aa. e 4 mm.

6 – G.N. soggetto con insufficienza mentale grave e sindrome di Down; 16 aa. e 7 mm.

7 – G.P. soggetto con personalità borderline e deficit cognitivo lieve; 19 aa. e 11 mm.

c – Situazione sperimentale dell’osservazione diaristica

c/1.1 – Ambiente

L’osservazione del gruppo si è svolta nella stessa aula scolastica da loro frequentata per influire il meno possibile sulle dinamiche antecedenti e attuali del gruppo rispetto alla osservazione; l’ambiente è stato reso relativamente spoglio con l’immissione di stimoli selezionati e noti a tutti: oggetti/situazioni controllate, uguali e di interesse per tutti.

Invece, l’osservazione individuale si è svolta in una stanza diversa per evitare prevedibili interferenze provenienti dalla situazione scolastica frequentata e comunque “movimentata”.

c/1.2 – Situazioni sperimentali

Si sono strutturate 4 situazioni sperimentali:

-situazione individuale spontanea (S.I.s.)

-situazione individuale guidata (S.I.g.)

-situazione gruppale spontanea (S.G.s.)

-situazione gruppale guidata (S.G.g.)

c/1.3 – Oggetti e situazioni-stimolo

a – nelle situazioni spontanee, sia individuali che gruppali, sono stati proposti stimoli coerenti con l’esperienza quotidiana dei singoli e/o del gruppo-classe;

b – nelle condizioni sperimentali guidate, sia individuali che gruppali, sono stati utilizzati stimoli – presumibilmente e per esperienza quotidiana degli operatori diretti – in grado di cogliere l’attenzione e/o l’interesse dei soggetti osservati per garantire e rinforzare *la intenzionalità*: è stata proposta una cassetta con giocattoli vari, in parte certamente preferiti dai singoli e in parte considerati come di largo uso; è stata pure proposta una semplice attività ludica con regole.

c/1.4 – Operatori diretti della ricerca sperimentale

– Un docente curricolare, sempre lo stesso e con sicure relazioni reciproche interindividuali-soggettive e/o gruppali, presente e “neutrale” nelle due situazioni spontanee; lo stesso docente, presente ma attivo solo per rispondere e/o per rimandare chiarimenti rispetto alle condotte attive, sia individuali che gruppali, per le due situazioni guidate;

– un secondo docente curricolare, sempre lo stesso per le diverse situazioni sperimentali, come osservatore non visto dietro il vetro unidirezionale (N.10).

c/1.5 – Tempo

Per ogni situazione sperimentale sono stati dedicati 15’ cronometrati; ogni minuto corrispondeva ad una Unità temporale (U.t.).

c/1.6 – Videoregistrazione

È stata garantita la videoregistrazione continua per l’intero tempo sperimentale. I due operatori diretti hanno registrato i dati osservativi nel “Protocollo di trascrizione eventi” in Unità temporali (UU.tt.), in Categorie (Cat.), in Unità contenutistiche (UU.CC.) e in Unità tematiche (UU.TT.) (N.11).

Si riportano due semplici esempi di trascrizione di dati osservativi, da completare e inseribili nelle successive 2 Schede sugli elementi non-verbali e verbali della comunicazione:

1° – **Nome: G.S.** età: 19aa. situazione: S.I.s. data: 21/5/'91

Categoria 17: Attività ludica simbolica (v. “Modulo inclusivo...” in Parte III, Cap.6°/II-II...)

Ut.	Attività=U.C.	Comportamento=U.T.	Int.com.o Com.
1'	Utilizzo ludico di giocattoli	S. apre la scatola e guarda dentro. Prende le forbici dal tavolo e fa il gesto di tagliare le unghie verso l'operatore...	Com. +
2'	continua	S. comincia a prendere un oggetto (una caffettiera) dalla scatola e dice “cocco”; non è però rivolto verso l'Insegnante	Com. –
3'	continua	.....	.....
4'	.....	.....	.....

Nota: L'osservatore si adegua al linguaggio di G.S., linguaggio “baby” (v.K.Kaye in Cap.2°, 2); G.S. è infatti disartrico e incontra notevoli difficoltà nella articolazione delle parole.

2° – **Nome: M.B.** età: 16aa. situazione: S.I.g. data: 22/5/'91

Categoria 5: Attività frutoria individuale (v. “Modulo inclusivo...”, cit. sopra.)

U.t.	Attività=U.C.	Comportamento=U.T.	Int.com.= Com.
1'	Costruire un edificio con le “Lego”	B. prende con le mani vari pezzi, li osserva, li manipola, li abbandona sul pavimento...	Com. o
2'	continua	B. non si inserisce in alcun modo nell'attività che gli viene riproposta; non gli interessa...	Com. –
3'	continua	.....	.....
4...	.....	.....	.....

Nota: M.B. presenta una modalità di comunicazione “a distanza”; è insofferente della vicinanza corporea, dell'attesa e di ogni richiesta diretta e direttiva da parte dell'operatore.

c/1.7 – Gruppo di osservatori-sperimentatori

L'intero gruppo di sperimentatori ha visto direttamente e rivisto attentamente tutta la videoregistrazione, tenendo presenti tutte le annotazioni scritte da parte dei due docenti. La loro registrazione è stata facilitata dalla precedente stesura, da parte del Gruppo per la ricerca (N.12), di uno “Schema tematico sulla comunicazione” sia non-verbale che verbale (I) e della collegata duplice “Scheda sugli elementi non-verbali della comunicazione” (II1) e “Scheda sugli elementi verbali della comunicazione” (II2).

d – Strumenti osservativi della Comunicazione: Schema tematico sulla comunicazione, 2 Schede sugli elementi non-verbali e verbali della comunicazione e altri strumenti di protocollo

d/I – “*Schema tematico sulla comunicazione non-verbale e verbale*”

A – Aspetti non-verbali

1 – *Sguardo*: a) sguardo assente; b) guardare fissamente una parte del corpo fermo o in movimento; c) guardare una parte del corpo altrui e non il volto; d) guardare negli occhi per contatto occhio-occhio; e) presenza della triangolazione dello sguardo; altro....

2 – *Mimica*: a) mimica indifferenziata di riconoscimento; b) mimica espressiva di riconoscimento; c) varietà di affetti-emozioni attraverso la mimica: piacere, dispiacere, supplica, minaccia, sorpresa, serenità, tristezza, disgusto, piacevole adesione, ansia, angoscia, ira, gioia, ilarità, paura, aggressività...; d) sorriso: assente, presente ma stereotipato, collegato a persone e/o a situazioni particolari, espressivo di sensazioni di piacere, “provocatorio” o di scarico di tensioni e/o di fantasie...; e) pianto...; altro....

3 – *Espressività corporea*: a) prossimità fisica; b) postura comunicativa; c) gesti comunicativi come mostrare, indicare, tirare una persona per le mani o per il vestito; d) imitare; e) riprodurre prassie complesse (N.13); altro....

B – Aspetti verbali

1 – *Linguaggio*: a) vocalizzi associabili a contenuti interni o a sensazioni prossime all’appercezione; b) linguaggio ecolalico; c) parola-frase; d) frase contratta (N.14); e) frase grammaticale; f) linguaggio sufficientemente espanso in quanto comprensibile nel contesto quotidiano; altro....

2 – *Funzioni del linguaggio*: a) strumentale, in quanto mezzo per soddisfare desideri o bisogni; b) fruttoria, perché forma immagini, scarica tensioni neuromotorie, produce effetti piacevoli; c) personale, in quanto espressivo della propria individualità-soggettività; d) regolativa, come controllo delle condotte proprie o altrui; e) interattiva, per stabilire reciprocità con altri; f) conoscitiva, in quanto richiestiva e produttiva di informazioni mediante “i perchè, i come, i dove...”; g) descrittiva...; altro....

C – Comunicazione in “A” e in “B”

Questo tipo di comunicazione ha la funzione di completare, arricchire l’interazione tra soggetti e con i soggetti osservati. Si propone questa semplice sequenza: a) comunicazione consapevole e reciproca; b) permanenza o coerenza con la situazione esperienziale e/o contestuale; c) introduzione di un argomento; d) mantenimento di un argomento (N.15); e) *turnazione negli interventi*; f) intonazione indicativa di stati d’animo, di risvolti affettivi come gioia, dispiacere, rabbia, ansia, paura... evidentemente collegabili a modalità e contenuti comunicativi; altro...(N.16).

d/III – Scheda sugli elementi non-verbali della comunicazione

– Obiettivo dell’osservazione: la comunicazione non-verbale in un gruppo di “soggetti diversamente abili”.

– Situazione sperimentale Soggetti [Gruppo] data

Individuale/Grupp. spontanea (S.I.s.) [S.G.s]

Individuale/Grupp. guidata (S.I.g.) [S.G.g]

<i>Elementi comunicat.</i>	<i>Qualità (*)</i>	<i>Dimensione</i>	<i>Comunicaz.</i>	<i>Livello</i>	<i>Altro</i>
1-Prossimità					
vicinanza					
distanza					
2-Contatti					
oculare					
corporeo					
3-Postura					
attiva					
passiva					
difensiva					
accentratrice					
4-Movimento					
manuale per					
afferrare					
toccare					
stereotipico					
scoordinato					
utilizzante la					
mano altrui					
imitativo					
veicolante emoz.					
deittico-indic.					
relazionale					
5-Sguardo					
diretto					
laterale					
evitante					
triangolante					

6-Espressione facciale-qualit. riso					
rabbia					
aggressività					
piacere					
altro					
.....
.....				

(*) Per “*qualità*” si intende la qualificazione aggettivale come sicuro, gioioso, teso, ossessivo, ansioso...; la *dimensione* si esprime con dA o dE o dC o dR (v. Cap.6°-I/3-IV e – III/III); la *comunicazione* esprime la consapevolezza comunicativa come presente “+”, come incerta “o” o come assente “-“(v. Cap.6°-I/3); il *livello* viene registrato rispettivamente come 1° o 2° o 3° o 4° o 5°(v. Cap.6°-I/VI); in “*Altro*” vengono stese annotazioni che l’osservatore ritiene opportune.

Osservatore/i

.....
.....

d/II2 – Scheda sugli elementi verbali della comunicazione

– Obiettivo dell’osservazione: la comunicazione verbale in un gruppo di “soggetti diversamente

abili”

– Situazione sperimentale Soggetti [Gruppo] data

Individuale/Grupp. spontanea (S.I.s) [S.G.s]

Individuale/Grupp. guidata (S.I.g.) [S.G.g.]

<i>Elementi com.</i>	<i>Qualità</i>	<i>Dimensione</i>	<i>Comunicaz.</i>	<i>Livello</i>	<i>Altro</i>
1-Presenza frase, parola,bitrisillabo lallazione,vocalizzo					
2-Selezione argomento (a)					
selez. gesto (b)					
selez.oggetto (c)					
3-Mantenimento					

di (a)					
di (b)					
di (c)					
4-Cambio di (a)					
di (b)					
di (c)					
5-Turnazione					
con(a)					
con (b)					
con (c)					
6 – Risposte					
7 – Pause					
8 – Riprese					
9-Sovrapposizione					
di (a)					
di (b)					
di (c)					
10-Interruzione					
di (a)					
di (b)					
di (c)					
11-Caratteristiche					
comunic.verbale					
continuità tematica					
contingenza tematica					
quantità verbale					
accuratezza- specificità					
sequenzialità					
parola confer- mante l'azione					
azione confer- mante la parola					
variazione: dal verbale al mimico					

e inverso					
ecolalia					
12 – Colorazione emotiva					
13 – Feedback*					
14 – Aspetti paralinguistici					
– tono					
– prosodia					
15-Altro					
.....

(*): *Feedback* qui inteso come influenza dell’esperienza comunicativa precedente su quella attuale e di quella attuale sulla successiva produzione verbale e/o non-verbale.

Osservatore/i.....

.....

d/III – Altri strumenti di protocollo

III.1 – la “Scheda guida sulla comunicazione” (N.17);

III.2 – il “Protocollo di trascrizione degli eventi” (N.18);

III.3 – il “Protocollo di codifica degli eventi comunicativi” (N.19).

Si fanno tre precisazioni sintetiche:

1 – La “Scheda guida sulla comunicazione” è suddivisa in tre parti:

I – Elementi non-verbali: *sguardo* in 5 manifestazioni; *mimica* in 5 manifestazioni; *espressività corporea* in 5 manifestazioni; altro...;

III – Elementi verbali: *linguaggio* in 6 articolazioni + altro...; *funzioni del linguaggio* in 7 articolazioni + altro...;

II2 – Comunicazione in I e in II: in 6 situazioni + altro...

2 – Il “Protocollo di trascrizione degli eventi” è necessario per raccogliere le osservazioni, anche con il supporto della videoregistrazione, circa le 4 situazioni sperimentali: individuo/gruppo, spontaneità/guida, rispettivamente siglate con S.I.s., S.I.g. e S.G.s., S.G.g.. Gli eventi comunicativi e non-comunicativi sono stati descritti in *Unità di tempo*, cioè il minuto; ne sono state colte tre caratteristiche essenziali o *Dimensioni*, cioè motoria, affettivo-emotiva e rappresentativa – sufficientemente consapevole oppure no-; è stata valutata la *Comunicazione* come presente oppure incerta oppure assente, cioè “+”, “o”, “-“; si sono aggiunte infine altre eventuali sigle che, per brevità, non si riportano in questa sintesi (N.20).

3 – Il “Protocollo di codifica degli eventi comunicativi” è opportuno per unificare le valutazioni degli osservatori circa le condotte e specialmente circa la consapevolezza comunicativa dei soggetti sperimentali in ciascuna situazione indotta e controllata per la rilevazione.

2 – Elaborazione di dati sul gruppo e profili di 2 “soggetti diversamente abili”

Utilizzando i tre tipi di materiale cartaceo, appena indicati in 1, 2, 3, si sono ricavati dati quantitativi sufficientemente precisi e trasformabili in grafici e disponibili per calcoli statistici: con l’obiettivo finale di dare un contributo a possibili ed efficaci interventi sanitari trasformativi.

In questa sede, si osserva solo come anche la quantificazione delle Unità tematiche faciliti la possibilità di cogliere diversi aspetti della comunicazione; per semplice elenco, si può osservare la relazione con l’adulto, con i coetanei, con il gruppo... le modalità di reazione rispetto a stimoli indotti con oggetti e/o con situazioni sperimentali... la facilitazione o la inibizione di interessi legati ad alcuni oggetti preferiti e/o indifferenti....

È stato quindi possibile ottenere dati quantitativo-comunicativi su ciascun soggetto, secondo i seguenti parametri:

- 1 – Tempo Comunicativo Totale di 60’ (T.C.T.);
- 2 – Tempo Comunicativo Totale Individuale di 30’ (T.C.T.I.);
- 3 – Tempo Comunicativo Totale Gruppale di 30’ (T.C.T.G.);
- 4 – Rapporto tra T.C.T.I. e T.C.T.G. su 30’/30’;
- 5 – Rapporto tra T.C.I.s. e T.C.I.g. su 15’/15’;
- 6 – Rapporto tra T.C.G.s. e T.C.G.g. su 15’/15’(N.21).

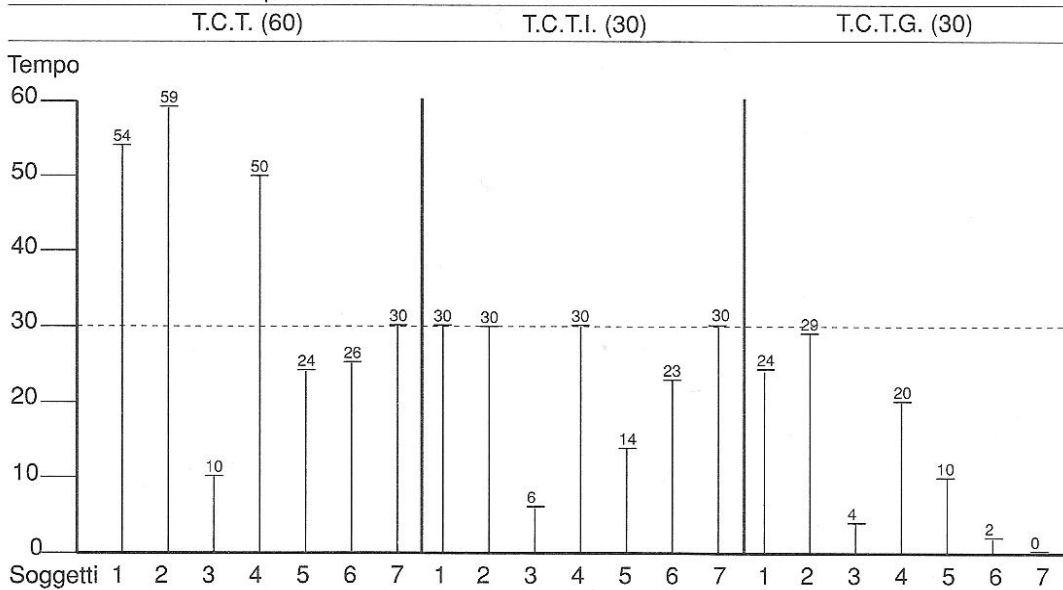
1 – Dati su ciascun individuo sperimentale

A questo punto è possibile esporre i dati individuali dei “tempi comunicativi” in tabella:

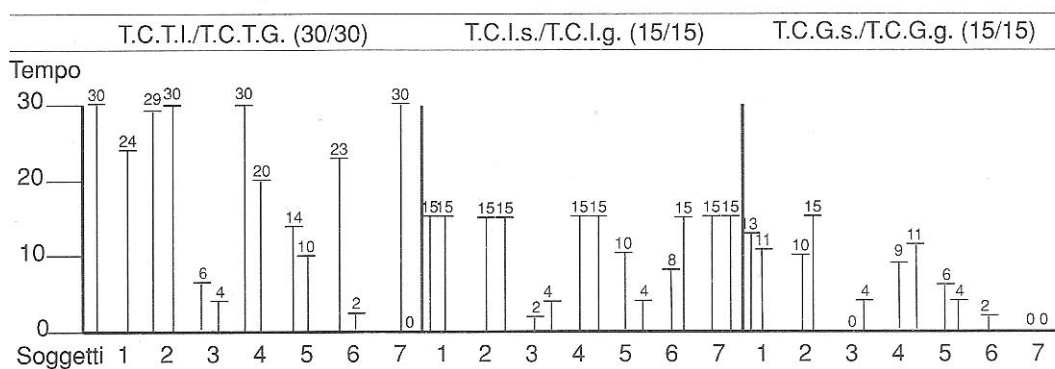
<i>Sogg.</i>	<i>T.C.T.</i>	<i>T.C.T.I.</i>	<i>T.C.T.G.</i>	<i>T.C.T.I./ T.C.T.G</i>	<i>T.C.I.s./ T.C.I.g.</i>	<i>T.C.G.s./ T.C.G.g.</i>
1 MC	54/60	30/30	24/30	30/24	15/15	13/11
2 GS	59/60	30/30	29/30	30/29	15/15	14/15
3 BM	10/60	6/30	4/30	6/4	2/4	0/4
4 BA	50/60	30/30	20/30	30/20	15/15	9/11
5 GM	24/60	14/30	10/30	14/10	10/4	6/4
6 GN	25/60	23/30	2/30	23/2	8/15	2/0
7 GP	30/60	30/30	0 rif.	30/0	15/15	0/0
<i>Tot.</i>	252 : 420	163 : 210	89 : 210	163/89:210/210	80/83: 105/105	44/45 : 105/105

2 – Dati individuali dei “tempi comunicativi” e loro visualizzazione in istogramma:

Visualizzazione dei tempi comunicativi

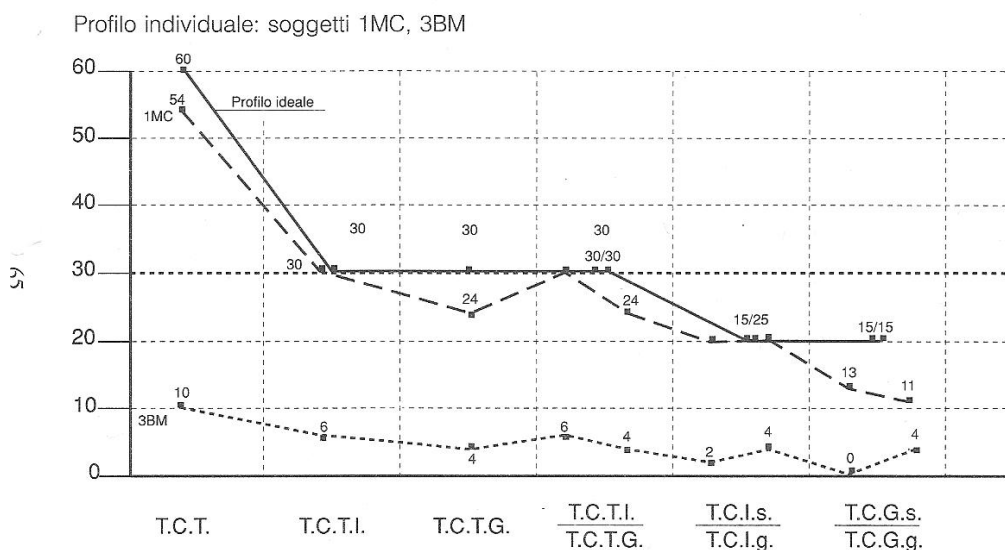


Visualizzazione dei tempi comunicativi



Nota: L’istogramma dei “tempi comunicativi” è la rappresentazione dei dati presenti nella precedente tabella.

3 – Grafico dei profili individuali dei “tempi comunicativi” di due soggetti, confrontati con il “profilo ideale comunicativo” dei 7 soggetti considerati come gruppo:



Nota: Il grafico dei due profili comunicativi individuali di MC e di BM, rispetto al “profilo ideale del gruppo”, mette in evidenza l’elevata diversità di tempi comunicativi tra i due individui sperimentali.

4 – Commento sul tipo di comunicazione di MC e di BM

In base ai criteri adottati nella nota 20, rispetto all’andamento del profilo ideale della comunicazione sia individuale che di gruppo, si sono riportati solo i due profili di MC e di BM che inducono ad alcune osservazioni:

I – **MC** ha una modalità di comunicazione “sufficiente” in ogni situazione sperimentale proposta; ha una comunicazione più produttiva nel rapporto individuale rispetto al rapporto di gruppo e/o sociale (30/24); la sua comunicazione tende a diminuire maggiormente nel gruppo guidato (13/11).

Nell’attuale situazione clinica del soggetto, sembra quindi importante programmare “interventi sanitari” prevalentemente imperniati sulla relazione intersoggettiva: questa sembra dare relativa sicurezza soggettiva a MC anche nelle attività di gruppo; queste ipotesi sembrano utili per “la presa in carico relazionale” e per successive verifiche; risulta evidente la prospettiva di prevenzione quaternaria.

II – **BM** ha una modalità di comunicazione “molto problematica” e, in parte, “assente”; si apprezza il fatto che essa è leggermente presente nel rapporto individuale (6/30) ed è appena presente nelle situazioni guidate.

Attualmente, sembra quindi necessario lasciare BM in un suo spazio esistenziale, inviando comunque leggeri messaggi comunicativi che, con evidenza, egli possa accogliere; la situazione di gruppo, sia spontanea che guidata, sembra attualmente spingerlo verso comportamenti “difesi”, evitanti e talvolta rigidi di tipo autistico.

È sicuro che *quanto si è evidenziato per MC e per BM è frutto di interpretazioni soggettive ma anche di équipe pluriprofessionale che le rende in qualche modo “oggettive”*; i profili comunicativi dei 7 singoli individui e del gruppo nel suo insieme, se analizzati nel dettaglio delle quattro situazioni sperimentali, *evidenziano una complessità di reti e di modi comunicativi più o meno consapevoli che implicano, a vario titolo, tutti i soggetti sperimentali e tutti gli operatori sanitari che “interpretano”, in quanto portatori di verità soggettive, simboliche, sociali e professionali, le comunicazioni altrui in sintonia-distonia-dissonanza... di tipo rappresentativo e in simpatia-empatia-antipatia... di tipo affettivo-emotivo con le proprie comunicazioni; è questa elevata complessità di partenza che costituisce la base sia dinamica che rappresentativa di interventi sanitari abilitativo-riabilitativi, di diagnosi, di “prese in carico relazionali”, di terapie, di ripetute osservazioni interpretative di campo... che possono risultare “comunicazioni interindividuali-soggettive” positive e/o negative, evolutive e/o involutive, portatrici di benessere e/o di malessere; rimane sempre aperta, per singoli operatori e particolarmente per l'équipe intera, l'interpretazione dinamica dei comportamenti in vario modo “quantificati”*.

Per l'assioma proposto e in parte dimostrato in tutto il Manuale, le trasformazioni evolutive sono possibili sempre e solo nelle relazioni interindividuali-soggettive reciproche, positive e piacevoli, similsimbiotiche (N.22): di conseguenza ogni “azione sanitaria” è una comunicazione interindividuale-soggettiva positiva.

3 – La “comunicazione interindividuale-soggettiva”

I dati riportati nella tabella e trasformati in grafici e in profili sono una parte ridotta di una quantità di elementi informativi raccolti mediante l'osservazione sperimentale ed interpretativa sulla comunicazione di 7 “soggetti diversamente abili” (N.23).

In una lettura complessiva della comunicazione dei 7 soggetti, si osserva:

– il *T.C.T.I.* è il 78% del *T.C.T.* mentre il *T.C.T.G.* è il 42%: cioè nelle attività di gruppo, in generale, il soggetto singolo, “diversamente abile”, pare si manifesti con comportamenti comunicativi quasi dimezzati;

– il rapporto tra il *T.C.I.s.*(76%) e il *T.C.I.g.*(79%) evidenzia un sostanziale equilibrio prestazionale-comunicativo sia nella spontaneità che nell'ambito di attività guidate: queste sembrano favorire leggermente la comunicazione: la variabile prevalente, nelle attività gruppali, pare sia comunque la comunicazione interindividuale-soggettiva;

– il rapporto tra il *T.C.G.s.*(42%) e il *T.C.G.g.*(43%) evidenzia un sostanziale equilibrio prestazionale dei soggetti; il contesto gruppal sembra inibire una elevata quantità di comunicazioni soggettivo-individuali di soggetti con accentuate difficoltà psicofisiche.

La struttura sanitaria residenziale curante ha il gravoso compito di operare, mediante interventi realmente abilitativo-riabilitativi per il soggetto integrale, in ordine alla salute e al benessere. Il materiale raccolto con la ricerca sulla comunicazione è servito per avere a disposizione dati sufficientemente oggettivi e ripetibili per ulteriori e più dettagliati “piani di intervento”, con particolare attenzione alle capacità residue che possono evolvere verso intenzionalità, verso simbolizzazione sempre più positiva e quindi verso forme di significazione sempre più consapevole; il trattamento dei *déficits* rimane sempre fondamentale.

Si è ricercato sulla **comunicazione** in quanto, per se stessa, è un evento interrelazionale umano; essa è, per definizione, sempre una esperienza intersoggettiva, reciproca, basilare, più-meno-per niente consapevole, integrale, positiva e/o negativa, portatrice di benessere e/o di malessere... dalla nascita in poi. Essa assume modi espressivo-comportamentali, significati e simboli sempre più differenziati nelle fasi evolutive dell’Io. All’origine, è intrauterina, poi è extrauterina intercorporea contattuale, poi intercorporea a distanza; essa è prima interindividuale e poi anche inter-soggettiva e utilizza “mediatori” sempre più evoluti come la corporeità, l’affettività piacere-dispiacere, l’amore-odio... l’emotività nelle sue più varie qualificazioni come specificazioni dell’affetto... la immaginazione più o meno coerente con le esperienze registrate in memoria... il “simbolo” in quanto “esperienza soggettiva verificata”... il “significato vero” sia individuale che sociale o condiviso, specialmente nelle varie forme elaborate del “pensiero” e del “linguaggio”.

Il “linguaggio”, nelle sue articolazioni di “comunicazione corporea”, di “comunicazione dei segni e delle parole (A.Imbasciati, K.Kaye...), può esprimere sempre e comunque un vero evento comunicativo interindividuale-soggettivo ma può anche escludere, “nevroticamente” e/o peggio “psicoticamente”, ogni intercomunicazione tra soggetti – “normali” e/o “anormali” – esaltando in questo caso *un bisogno reattivo e compensatorio anti-comunicativo che necessita di interpretazione “buona” e di trasformazione evolutiva anche da parte dei servizi sanitari*; talvolta, sembra che la stessa “presunta oggettività scientifica” escluda le modalità intercomunicative proprie dei “soggetti diversamente abili”... forse per motivi profondi legati anche ai fenomeni culturali di cui si è parlato.

In ottica psicodinamica, clinica, l’ultima affermazione apre ipotesi “preoccupanti” circa le possibilità reali di intervento evolutivo-trasformativo sulla patologia anche severa e sulla salute sia corporea che mentale. *La stessa attività di équipe pluriprofessionale è integrata e potenzialmente evolutivo-trasformativa se le professionalità specifiche operano nella comunicazione reciproca, intersoggettiva, positiva e piacevole; ugualmente per la comunità-istituzione.* Il razionale di queste due asserzioni sta nel fatto che la possibile trasformazione evolutiva pare dipenda dinamicamente dal “senso soggettivo esistenziale e relazionale” sufficientemente buono, dai simboli e dalle verità soggettive positive e piacevoli (v. anche il successivo cap.5°).

Il metodo osservativo proposto e qui applicato al tema della comunicazione tra “soggetti portatori di disabilità gravi” sembra abbia la capacità di rispettare e di sfruttare la contestualità quotidiana nella sua complessità, raccogliendo informazioni dettagliate e ripetibili su soggetti

sperimentali nella loro “life history” e nella loro totalità esistenziale; e questo, per la stesura di progetti di “cura” e di “care” sempre più mirati, sensibili ed efficaci per trasformazioni positive della esistenza di soggetti-individui in gravi difficoltà.

NOTE

[N7: *Il gruppo di ricerca* era formato da una Neuropsichiatra, da una Terapista della riabilitazione del linguaggio, da una Educatrice, coordinato da uno Psicologo e integrato da un Pedagogista universitario e da due Insegnanti statali con diploma di “Scuola ortofrenica.”]

[N.8: Nei contesti di tipo sanitario, anche per gravità psicofisiche e/o neuropsichiche, risulta che il paziente, se è “libero”, esprime comunque un suo parere circa la mancanza di intelligenza del suo “curatore”, utilizzando un suo linguaggio oppure gesti particolari come il portare l’indice alle tempie e scuotendo il capo per dire “Non capisce proprio niente!”.]

[N.9: Più volte, il gruppo di ricerca ebbe modo di rilevare che l’intervento sanitario, anche specialistico, si caratterizzava spesso per auto-referenza, per settorialità, per generalizzazione del “nucleo patologico” verso l’Io che diventava un “soggetto tutto malato”, per trattamenti focalizzati senza la possibilità di “relazionare” con la soggettività intera e/o con l’apporto integrato pluriprofessionale...; con il pericolo di perdere l’elemento sostanziale della individualità-soggettività che comporta “qualità corporea”, emozioni, simboli, potenzialità evolutive cioè “verità soggettive”.... Nell’**ipotesi positiva**, assiomatica che *tutti i soggetti in comunicazione umana si siano strutturati in un rapporto originario di reciprocità simbiotica M-Bo, la comunicazione intersoggettiva reciproca è l’evento esperienziale vero, similsimbiotico e potenzialmente evolutivo-trasformativo*: implicante cioè radicalmente la corporeità dei due soggetti al loro livello di sviluppo, la loro affettività, la loro emotività, la loro attività di immaginazione, i loro simboli, la loro verità soggettiva e quella condivisa-sociale-oggettiva, in quanto consapevole e/o in quanto dicibile per il contesto sociale-culturale-morale-giuridico... e per i rapporti di forza-competenza-ruolo; v. necessariamente i precedenti Capitoli 1° e 2°]

[N.10: I docenti statali, con titolo professionale ortofrenico, avevano raggiunto un sufficiente grado di familiarità con il metodo osservativo mediante una adeguata informazione formativa.]

[N.11: Il “Protocollo di trascrizione” è in T.Cappelletto’92, pag. 105, con un esempio di trascrizione a pag. 95 dello stesso volume. **L’Unità tematica (U.T.)**, come viene detto nel Cap.6°-6/I,3 può essere definita come **l’azione “compiuta”**, più o meno spontanea e/o intenzionale e/o consapevole e con maggiore o minore contenuto comunicativo; azione che dura uno o più minuti; azione che può essere individuale oppure condivisa in diadi e/o nel gruppo. Nel Manuale, parte III-Applicativa, lo strumento elettivo per raccogliere dati osservativi è la “Scheda per l’Osservatore/registratore” in Cap.6°, V e in All.3.]

[N.12: il Gruppo di ricerca era formato dallo scrivente Psicologo, dalla Neuropsichiatra Dr. I. Bernazzani, dal Pedagogista universitario Dott. F. Braccini e dalla Educatrice Dr. L. Brunetti; v. anche T. Cappelletto ('92) pagg. 98-99 .]

[N.13: Per *prassia* si intende una sequenza di almeno tre azioni (UU.TT.), collegate da intenzionalità e/o da una iniziale consapevolezza in una forma di “pensiero debole”.]

[N.14: La *frase contratta* è la combinazione appropriata di almeno due parole con la certezza della presenza del verbo, anche se sottinteso.]

[N.15: Il “*mantenimento*” di un argomento include almeno una sequenza di unità tematica-risposta-unità tematica; v. in particolare K. Kaye Cap.2°-2.]

[N.16: Nel Manuale, si ritrovano gli stessi argomenti nel “Prospetto dei dati osservativi sulla comunicazione”, Cap.6°, parte III-X e All.8.]

[N.17: v. Allegati 7 e 7bis 1,2,3,4 in T. Cappelletto ('92) pagg. 98-103; questa “Scheda guida” è l'attuale “*Schema tematico sulla comunicazione*” con le due “*Schede sugli elementi non-verbali e verbali*” appena riportate sopra.]

[N.18: v. Allegati 8 (pagg.104-105) e 9 (p.106) in T. Cappelletto ('92); nel Manuale, gli equivalenti sono: la “*Scheda per l'osservatore non-partecipe*” e la “*Scheda per l'osservatore/registratore*” del Cap.6°, parte III, rispettivamente IV e V con gli *Allegati nn. 2 e 3.*]

[N.19: v. Allegati 10 e 11 alle pagg. 107 e 108 di T. Cappelletto, op. cit.; gli equivalenti del Manuale si ritrovano nel Cap. 6°, parte III,VI: “*Scheda per i codificatori*” (All.n.4), VII: “*Scheda di codificazione*” (All.n.5), X: “*Prospetto dei dati osservativi sulla comunicazione*” (All.n.8). e infine XI: “*Scheda di sintesi dei dati osservativi sulla comunicazione*” (All.n.9). Sostanzialmente, la ricerca si è sviluppata utilizzando le stesse linee teoriche e operative proposte in questo Testto.]

[N.20: Un esempio: “Com.”+”→All.1,2 e →Sper.1,2” registra una comunicazione presente verso 2 compagni-alunni e verso 2 sperimentatori. Si è lasciata in ombra la definizione del *Livello* del quale si parla espressamente nel Man. Cap. 6°-6/I,3]

[N.21: La *comunicazione* viene considerata come “**presente**”, cioè sufficientemente consapevole, quando il soggetto sperimentale si rivolge con” partecipazione di tipo scambievole o conversazionale” verso coetanei e/o adulti; viene invece considerata come “*assente*” se l'individuo, nell'unità di tempo, non invia alcun segno-gesto-parola interpretabili come comunicativi; la comunicazione “*incerta*” si ritrova nelle condotte piuttosto introverse, solitarie...; si devono comunque sempre definire anticipatamente i criteri di valutazione della comunicazione. In questa ricerca, la comunicazione “presente” è stata considerata “*sufficiente*” con punteggi da 45/60, 20/30, 10/15; è stata considerata “*insufficiente*” con 30-44/60, 15-19/30, 7-9/15; “*deficitaria*” la comunicazione con 15-29/60, 7-14/30, 3-6/15; infine come “*molto problematica*” una comunicazione con 7-14/60, 3-6/30, 1-2/15; la comunicazione “*assente*” è stata collocata nel range numerico 0-6/60, 0-2/30, 0/15.]

[N.22: L'esistenza umana, in quanto “sistema aperto”, si caratterizza fondamentalmente per processi evolutivi che si svolgono partendo dalla nascita-separazione, dalla perdita e/o lutto, dal

trauma... che necessariamente vanno elaborati dall'Io; *la “elaborazione depressiva” è l’attività mentale” centrale e dinamica con la quale il soggetto può “riparare”, “cicatizzare”, “simboleggiare” e “significare”, sia soggettivamente che socialmente, ogni evento esistenziale anche traumatico*; ciò può essere realmente possibile solo in relazioni primarie simbiotiche positive, come nei rapporti reciproci M-Bo e U-D, e nelle successive relazioni secondarie intersoggettive similsimbiotiche positive.]

[N.23: I dati complessivi sono stati utili per confrontare tra loro i 7 profili comunicativi, per il controllo di una variabile importante rispetto alle altre, per il cambiamento guidato delle condizioni ambientali... *in funzione di una vivibilità comunitario-istituzionale positiva sempre maggiore* (v. il successivo cap 5°); con una interessante, anche se “popolare” o semplice, *elaborazione statistica qui non applicata, deontologicamente necessaria anche in ambienti di riabilitazione che perseguono obiettivi di prevenzione quaternaria*, si possono evidenziare alcuni elementi collegabili alla correlazione tra eventi, alla varianza, alla regressione lineare...; v. C.Caudek e R.Luccio, v. V.Rubini.]

III – La osservazione degli “eventi di vita” e la Prevenzione primaria, secondaria e terziaria in Psicologia sperimentale della età evolutiva.

Si tratta dell’*applicazione indiretta* del tipo di osservazione proposta nel Manuale perché ne recupera sia la prospettiva della complessità esistenziale, della causalità del dolore fisico e della sofferenza mentale nei comportamenti che l’ottica psicodinamico-interpretativa dei numerosi eventi umani: l’attività psicologico-professionale, anche nei settori del *disagio psicologico* e del *rischio psicopatologico* nella infanzia e nell’adolescenza, incontra infatti “soggetti più o meno alla deriva”, sia in senso organico-corporeo che in senso psicologico e sociale; per molti profili sanitari in azione, ***la prevenzione risulta sempre il tassello fondamentale mancante*** rispetto ad una evoluzione sana possibile, sia individuale che sociale, sia corporea che mentale, ma anche rispetto alla riabilitazione e al reinserimento, per quanto possibili; sembra che i singoli profili professionali e le équipes pluriprofessionali impegnino professionalità, tempo e ricerca prevalentemente orientate alla riparazione, agiscano sostanzialmente post factum e prevalentemente sul “caso clinico”.....

In realtà, sembra ci siano tutti gli elementi necessari per una *prevenzione efficace ed efficiente, professionale e scientifica*: è questione di evoluzione positiva del servizio sanitario, di maturità positiva soggettiva, professionale e sociale e di capacità propositiva “politica”; è questione di riconoscimento dei diritti e dei doveri uguali per ogni “essere umano”, da tutti culturalmente e giuridicamente sostenuti (?); è questione di una gestione economico-finanziaria non scissa, non-delirante e di sostanziale e assoluta uguaglianza; è questione dell’esercizio non-narcisistico del potere, della scienza, dell’etica; è questione di modalità operative “vere”, non-difensive rispetto al

dolore fisico, alla sofferenza mentale, alla patologia corporea, al trauma psicofisico, alla morte...: ***in ogni caso, pare necessaria la posizione mentale l'esercizio quotidiano della interpretazione.***

La prevenzione di cui si parla si riferisce al necessario e assoluto agire umano positivo rispetto alla salute, alla vita, al benessere, alla relazionalità piacevole, alla comunicazione reciproca delle esperienze, dei simboli, dei significati, dei pensieri... delle scoperte scientifiche; rispetto alla convivenza sociale assolutamente garante di modi umani di agire, positivi e piacevoli, equi... per tutti: ci si rende conto che questa non è una definizione classica della prevenzione e ci si rende conto quale gap-discontinuità, forse scientificamente inspiegabile, ci sia tra prassi e teoria.

A – Ricerca intorno al fenomeno della Tossicodipendenza in una zona sanitaria: la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

La conduzione della complessa realtà umana presente in un Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T.) di una Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) esige una “visione sanitaria buona dell’esperienza individuale-soggettiva del tossicomane, del contesto familiare, sociale e culturale nel quale è cresciuto e dell’ambiente professionale-istituzionale del “Ser.T.”; la stessa conduzione implica anche una “modalità operativa pluriprofessionale”, data la presenza di una utenza pluriproblematica (N.24).

1 – Il Questionario

Il questionario è stato elaborato appositamente dal Gruppo di ricerca con la diretta partecipazione dell’intera équipe pluriprofessionale del Ser.T.: si compone di 41 items divisi in tre parti: anagrafica, tempo libero, uso di sostanze tossiche. È stato applicato alle scuole medie e alle quarte classi delle scuole superiori – I.T.C./I.G.E.A., Istituto Magistrale, Istituto Professionale, Liceo Scientifico – dei 6 Comuni confluenti verso lo stesso Servizio e poi elaborato mediante un software predisposto ad hoc.

Target per la somministrazione: si trattava di 1.298 studenti di cui: 911 alunni di terza media [408 femmine, 45% e 497 maschi, 55%] e 387 di scuola superiore [241 ff, 62,4% e 145 mm, 37,6%]; nelle stesse classi, risultavano 101 assenti (6,8%) ; il totale 1.399 studenti corrispondeva al 25% circa della intera popolazione scolastica, di pari grado, del territorio. L’età media era rispettivamente di 13 e di 17 anni; in 7 protocolli non è stato esplicitato il sesso per cui questi sono stati esclusi nella elaborazione degli items per sesso ma figurano nei totali.

2 – Stili di vita nella popolazione studiata: dati statistici

Si è cercato di vedere se esistevano differenze significative nelle risposte globalmente intese, date dai mm e dalle ff – nei due ordini di scuola – alla maggior parte degli items del questionario; nello scritto, *la direzione della significatività viene espressa con →mm oppure con →ff.*

È da tenere presente che l'uso di alcool non risultava collegato con stili di vita o condizioni associate: la spiegazione può ritrovarsi nella scarsa sensibilità del questionario agli stili di vita associati all'alcooldipendenza.

Per quanto riguarda l'uso di droghe, cioè di sostanze psico-attive come eroina, cocaina, lsd, ecc., risultavano i seguenti valori: i maschi e le femmine delle medie inferiori usavano sostanze dopanti rispettivamente in n.11 (2,2%) vs n.6 (1,4%) mentre i mm e le ff delle IV superiori rispettivamente in n.10 (7,1%) vs n.5 (2%); non è stato possibile il calcolo statistico del X2 per l'esiguità del numero del sottocampione.

Nei mm e nelle ff dei due ordini di scuola, si trovava un riscontro tra stili di vita o condizioni associate e l'uso di fumo di sigaretta e di spinello.

Tabella n. 1: Condizioni associate all'uso di sigarette e di spinelli (v. note 1,2,3).

<i>N. Items del questionario</i>	<i>Scuole medie inferiori X2 – gradi e direz. di significat.</i>	<i>Scuole medie superiori X2 – gradi e direz. di significat.</i>
6 – Assenza di 1 genitore	* →mm	non signif.
9 – Rendimento scolastico	*** →ff	* →ff
10 – Ripetenze	*** →mm	* →mm
11 – Prospettive dopo la scuola	(lavoro) →mm (studio) →ff	non signif. non signif.
13 – Giorni persi per “non volontà”	* →mm	*** →ff

si riferiva sostanzialmente alle **seguenti “3 dimensioni”** in quanto costruttive del percorso

14 – Tempo libero-svago		
a-praticare sport	*** →mm	*** →mm
b-lettura libri/riviste	*** →ff	** →ff
c-rimanere soli a casa	non signif.	* →ff
d-rimanere a casa con amici	*** →ff	** →ff
e-andare a giro per divertimento	*** →mm	non signif.
f-frequentare la biblioteca	*** →ff	** →ff
g-frequentare bar/pizzeria	*** →mm	*** →mm
h-lavorare per guadagnare	*** →mm	non signif.
15-Uscite settimanali	*** →mm	non signif.
16-Divertimento preferito	* (cinema) →mm (gita amici) →ff	non signif. non signif.
17-Partecipazione ad associazioni	* (nessuna) →ff (sportive) →mm	*** →ff *** →mm
18-Scelta di progetti di lavoro	*** (assisten.) →ff (altri) →mm	*** →ff →mm

19-Età degli amici	(+grandi) n.s. (=età) n.s.	*** →ff →mm
20-Ora di rientro serale	*** (dopo 24,00) →mm	*** (oltre le 2) →mm
21-Disponibilità settimanale soldi	* →mm	* →mm
22-Persone confidenti	*** (genitori/soli) →mm (amici) →ff	** →mm →ff
24-Definizione rapporto con scuola	*** (buono) →ff (problemat.) →mm	n.s. n.s.
26-N. amici fumatori di sigarette	n.s.	** (da 1 a 5) →mm (oltre) →ff
27-Quantità individuale di sigarette	** →mm	n.s.
28 – “ giornaliera di bicchieri vino	*** →mm	*** →mm
29 – “ “ di lattine birra	*** →mm	* →mm
30 – “ settimanalcooolici	*** →mm	** →mm
36-Motivazioni per l’uso di droghe	** (+forti) →mm (per risolvere probl.) →ff	n.s.
37-Definizione dei “drogati”	*** (malati) →mm (con problemi) →ff	n.s.
38-Modi per interrompere l’uso di droghe	* (ospedale) →mm (comunità) →ff	n.s.
39-Parlare di droga in famiglia	* →ff	* →ff
40 – “ “ con insegnanti	n.s.	* →ff
41 – “ “ con amici	** →mm	** →ff

Note: 1 – Gradi di significatività del X²: p<0,05 = *; p<0,02 = **; p<0,01 = ***.

2 – Si segnalano solo le sotto-risposte più significative rispetto alle quali i mm e/o le ff hanno espresso delle prevalenze.

3 – Gli items che non figurano nell’elenco sono stati omessi in quanto, a loro carico, non era emersa nessuna associazione significativa in entrambi i livelli scolastici.

Tabella n. 2: Associazione tra alcune condizioni di vita dell'adolescente e l'uso di sigarette e di spinelli – Analisi dei gradi di significatività (v. sotto, note 1,2,3).

<i>1 – Condizioni associate</i>	<i>Sc. medie N. %</i>	<i>Sc. Super. N. %</i>	<i>Fumo medie</i>	<i>Fumo super.</i>	<i>Spin. medie</i>	<i>Spin. super.</i>
2 – Famiglia						
1-Un genitore assente	38 5,4	20 5,2	***	–	***	**
2-Livello economico familiare alto	25 2,8	9 2,3	–	–	–	***
3-Rapporto “non-buono” con famiglia	89 9,8	79 20,5	–	**	–	***
3 – Scuola						
1-Andamento scolastico scarso	63 7,0	26 6,7	***	**	–	***
2-Ripetizione di almeno 1 anno	111 12,2	82 21,3	***	*	***	*
a)3-Giorni persi nell'ultimo mese	107 11,8	185 47,9	***	–	***	***
4-Rapporto “non-buono” con Insegnanti	193 21,3	149 38,8	***	–	–	**
4 – Svago						
1-Spesso soli in casa	128 14,3	75 19,5	**	–	**	–
2-Spesso a casa con amici	136 15,1	53 13,9	**	–	–	–
3-Spesso in giro per divertimento	141 15,6	34 8,9	***	–	–	**
4-Spesso al bar	135 14,9	81 21,1	***	**	–	***
5-Uscire spesso nella settimana	449 54,8	227 58,8	***	**	–	–
6-Divertimento preferito (cinema/discot.)	192 21,4	179 46,7	***	***	**	**
b)7-Rientro la sera tardi	16 1,8	77 20,2	***	***	**	***
c)8-Disponibilità settimanale di danaro	20 2,2	15 3,9	***	–	–	***
5 – Gruppo dei pari						
d)1 – Età degli amici	233 25,7	154 40,3	***	**	–	–
2-Parlare dei problemi con amici	335 36,8	229 58,4	***	***	–	*
3-Uno/+ amici che fumano sigarette	406 54,6	161 41,8	***	***	***	***
4-Conoscere 1/+ persone che si drogano	169 18,6	187 48,3	***	***	***	***
5-Considerare + strada/giardini per droga	265 29,9	99 26,8	–	–	–	**
6-Considerare normale chi si droga	33 3,6	28 7,3	***	–	**	***
7-Ricorrere ad amici/parenti per smettere	210 23,2	62 16,4	**	–	–	**
8-Parlare di droga con amici	705 77,5	356 92,2	**	***	–	**
6 – Uso di sostanze di tipo tossico						
a-Sigarette: più volte-regolarmente	55+21 8,4	49+99 38,2	–	–	***	***
e) b-Vino	21mm 2,3	12+2 3,6	***	–	***	–
f) c-Birra	17+4 2,3	4mm 1,0	***	–	***	***
g) d-Superalcoolici	13+2 1,7	12+6 4,7	***	***	***	***
h) e-Tranquillanti senza prescrizione med.	6+1 0,7	3ff 0,8	***	**	***	***
f-Spinelli	10+3 1,4	13+22 9,1	***	***	–	–
i) g-Altre droghe	6+4 1,0	6+2 2,1	–	–	***	***

Note: 1 – Le lettere a carattere più piccolo indicano: a) > di 4 gg. nella 3° e 4° categoria; b) >22,00 per cat.1, >24,00 per cat.2° e 3°, >2 per cat.4°; c) > £50.000 per cat.1° e 3°, > £100.00 per cat.4°; d) età minore o uguale per cat.1°, età maggiore per cat.2°; e) uso frequente per cat.1° e tre/+ bicchieri per cat.3°; f) uso frequente per cat.1° e tre/+ lattine per cat.3° e 4°; g) uso frequente per

catt.1°,2°,3° e uso raro per la 4°; h) 1/2 volte per cat.2°, 1/più volte per cat.3°, raro per cat.4°; i) per cat.3°: più di una volta, per cat.4°: raramente.

2 – In progressione, per i luoghi dove si trova la droga: 1° “scuola” [9,6 medie vs. 2,4 sup.]; 2° “giardini” [13,2 med. vs. 5,8 sup.]; 3° “strada” [16,7 medie e 21,0 sup.] 4° “discoteca” [56,3 medie e 60,7 sup.].

3 – Dalle tabelle 1 e 2 risulta la prevalenza dei mm nelle medie e delle ff nelle IV superiori per il fumo, per lo spinello e per l’uso di tranquillanti senza prescrizione medica : in generale, ***l’assemblaggio di indici, in base al grado di significatività, definiscono “bande o fasce di significatività” molto indicative per interventi sanitari sul rischio della dipendenza.***

3 – La Famiglia

Dall’abbondante materiale raccolto con il questionario, qui presentato solo in parte, vengono isolati i dati sulla famiglia (N.25).

Risulta molto importante focalizzare o ingrandire i dati riguardanti i rapporti tra adolescenza e ambiente familiare [v. di seguito anche la Ricerca di Area vasta].

Per comprendere i dati riportati nella tabella n.3 e riguardanti l’***area-famiglia***”, si evidenzia che, nella prima colonna sono riassunti i dati statistici descrittivi degli items sulla famiglia, nelle successive tre colonne sono invece riportati i dati di statistica inferenziale, il calcolo del X2. I valori del X2 si riferiscono al calcolo globale dell’item dato e solamente quando l’X2 è significativo viene indicata la sua direzione. *Il X2 segnala una correlazione*: nel X2 tra mm e ff si evidenzia se le differenze nelle risposte hanno un valore significativo; nel X2 tra le risposte riguardanti il fumare sigarette e spinelli e tutti gli altri items si evidenziano le risposte significativamente diverse dalla media, correlate ai due tipi di fumo. *Quindi si evidenziano comportamenti che sono statisticamente indicativi di “rischio psicopatologico”*: siamo nel focus della prevenzione secondaria.

In particolare, il 4° item, che riguarda il grado di istruzione del *padre* – [elementari, medie inferiori (M.I.), medie superiori (M.S.), laurea] non registra alcuna significatività (=N.S., per $p>0,05$); così per il 5° item che riguarda il grado di istruzione della *madre*.

Informazioni statisticamente interessanti vengono invece date dall’item 6° sulla “*condizione dei genitori*”, dall’item 8° sul “*livello economico*”, dall’item 14° sul “*rimanere soli a casa*” e dall’item 22° sul “*parlare dei propri problemi*”.

Tabella n. 3: Associazione tra alcune condizioni di vita familiare degli adolescenti e l'uso di sigarette e di spinelli (v. note 1,2,3 sotto la tabella).

<i>Items su famiglia</i>	<i>Totali (F.) e (%) M.I. M.S. F./% F./%</i>	<i>X2 maschi vs. femmine M.I. M.S.</i>	<i>X2 fumat. spinel. vs. popolazione a risposte N.S. M.I. M.S.</i>	<i>X2 fumat.sigar. vs.popolazione a risposte N.S. M.I. M.S.</i>
6-Condiz.dei genit.	[mm.+ ff.]			
– sposati	869/95,4 – 361/93,8	10,47 8,96	45,68 7,00	17,05 1,41
– separati	17/1,9 – 4/1,0	*/**	*** */**	***
– divorziati	10/1,1 – 5/1,3	N.S.	Assenza di un G cor- rela significativamen- allo spinello.	N.S.
– conviventi	2/0,2 – 4/1,0			Avere i 2GG cor- rela con non-fumo
– un G. deceduto	13/1,4 – 11/2,9			
8-Livello economico				
– piuttosto basso	17/1,9 – 13/3,4	4,26 3,02	7,53 22,53	4,39 4,38
– medio	405/44,8 – 210/54,4	N.S.	N.S.	N.S.
– buono	458/50,6 – 154/39,9	N.S.	***	N.S.
– alto	25/2,8 – 9/2,3		L.e.a.correla spinello	
14-Rimanere solo in casa				
– quasi sempre	128/14,3 – 75/19,5	2,02 9,21	15,89 6,87	15,53 0,86
– 1/2 volte settiman.	161/17,9 – 64/16,7	N.S. */**	***	***
– raramente	472/52,6 – 197/51,3	Le ff rimangono	N.S.	N.S.
– mai	137/15,3 – 48/12,5	più a casa da sole	Restare spesso soli correla con spinello	Stare spesso soli correla con sigar.
22-Parlare dei pro- blemi				
– con genitori	438/48,1 – 93/25,7	23,16 15,99	N.S.	N.S.
– con amici		*** **		
– con insegnanti		mm parlano con		
– tenersi dentro		GG o sono chiusi; ff parlano con am.		

Note: 1 – Non si riportano le frequenze assolute (F.) e le % separate dei mm. e delle ff. per i due livelli di scuola ma solamente i totali unificati.

2 – Per semplificazione, in questo testo sono unificate le significatività bassa e media.

3 – Dall'ampio campione esaminato, mancano il 10-15% di adolescenti che non hanno proseguito gli studi dopo la 3° media o dopo il triennio di scuola superiore: *per esperienza professionale, questo 10-15% aumenterebbe i diversi indici di significatività sottolineati.*

4 – *La prevenzione primaria, secondaria, terziaria, quaternaria: discussione e conclusioni*

Dall'impostazione teorica complessiva del Manuale, risulta come la famiglia costituisca una matrice originaria di rapporti individuali-soggettivi e sociali sulla quale agire deontologicamente interventi di prevenzione. Anche gli elementi quantitativi di questa ricerca permettono un assemblaggio di indici per la loro significatività e/o non-significatività che costituiscono **2 fasce di significatività**: le condizioni associate di tali fasce, frequentemente, delineano complessi "**fattori di rischio**" concatenati come, appunto, "*la qualità*" della famiglia, dei rapporti con la scuola, delle amicizie, del tempo libero e *l'uso di sostanze tossiche* ecc. Il collegamento tra gli indici di significatività, in questa sede non evidenziato, permette di parlare di "**indici**" di esposizione al rischio psicopatologico, nel caso, di tossicodipendenza; in realtà l'esposizione al rischio psicopatologico riguarda la positività soggettiva e delle relazioni intersoggettive, la capacità o meno di maturare l'autonomia, la modalità individuale-soggettiva di percepire positivamente o negativamente l'esistenza... il danaro, l'uso della forza... *il tutto assume una significazione negativa psicologica, sociale e culturale nelle patologie organiche, nei traumi psicofisici e/o mentali.*

All'interno e tra le quattro categorie evidenziate in questa ricerca – mm e ff, M.I. e M.S. – gli indici ad alta, media e bassa significatività possono essere interpretati in senso orizzontale e verticale. Ad esempio, in una lettura orizzontale, risulta che il "rientrare molto tardi la sera", l'"avere uno o più amici che fumano sigarette", il "conoscere una o più persone che si drogano", il "fare frequente uso di superalcolici" sono condizioni ad alta significatività che ricorrono nelle 4 categorie di soggetti esaminati; i meccanismi di varia natura che entrano in gioco in queste correlazioni – di natura familiare, sociale, economica... consapevole, inconscia... – definiscono un complesso "*fenomeno psicosociale ad elevato rischio psicopatologico*": indagare e fare ipotesi esplicative, anche interpretative su questo fenomeno pare sia anche un fondamentale compito della psicologia evolutiva e della psicomotricità, comunque è compito deontologico sanitario di tipo sostanzialmente preventivo.

Sembra notevole il dato per il quale alcune delle condizioni associate alle 4 categorie, risultano poco rappresentate nella popolazione totale studiata: ad esempio, la perdita di "oltre 4 giorni di scuola in un mese, senza giustificazione" è presente nello 0,7% delle M.I. e nel 5,4% nelle M.S. ma rappresenta rispettivamente il 33,3% per le sigarette e il 22,2% per lo spinello nelle M.I. e il 69,2% e il 38,4% nelle M.S.. Nel caso, ci si trova quindi di fronte ad una vera e propria "**fascia di rischio dipendenza**", costituita da "*sintomi*" definiti e/o da *condotte di tipo dipendenza*: questi sono possibili obiettivi di programmi mirati della prevenzione primaria e secondaria.

Se si accetta l'interpretazione della "*tossicodipendenza*" come un insieme di condotte di autoterapia e di autostimolazione per equilibrare fallimenti, disagi, frustrazioni, esperienze esistenziali "*non mentalizzate e/o non mentalizzabili*"... si riscontrano alti livelli di assenza di mentalizzazione e di evitamento anche nei vari contesti di vita familiare e sociale (N.26). Quindi,

per una *prevenzione competente e mirata di tutti i Servizi Sanitari*, si crede che essa vada interpretata nell'accezione ampia già esplicitata: di conseguenza essa diventa strumento efficace e documentato del "to care" e del "to cure" rispetto al "*disagio psicologico*" (=prevenzione primaria) rispetto al "*rischio psicopatologico*" (=prevenzione secondaria) rispetto alla "*psicopatologia elevata*" (=prevenzione terziaria) e rispetto alla "*grave e strutturata psicopatologia*" (=prevenzione quaternaria).

Ci si chiede come mai la prevenzione, nei servizi sanitari e non solo, sia spesso percepita come un hobby se non come "una fissazione cognitiva" di qualcuno, oppure come una attività occasionale e solo emergenziale o anche di élite, se non come un'attività che sostanzialmente disperde e/o toglie energie professionali e danaro agli stessi servizi. *In realtà, sembra che la prevenzione largamente intesa sia il perenne punto di partenza e di ripartenza di tutte le azioni dei servizi e delle organizzazioni sanitarie e sociali* (N.27).

NOTE

[N.24: Si riportano semplicemente alcuni dati emersi dall'applicazione di un questionario a tutti gli alunni delle terze medie e delle IV superiori di una A.S.L. toscana. *L'intera équipe pluriprofessionale* – costituita dallo psicologo scrivente, responsabile del servizio e della ricerca, da 2 medici generici, da una psichiatra, da un secondo psicologo, da 2 infermieri, da 2 assistenti sociali e da 2 educatori – *convenne sulla proposta di elaborare un questionario per raccogliere conoscenze "vere" sul contesto psico-sociale originario degli utenti del Servizio*: conoscenza importante per affrontare con maggiore competenza e con qualche possibilità reale di trasformazione evolutiva delle "singole storie" degli utenti e per attivare nel futuro indispensabili interventi di tipo preventivo. Su questa esigenza, si è organizzato un **Gruppo di ricerca**, formato da 4 psicologi, da 2 medici pediatri e da 2 impiegate del servizio informativo dell'ASL competente. Si veda T.Cappelletto et al. ('94): "*Un esempio di integrazione tra pubblico e privato nel trattamento delle problematiche alcool-correlate*" in Abstract del Convegno "Riabilitazione e terapia psichiatrica: aspetti integrativi", Pisa; si può consultare anche la Comunicazione di T.Cappelletto ('94) al Convegno "*Il disagio adolescenziale: possibilità di prevenzione pediatrica*" in Atti, con pari titolo, pubblicati da Ed. C.S.H. Milano ; lo stesso argomento è ripreso e approfondito dallo stesso autore nel n. 4 del marzo '97, di "*Locus Terrarum*" – Periodico di psicologia e psicoterapia nell'Ente pubblico-: la parte monografica include tre articoli:"*Complessità degli interventi dei servizi per la tossicodipendenza*", "*Elementi conoscitivi sul fenomeno giovanile della dipendenza: dati di una ricerca mediante un questionario*" e "*Droga e tossicomania: il ritorno dell'alchimia e la negazione del mentale*" Ed."Festina Lente"-C.P. 50023 Impruneta-Firenze; v. T.Cappelletto e AA.(aprile'94):"*Verso una tipologia della tossicodipendenza: classificazione aperta in tossicomania traumatica, nevrotica, sociopatica, liminale*" in "*Locus Terrarum*" n.01; in precedenza, lo stesso argomento era stato affrontato nell'opuscolo: ('88) "*Prevenire, curare: AIDS, ritorno alle origini*" a cura del Comune di Volterra-Pisa. Si veda, ad es., la normativa sulla

prevenzione e sulla educazione sanitaria in L. 69/09 e la proposta “Lo Psicologo in Farmacia” nel Giornale dell’Ordine Nazionale degli Psicologi, “La Professione di Psicologo” 2/’11, Roma]

[N.25 : Il n.4 di “*Locus Terrarum*”, cit. nella nota n.23, riporta anche lo studio sulla famiglia e sulla scuola del Dott.A.Giani, componente attivo del gruppo di ricerca. In termini di prevenzione, *si osserva che la tossicodipendenza è una patologia psicofisica e implica quindi il sistema sanitario nazionale in interventi pluriprofessionali di prevenzione terziaria, oltre che primaria e secondaria.*]

[N.26: Oltre a L.Cancrini e U.Nizzoli, citati in bibliografia, v. anche T.A.Willis et al. in “The role of life events, family support and competence in adolescent substance use: a test of vulnerability and protective factors”, A.M.J. Community Psych., 3, 1992.]

[N.27: Questo Manuale, propone, in vari modi e in diverse prospettive, la primaria necessità e anche il “vantaggio” della prevenzione in ogni servizio e in ogni ambito operativo e quindi anche in riferimento al “target” di questi Appunti; purtroppo, sembra evidente che anche la prevenzione sanitaria rientri nell’azione pre-potente e/o scissoria dei meccanismi patologizzanti di cui si parla nel cap.1°: “Introduzione antropologico-culturale in “ottica psicodinamica”. L’esperienza professionale di tipo psicologico suggerisce in ogni modo ***l’attività programmata e scientifica della prevenzione intesa in senso largo in ogni ambito sanitario: essa è da collocare nei compiti deontologici di ogni profilo professionale.*** In preparazione al titolo accademico di Pedagogia ad indirizzo psicologico, la prof.ssa F.Morino Abbele stimolava i laureandi verso la ricerca sociale e la discussione collettiva dei risultati, in una precisa ottica di *prevenzione primaria*: v. T.Cappelletto (’72) “*La personalizzazione e la socializzazione degli adolescenti*”, tesi di laurea, c/o Università di Firenze, pp.1-525; v.T.Cappelletto (’75) *Quaderno 1*, pp.1-16: “*Il Noi e il Noi-Gruppo*”, Centro Documentazione, Pistoia; idem, (’75) *Quad. 2*, pp.1-24: “*Sondaggio mediante un questionario*”; idem, (’75) *Quad. 3*, pp.1-44: “*Il gruppo spontaneo*”; idem, (’76) *Quad. 5*, pp.1-16: “*Dinamica di gruppo*”.]

B – Progetto di Area vasta sanitaria: “Costruire la salute per non curare la malattia”

Si tratta di un progetto epidemiologico per evidenziare alcuni indicatori di stili di vita a rischio psicopatologico (N. 28).

Si voleva portare in evidenza qualche dato conoscitivo utile per dare iniziali risposte all’interrogativo radicale che si ripropone in ogni convivenza umana in tutte le generazioni: “***esistono indicatori di stili di vita – come l’aggressività, il disordine alimentare, l’abuso di sostanze... – definibili come predittivi psicopatologici?***”. Molte indagini riportate in letteratura riguardano i fattori sociali che influenzano il comportamento giovanile oppure riferiscono sui fattori predittivi di esito rispetto a trattamenti integrati medico-psico-sociali in micro-popolazioni, comunque selezionate in quanto portatrici di disagio mentale per rilevanti disturbi organici, psicofisici, mentali.

Si trattava di raccogliere elementi conoscitivi che potessero facilitare il trasferimento dell'obiettivo pluriprofessionale dalla cura alla prevenzione [certamente non in toto]; nel caso, si trattava di evidenziare, in un'ottica di prevenzione, la individualità-soggettività nel percorso evolutivo e/o involutivo che va dall'evento traumatico psicofisico, organico e/o psicologico e/o relazionale, alla introiezione dello stesso evento fino alla strutturazione di stili di vita negativi e non-piacevoli o di male-essere che possono portare alla patologia psichica e/o fisica anche grave. L'indagine esistenziale di ciascun individuo: 1-“la interiorizzazione della soggettività”, evidenziabile dal vissuto, dal concetto del Sé e dal tipo di percezione della realtà; 2-“la gestione della affettività e delle emozioni”; 3-“la pro-tensione verso il mondo degli altri”.

Realmente la soggettività si organizza in contesti relazionali che hanno aree critiche più-meno importanti, più-meno dinamiche; veramente esistono indicatori di disagio corporeo, affettivo, emotivo, relazionale che sono significativi in quanto tali e per la loro incidenza nell'Io che si esprime con comportamenti “negativi e tristi” che manifestano e/o pre-annunciano “eventi di vita” negativi; è risultato indispensabile evidenziare, con l'intervista semi-strutturata, la correlazione tra la percezione soggettiva o appercezione del disagio e l'ambiente sociale di origine; per tutto il gruppo di ricerca, è risultato necessario dare risposte strutturali e interprofessionali non solo al disagio appercepito ma anche ai bisogni insaturi e alle potenzialità residue dei soggetti, in qualche modo già categorizzati e/o diagnosticati.

Per l'indagine, come si è detto, sono stati utilizzati due strumenti di tipo psicometrico:

1° – Minnesota Multiphasic Personality Inventory per Adolescenti – M.M.P.I.-A.

I profili clinici dei 2.128 questionari validi, su circa 2.300 adolescenti, sono stati elaborati dalle Organizzazioni Speciali di Firenze: essi offrono una abbondanza notevole di dati che non è qui il caso di riportare e di analizzare. Semplicemente si sottolinea la distinzione di due tipologie cliniche: una a “basso rischio psicopatologico = b.r.p.” e l'altra ad “alto rischio psicopatologico = a.r.p.”, sulla base dei dati quali-quantitativi del M.M.P.I.-A.

2° – Intervista semi-strutturata

L'intervista semistrutturata, elaborata dal gruppo di ricercatori, è stata somministrata al 10% circa di adolescenti dell'intero campione – 229 su 2.300 circa-. L'applicazione è stata curata da personale laureato in psicologia, in psichiatria, in neuropsichiatria infantile; l'intervista, oltre ai dati personali anonimi, riguardava *la mappa relazionale e i contesti*.

A – *La mappa relazionale* includeva la famiglia nella sua composizione e il gruppo di coetanei oppure il gruppo di amici per interagire, per confidarsi... per lo svolgimento di attività di tempo libero, di studio, di lavoro...: riguardava quindi la presenza e/o l'assenza di relazioni sociali.

B – *I contesti* presi in considerazione sono stati: I – *la famiglia* (formata da M.P....); II – *il gruppo dei pari* (gruppo frequentato, amici particolari...); III – *il gruppo-classe*.

Lo schema comune delle domande dell'intervista era il seguente:

1 – Lo stato d'animo o il tipo di “sensazioni”, espresso con i termini euforico, ansioso, arrabbiato... e sintetizzato con i tre aggettivi: *positivo, intermedio, negativo*.

2 – *Le problematiche riscontrate più frequentemente nella misura di [un po’], [abbastanza], [molto] e così elencate in successione:*

I – la **Pressione** = *PR* degli altri: controllo, “quasi spionaggio”... nelle varie situazioni di vita familiare, gruppale, scolastica;

II – la **Distanza** = *DI* dagli/degli altri: mancanza di dialogo, scarso interesse reciproco...;

III – il **Conflitto** = *CO* degli/verso gli altri negli scambi eccessivamente accesi, nelle aggressioni verbali e, talvolta, anche fisiche...;

IV – la **Incomprensione** = *IN* subita da parte degli altri che interpretano diversamente e talvolta a proprio svantaggio le parole e i comportamenti... dell’intervistato;

V – la Appercezione di Sé come **non-visto** = *NV* in quanto la propria presenza è irrilevante, inutile, non ha peso... è “quasi trasparente”.

2/1 – *Atteggiamenti e comportamenti messi in atto rispetto alle varie problematiche e qui ricondotti alle categorie dei tre stili di coping (N.29):*

– 1° stile è il *coping attivo*: per la soluzione del problema il soggetto lavora attivamente, rimanendo comunque positivo e possibilista con se stesso e con gli altri e sempre inserito nel contesto di realtà; i modi operativi sono vari e sempre con caratteristiche individuali-soggettive o “personalizzate”.

– 2° stile è il *coping passivo* in quanto non è produttivo di soluzioni delle difficoltà o, perlomeno, non registra tentativi di soluzione da parte dell’individuo che rimane inattivo, succube degli eventi, sostanzialmente negativo, sfiduciato e spesso autocolpevolizzante.

– 3° stile è il *coping che fa riferimento agli altri* per cui il soggetto è attivo ma si rivolge esclusivamente ad altri – genitori, amici, professionisti, Dio... – con un atteggiamento di dipendenza, spesso di rivalsa, di complessità, di autosvalutazione....

2/1-1 – *Effetti del tipo di coping adottato dal soggetto nelle difficoltà in famiglia, nel gruppo dei pari, nell’ambiente scolastico-istituzionale; il riferimento va allo stato d’animo – positivo, intermedio, negativo – e agli effetti pragmatici rispetto alla problematica – miglioramento, stallo, peggioramento – (N.30).*

3° – **Contesto “Famiglia”** (N.31)

1 – *Stato d’animo in famiglia*

	<i>mm.vs.ff.</i>	<i>mm.vs.ff.</i>	<i>mm.vs.ff.</i>
Tipol. “b.r.p.”	Posit. 90,1-79’5	Interm. 5,6-8,2	Negat. 4,2-12.3
Tipol. “a.r.p.”	“ 71,4-62,0	“ 14,3-16,0	“ 14,3-22,0

– Osservazioni:

a – Nelle due situazioni cliniche sembra evidenziarsi un comportamento maschile che tende a sfumare le difficoltà emotivo-relazionali in famiglia e, invece, un modo femminile di

manifestare, quasi di accentuare le stesse difficoltà [9,25 vs 17,15 in riferimento allo stato d'animo intermedio e negativo].

b – Le ff., in situazione di “a.r.p.”, esplicitano uno stato d'animo peggiore di quello delle coetanee in “b.r.p.” [22,0 vs 12,3 con tendenza di significatività di $p=0,10$].

c – In generale, tutti i soggetti ad “a.r.p.” denunciano uno stato d'animo maggiormente negativo rispetto a quello dei coetanei in “b.r.p.” [18,15 vs 8,25].

d – Le percentuali complessive dello stato d'animo negativo in famiglia sembrano esprimere un elevato disagio familiare [13,15].

2 – *Problematiche fenomenologico-relazionali in famiglia (PR, DI, CO, IN, NV) Atteggiamenti e comportamenti messi in atto rispetto alle problematiche (coping) – Effetti del tipo di coping adottato*

I – Pressione (PR)

A – *La Pressione non è problema* e quindi non si adotta alcuna strategia di coping e non si registrano effetti pragmatici particolari *per il 60,0*.

– Tipologia “b.r.p.” : 57,7 mm versus 67,1 ff

– Tipologia “a.r.p.” : 51,4 mm versus 64,0 ff

B – *La Pressione è problema per il 40,0*

		<i>mm versus ff</i>		<i>mm versus ff</i>
Tipol. “b.r.p.”	Coping attivo	32,4 vs 24,7	Eff.pr. miglior.	28,2 vs 23,3
	“ passivo	9,9 vs 6,8	“ stallo	14,1 vs 8,2
	“ cent.su altri	0 vs 2,0	“ peggior.	0 vs 2,0
Tipol. “a.r.p.”	Coping attivo	17,1 vs 18,0	Eff.pr. miglior.	20,0 vs 18,0
	“ passivo	31,4 vs 16,0	“ stallo	31,4 vs 16,0
	“ cent.su altri	0 vs 2,0	“ peggior.	0 vs 2,0

– Osservazioni:

a – In tutte due le tipologie cliniche, un numero minore di maschi, in confronto con le femmine, definisce la PR come “no problem” e quindi non adotta strategie di coping – 55,7 vs 65,9-

b – I maschi in “b.r.p.” utilizzano principalmente strategie attive come l'attenzione alla soluzione del problema, il lavorare sodo per uscirne.... I mm in “a.r.p.” utilizzano principalmente strategie passive come la chiusura in se stessi, la riduzione delle tensioni, l'assenza di coping [31,4 passivo in cfr. a 17,1 attivo]. I maschi in questa situazione clinica di “a.r.p.” esprimono come effetto pragmatico lo “stallo” al 31,4 che, rispetto al 20,0 di “miglior.” esprime una significatività di $p=0,10$. Questi dati sembrano indicare una *linea preventiva di intervento “psico-pedagogico” prudentiale: “nella Pressione, con i mm., non tirare la corda oltre una certa misura, misura che è soggettiva, dinamica e “necessaria” per ogni individuo”*.

c – Le femmine, globalmente, hanno una linea di comportamento simile a quella dei maschi ma risultano più attive che passive nella tipologia clinica “a.r.p.” [18,0 vs 16,0] .

d – L’effetto pragmatico “miglioramento”, pare sostanzialmente in linea con il coping attivo dando, in questo modo, conferme positive, soddisfacenti al “darsi da fare”.

e – L’effetto pragmatico “stallo”, sia in “b.r.p.” che particolarmente in “a.r.p.”, pare debba avere una lettura più complessa verso possibili vissuti di tipo inutilità soggettiva, depressione... che in questa sede necessariamente si traslascia.

f – Solo le femmine esprimono il 2,0 di effetto pragmatico “peggioramento” sia in “b.r.p.” che in “a.r.p.”.

g – Il coping centrato sugli altri compare in modo molto ridotto in “b.r.p.” e solo nelle femmine come possibile ricerca di supporto sociale.

II – Distanza (DI)

A – *La Distanza non è problema per il 79%*

– Tipologia “b.r.p.” : 95,8 mm versus 84,9 ff

– Tipologia “a.r.p.” : 88,6 mm versus 54,0 ff

B – *La Distanza è problema per il 21%*

– Tipologia “b.r.p.” : 4,2 mm versus 15,1 ff

– Tipologia “a.r.p.” : 11,4 mm versus 46,0 ff

– Osservazioni:

a – *la Distanza è un vissuto negativo tendenzialmente femminile*, infatti in “a.r.p.” le ff arrivano al 46,0 rispetto all’11,4 dei mm; ma anche in “b.r.p.” le ff lo manifestano al 15,1 vs il 4,2.

b – La DI è un vissuto rilevante in una larga percentuale dei soggetti in “a.r.p.”, sia maschile che femminile, con una media del 28,7 rispetto alla media del 9,7 in “b.r.p.”.

c – Sulla base del materiale clinico offerto dalla elaborazione del Questionario Minnesota, si fa l’ipotesi “teorica” che le strategie di coping rispetto alla Distanza siano assimilabili a quelli evidenziati per la PR.

III – Conflitto (CO)

A – *Nessun Conflitto per il 59,7*

– Tipologia “b.r.p.” al 65,3 di media

– Tipologia “a.r.p.” al 54,1 di media

B – *Conflitto presente per il 40,3%*

– Tipologia “b.r.p.” al 34,7

– Tipologia “a.r.p.” al 45,9

– Osservazioni:

a – *Complessivamente, il Conflitto è quindi massicciamente presente in famiglia – 40,3-*

b – Il CO è elevato sia nella fascia clinica “b.r.p.” [34,7] che specialmente nella fascia clinica “a.r.p.” con il 45,9 che esprime una evidenza statistica di $p=0,094$.

c – In base ai profili clinici risultati dal M.M.P.I., si fa l'ipotesi che le strategie di coping, in situazione di conflittualità intrafamiliare, siano assimilabili a quelli descritti per la PR.

IV – Incomprensione (IN)

A – Non è problema e quindi no coping per il 75,3

– Tipologia “b.r.p.” : 58 mm versus 59 ff

– Tipologia “a.r.p.” : 25 mm versus 30 ff

B – È problema per il 24,7%

	<i>mm vs ff</i>	<i>mm vs ff</i>	<i>mm vs ff</i>	<i>mm vs ff</i>
Tipologia “b.r.p.”	13 – 14	Coping attivo 9 – 10	Coping passivo 4 – 4	Coping c. altri 0 – 0
Tipologia “a.r.p.”	10 – 20	6 – 7	3 – 13	1 – 0

– Osservazioni:

a – Per 57 adolescenti su 229, cioè il 24,7% [23 mm e 34 ff] *l'Incomprensione è un problema reale.*

b – Per le femmine in “a.r.p.”, l'IN è un problema più rilevante di quanto lo sia per le coetanee in “b.r.p.” [20 in cfr a 14] e specialmente adottano strategie passive di coping come la chiusura in se stesse, la riduzione della tensione verso il cambiamento, l'assenza di coping... piuttosto che strategie attive [13 in cfr. a 7]. *In un'ottica di prevenzione, sembra emergere una linea prudentiale di intervento sanitario: “In caso di Incomprensione intrafamiliare, con le femmine, è necessario accogliere e simpatizzare, da un certo punto in poi, con le caratteristiche soggettive vere e profonde di ciascuna adolescente”.*

c – Sembra che i maschi siano meno sensibili al problema della Incomprensione e adottano più strategie attive che passive; e questo avviene in tutte due le situazioni cliniche.

d – Per tutti, il coping attivo, mediamente più utilizzato in “b.r.p.”, è quasi sinonimo di attenzione, di focalizzazione sul problema da risolvere ad ogni costo.

e – Appare un coping centrato sugli altri da parte di un maschio e in situazione di “a.r.p.”: appare come bisogno di supporto sociale piuttosto passivo.

V – “*Non visto*” (NV) Questa categoria non ottiene attenzione da parte degli intervistati: anche perché, *culturalmente*, sembra che essa abbia implicazioni più o meno esplicite con psicopatologie piuttosto severe, di tipo psicotico: 222 adolescenti non adottano nessuna strategia e 3 utilizzano la strategia passiva del chiudersi in se stessi.

4° – Appunti conclusivi

In termini sintetici, provvisori e conclusivi si fanno alcune osservazioni:

1° – **Lo Stato d'animo in famiglia** evidenzia un elevato disagio intrafamiliare che, almeno in parte, viene opportunamente esplicitato: *le ff comunicano maggiormente il loro disagio* [18,5 mm vs 34,3 ff] (N.32).

2° – Le problematiche fenomenologico-relazionali in famiglia:

I – la Pressione (PR)

I dati mettono in evidenza un *circuito relazionale “delicato”, fragile, ipersensibile...* evidenziato appunto dalla Pressione in relazione a comportamenti risponsivi di tipo difensivo attivo e prevalentemente passivo: *questo tipo di circuito relazionale sembra configurare stili di comportamento adolescenziale come possibili predittivi psicopatologici*; anche perché essi manifestano un modo +/- esplicito, auto/etero diretto di orientare e di scaricare potenti energie in vario modo inibite e/o represses; ne sono la severa dimostrazione le diverse configurazioni comportamentali come la violenza di ogni tipo, la depressione nei suoi vari gradi, l'aggressività auto-eterodiretta, la chiusura soggettiva +/- esplicita... le strutturazioni difensive profonde....

I mm, in “a.r.p.”, adottano quasi il doppio di strategie passive di coping rispetto alle ff.

L'atteggiamento prevalente maschile, rispetto alla PR, forse svela un *profondo bisogno di negazione per eventi esistenziali “innaturali”* che alimentano vissuti conflittuali, tensiogeni, imprevedibili e mutevoli; il loro atteggiamento piuttosto consapevole di non-parlare di certi argomenti in famiglia sembra, all'origine, “sano” e quasi di “legittima difesa” rispetto ad interazioni genitori-figli con elevate turbolenze affettivo-emotive che fanno molto soffrire e che, per se stesse, comunque demoliscono strutturazioni dell'Io e rendono difficile se non impossibile ogni trasformazione evolutiva. *Risulta evidente che la trasformazione evolutiva di questi tipi di relazioni intrafamiliari si basa sulla positività e piacevolezza delle comunicazioni esistenziali tra adulti-genitori e adolescenti-figli con le loro rispettive assolute verità soggettive e simboli positivi, anche generazionali (N.33)*; invece, dai dati sulla Pressione, risulta che, prevalentemente per i maschi, la situazione relazionale familiare tende a rimanere stabile – v. *la significatività statistica di $p=0,10$ – in uno stato di “stand by” passivo, in vario modo auto-terapeutico e molto complesso perché è anche molto auto-lesivo e avversativo del bisogno profondo genitoriale di “fare figli sani, belli, intelligenti, autonomi...”*; è uno stato potenzialmente molto virulento per l'esplosione reattiva di energie demolitive, offensive... reciprocate con/dai genitori – ad esempio, risulta una esposizione, talvolta non affrontabile con atti mentali, all'ambivalenza e a profondi sensi di colpa, sia per i figli che per i genitori...-.

II – la Distanza (DI)

Per la DI, in quanto vissuto negativo, risulta che nella fascia clinica “a.r.p.” la % è del 28,7 e che le femmine arrivano alla % del 46,0. *Si fa l'ipotesi che per tutti, in modo tutto particolare per le ff, rapporti similsimbitico-contattuali, propri ed esclusivi della reciprocità simbiotica originaria M-Bo, abbiano significati profondi anche dopo le diverse fasi evolutive*; pare “potente” la carica corporeo-affettiva-emotiva-immaginativa-fantasmatica, legata a processi primari, che viene portata dalle esperienze quotidiane reciprocate tra genitori e figli nelle modalità di attaccamento, di separazione, di abbandono, di perdita... ma anche di giudizio “+/-“ negativo con rinforzo-indebolimento del processo di individuazione-soggettivazione che dipendono da variabili soggettive

della madre, del padre, del figlio, della figlia, dei fratelli... oltre che da variabili storico-culturali (N.34).

III – *il Conflitto (CO)*

Per quanto riguarda il CO, i dati riportati si riferiscono alle due fasce cliniche di “b.r.p.” e di “a.r.p.”; esso è presente al 40,3, con il 34,7 in “b.r.p.” e il 45,9 in “a.r.p.” con dato statistico di significatività pari a $p=0,094$.

Sembra sostenibile l'ipotesi che sia in atto *una situazione relazionale di ambivalenza profonda reciprocata tra genitori e figli* sulla quale è necessario agire preventivamente in ambito sanitario; i fenomeni primari, legati alla corporeità, alla affettività, alla immaginazione, alla fantasmizzazione e alla esperienza di separazione individuante ai quali si è accennato nella Distanza, vengono potenziati positivamente e/o negativamente dalla cultura, dallo stato di salute-malattia, dal tipo di verità soggettiva e di simbolo dei soggetti in interrelazione, dalla loro adultità... dall'urgenza temporale, ritmata dalle tappe evolutive dei figli e dalle tappe involutive dei genitori. È assolutamente necessario lavorare, in ambito sanitario ma certamente non solo in esso, in una deontologica prospettiva preventiva sui sintomi predittivi di disagio e/o di rischio psicopatologico (N.35). La famiglia con adolescenti si trova in una situazione relazionale nella quale non è stata ancora definita e riconosciuta reciprocamente la individualità e la collegata soggettività di ciascuno: c'è “assoluta” diversità esperienziale, ci sono processi evolutivi e processi involutivi generazionali ma anche tra genitori non-sufficientemente positivi e piacevoli cioè “non-adulti” e quindi non adultizzanti e figli in trasformazione continua, ci sono diverse esposizioni alla sofferenza mentale, talvolta traumatica e profonda, di perdita e di lutto, di responsabilità e di colpa, di potere autorevole e di potere tirannico...; quanto si sta dicendo si complica notevolmente con la malattia, la psicopatologia.... È necessario che l'attività sanitaria si appropri di queste complesse tematiche del “quotidiano”.

IV – *l'Incomprensione (IN)*

Per l'IN, le femmine in “a.r.p.” rispondono in numero di 13 su 20 con strategie di coping passivo; i maschi della stessa condizione clinica rispondono con coping passivo di 3 su 10. Le femmine, rispetto alle situazioni conflittuali, tensiogene, comunque negative, sembra manifestino spesso la tendenza alla passività, alla negazione sulla base di ripetute esperienze di Incomprensione genitoriale; *risulta un posizionamento soggettivo di tipo autoprotettivo e autoterapeutico in assenza di “comprensione” in quanto essere accolte, contenute nella mente-nel cuore-nel corpo – v. quanto già detto nella nota 34-; pare si appercepiscano in pericolo esistenziale.... Lo “stand by” passivo maschile rispetto alla PR sembra notevolmente differente dallo “stand by” femminile rispetto all'IN: il primo sembra inconsciamente sostenuto da bisogni di “autonomia” e il secondo da bisogni di “simpatia se non dipendenza”*. Oltre alle varie osservazioni di tipo clinico che sembrano utili per descrivere e comprendere la diversità di questi due stili autoprotettivi e autoterapeutici rispetto a sofferenze psicologiche importanti e spesso non-comprensibili, si sottolinea il fatto che *per tutti gli adolescenti c'è un desiderato livello di equilibrio intrapsichico piacevole e positivo,*

comunque “appreso” in famiglia, o per esperienza positiva diretta o per compensazione adattativa ad esperienze definite come “assurde, bestiali, matte”... – come dicono gli intervistati; questo “livello di equilibrio intrapsichico appreso” è forse definibile come “Modello Relazionale Interno-M.R.I. o anche Modello Relazionale Primario”, primitivo, molto dinamico, assolutamente positivo e/o negativo e sempre unico per l’individuo-soggetto: esso definisce una dimensione interna di soggettività perlopiù inconsapevole con un preciso e iperinvestito confine di autocertificazione che diventa un “**cut-off**” evidente nelle esperienze relazionali successive; **dentro tale confine**, il Corpo-Sé-Io si vive come è stato quotidianamente vissuto dalla M, dal P... nelle relazioni intrafamiliari [“buono o cattivo”, “bello o brutto”, “ottimista o pessimista”, “sicuro o insicuro”...] cioè si identifica con il primario modello relazionale “in memoria”; **fuori del confine**, il Corpo-Sé-Io vive la profonda diversità o coincidenza o contrasto tra il viversi, l’appercepirsi... dentro di sé stesso come assolutamente vero e l’essere vissuto e percepito dagli altri, in quanto estranei al suo mondo soggettivo, come confermabile, amabile... oppure come disconfermabile, odiabile...(N.36); in questa ultima complessità dialettica tra Io vero, Io bugiardo, Io falso e gli altri, tra Io e collettività con i collegati sistemi veri/falsi (leggi-costumi...) ci sono ampie e frequenti occasioni esistenziali di comportamenti reattivo-compensatori di ogni tipo – dai meccanismi difensivi inconsci alle strutturazioni nevrotiche dell’Io, dalle reattività distruttive inconse alle alterazioni profonde della verità soggettiva positiva e dei simboli “buoni”...-. È quanto appare anche dai dati sulla casistica adolescenziale di cui si è parlato nella ricerca; si ritrovano ulteriori conferme a questa ipotesi anche nella percezione soggettiva degli effetti pragmatici rispetto al coping, nello stato d’animo individuale in famiglia e in quanto osservato circa le problematiche fenomenologico-relazionali intrafamiliari (N.37).

Si propone perciò *la seguente ipotesi di lavoro* per la quale – nel contesto familiare di originaria esperienza psicofisica, affettiva, emotiva, immaginativa, fantasmatica, significativa, cognitiva e relazionale e quindi con elevata energia inconscia e con significato simbolico ed evolutivo-involutivo per i figli – *il non adottare alcun tipo di coping come l’adottare coping attivo o passivo corrispondono comunque a modi più o meno coscienti o anche completamente inconsapevoli di adattamento dinamico dell’Io adolescente ai genitori in quanto “oggetti primari” e al complessivo ambiente relazionale familiare in quanto origine dinamica di ogni “relazione sociale”, successiva alla relazione simbiotica.*

Anche per gli adolescenti *in fascia clinica “a.r.p.”* sembra che la “**famiglia**”, **inclusiva della M simbiotica**, considerata come uno dei modelli relazionali interni, inconsci, di tipo sia simbiotico che antisimbiotico, *sia il punto di riferimento dinamico originario identificatorio per ulteriori strutturazioni individuali-soggettive equilibrate o squilibrate, per vissuti positivi e/o negativi, per ogni tipo di relazione corporea, affettiva, emotiva, simbolica, positivo-negativa, vera-falsa, piacevole-spiacevole... per ogni comportamento a forte significato simbolico per la vita.*

Sulla base dei dati esposti, finalizzati alla raccolta di elementi utili per la prevenzione del “rischio psicopatologico”, sembrano utili due ulteriori appunti:

1 – *La prevenzione del rischio psicopatologico evolutivo, nel contesto familiare, è sempre possibile e, potenzialmente, è molto produttiva di trasformazioni evolutive (N.38)*

2 – *È sempre attuale la ricerca faticosa di una definizione condivisibile del “rischio psicopatologico”*: si fa un grande uso di questo termine ed è necessario parametrarlo e collocarlo in modelli teorici di riferimento; nel nostro caso, si tratta della **teoria psicodinamica applicata alla soggettività**. *Il metodo consiste nel cogliere il disagio individuale-soggettivo ricercandone i fattori causali (ipotetici e documentali) e gli indici della sua manifestazione, con l'impostazione mentale “assolutamente positiva e neutrale” dei sanitari per analizzare e approfondire i meccanismi e i processi in una realtà molto “dura” che comunque va registrata e professionalmente interpretata.*

In argomento, si possono consultare:

1 – M.Rutter che, nelle sue numerose opere, parla della prospettiva evolutiva e storica che permette lo studio dei comportamenti normali e di quelli “patologici”, particolarmente legati alla *deprivazione materna e allo stress psicofisico nelle loro implicazioni biologiche-psicologiche*;

2 – U.Brofenbrenner cit. che definisce e ricerca intorno allo “spazio di vita”, lo *spazio esistenziale* nel quale rintraccia l'insieme di forze in gioco: in questo spazio, ci sono fattori di rischio rispetto ad un funzionamento normale di inserimento nella realtà integrale e rispetto ad un funzionamento disadattativo.

Tutte queste tematiche, molto ampie nella loro significazione, hanno in comune “*la rappresentazione mentale*” intesa come riproduzione cognitiva ma anche e specialmente come costruzione individuale-soggettivo-simbolica della realtà sperimentata e variamente rappresentata con la appercezione, il simbolo, il significato più o meno condiviso e il pensiero (N.39).

NOTE

[N.28: Il progetto epidemiologico si riferisce agli anni 2.001-2.002 ed ha come target una popolazione giovanile scolastica di 2.300 – dai 14 ai 18 anni compiuti – di tre Aziende Unità Sanitarie Locali della Toscana: Massa Carrara come capofila, Pisa e Lucca; responsabili del progetto erano i tre Direttori dei corrispondenti Dipartimenti di salute mentale; al progetto hanno partecipato alcuni Psichiatri, alcuni Psicologi e alcuni Neuropsichiatri infantili che formavano il “Gruppo di esperti”, impegnato nella formalizzazione e nello svolgimento dell'intero progetto, compresa la elaborazione di una “Intervista semi-strutturata”; sono stati coinvolti i tre Provveditorati scolastici, le Presidenze degli Istituti scolastici coinvolti e i Professori delle singole classi interessate; hanno partecipato le Unità informatiche aziendali e particolarmente le “Organizzazioni Speciali/O.S.” di Firenze – editrice nazionale di tests e materiale psicometrico – per la elaborazione delle circa 2.300 copie del Questionario M.M.P.I.-A. in altrettanti profili clinici. Il progetto ha riguardato 20 Scuole Medie Superiori di Massa Carrara, di Pisa e Pontedera, di Lucca, divise in tre raggruppamenti: Licei, Istituti tecnici, Istituti professionali. *Gli strumenti di ricerca*: il Minnesota Multiphasic Personality Inventory per Adolescenti e una Intervista semi-strutturata da applicare in un colloquio al 10% circa dell'intero campione; intero campione

suddiviso in tre profili: **I**-nella norma; **II**-con fattori di rischio sotto-soglia cioè a “*basso rischio psicopatologico, b.r.p.*” [profilo clinico tra 60-65 del MMPI-A]; **III**-con chiari fattori di rischio psicopatologico cioè ad “*alto rischio psicopatologico, a.r.p.*” [profilo clinico 65<.]

[N.29: Il “**coping**” è la modalità di adattamento risposivo [o **attivo** o **passivo** o di **affidamento all’altro**] da parte del soggetto che incontra problematiche esistenziali importanti; è la strategia individuale-soggettiva per far fronte alle difficoltà quotidiane, con un tipo di consapevolezza che va da un minimo – in quanto continuum dell’incoscienza – ad un massimo – come rigida e ossessiva copia rappresentativa di un “modello”-. Si sottolinea il fatto che, nell’elenco sintetico che segue, non viene affrontato con evidenza il coping di tipo auto-eteroaggressivo, definibile coping attivo ma negativo negli effetti in quanto distruttivo.... I tre stili di coping sono stati ripresi sostanzialmente da E.Frydemberg e R.Lewis, op. cit..]

[N.30: *I tre stili di coping possono essere molto utili in un’ottica professionale di tipo educativo-pedagogico ma anche di tipo psicologico e medico, specialmente nei contesti sanitari. Va detto che l’intero progetto di ricerca di cui si parla, il gruppo di esperti che hanno collaborato alla ricerca, il personale impegnato per la somministrazione dell’intervista e tutto il personale delle istituzioni scolastiche coinvolte non hanno avuto l’opportunità di approfondire e/o di interpretare la grande quantità di dati raccolti in una prospettiva di intervento “trasformativo” sociale e/o psicologico e/o psicoterapico; e non è stato possibile avviare un movimento trasformativo – sostenuto dal proseguo dello sforzo di ricerca scientifica pluriprofessionale – capace di operare, anche preventivamente, per l’esercizio quotidiano del bene-essere dei soggetti che erano risultati in “b.r.p.” e particolarmente in “a.r.p.”; sulla base della ipotesi di lavoro per la quale c’è una sequenza di priorità tra prevenzione, “to care” e “to cure”. Il modello ufficiale di “Prevenzione”, a livello nazionale, è dato dalle “Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione” consegnate alle Aziende Sanitarie Locali.]*

[N.31: Il testo seguente riguarda particolarmente il contesto “*famiglia*” ed è stato presentato dallo scrivente all’intero gruppo di ricerca come una prima elaborazione dei dati quali-quantitativi risultanti dalla somministrazione dell’M.M.P.I.-A e dalla applicazione della Intervista semi-strutturata; si tratta di 229 adolescenti, 106 maschi versus 123 femmine, suddivisi nelle due tipologie cliniche a “basso rischio psicopatologic-**b.r.p.**” e ad “alto rischio psicopatologico-**a.r.p.**”]

[N.32: A conferma dell’elevato disagio intrafamiliare, si riporta un dato risultante dal M.M.P.I.-A somministrato a tutti i 2.128 adolescenti: nella *Scala di contenuto “Problemi in famiglia”* il 15% denuncia problematicità familiari; anche l’elevato valore medio percentuale dello “Stato d’animo” intermedio – 15,3 vs 6,9 – sembra suggerire la presenza di problematicità interattive in famiglia.]

[N.33: Nel Manuale, è di evidenza la centralità della verità soggettiva e del simbolo positivi e piacevoli in ordine a forme di trasformazione evolutiva e della verità soggettiva e del simbolo spiacevoli e negativi dinamicamente correlati all’arresto e/o all’involuzione di ogni processo trasformativo evolutivo: su questa base si può impostare un “reale” lavoro scientifico di

prevenzione che coglie anche i sintomi di disagio psicologico, i sintomi predittivi di psicopatologia e che favorisce comunque il ritorno a relazioni intersoggettive simil-originarie o similsimbiotiche, “buone”, anche nei contesti di “to care-to cure”. Sarebbe fondamentale fare alcune applicazioni di questo dato e di altri successivi alle caratteristiche di personalità dei soggetti “diversamente abili”.]

[N.34: Nel Testo, particolarmente nei Capp. 1°, 2° e 5°, si evidenzia come la relazione simbiotica originaria detemini una matrice di scambio totale tra due individui e che essa costituisca la base dinamica unica per possibili evoluzioni trasformative dell’Io; per conferma, il rapporto simbiotico e similsimbiotico includono, per definizione, la vicinanza sia corporea che affettiva e rappresentativa.]

[N.35: In questo contesto, il riferimento esplicito alla *deontologia professionale significa l’urgenza e il dovere anche di deontologia politica, sociale, religiosa, giuridica, penale, istituzionale-comunitaria...* avendo chiara la assoluta verità soggettiva di esistenza che può essere positiva o negativa relativamente al tipo di esperienze primarie e che quindi si può binariare in individualità-soggettività vera e in individualità-soggettività falsa e/o bugiarda; la deontologia professionale, politica... hanno diretto riferimento ai “sistemi veri” e/o ai “sistemi falsi e/o bugiardi”; v. in seguito, la nota 36; oltre a G.Bateson, opp,citt., v. anche K.Kaye nel Manuale.]

[N.36: Si è più volte parlato, nel Testo, di **“senso esistenziale e relazionale”, di soggettività e di individualità, di vero e di bugiardo/falso, di sistema vero, di sistema bugiardo e di sistema falso... e quindi di esposizioni profonde alla scissione intrasoggettiva**; qui si fanno quattro sottolineature: **1**-“l’Io che si vive come è stato vissuto in famiglia” è vero anche se per gli altri, cioè per la legge, per la cultura, per la società, per la scienza... può sembrare bugiardo e/o falso – senza sostenere che la verità soggettiva non abbia spesso la necessità di trasformazioni evolutive per maturare una soggettività adulta vera [=positiva e il più possibile piacevole]; **2** – l’Io è “bugiardo” quando afferma, con sufficiente consapevolezza, di essere diverso da come si appercepisce o da quello che si sente di essere; **3** – l’Io è “falso” quando, con sufficiente consapevolezza, per obiettivi “di tipo nevrotico”, per condizionamenti ambientali che lo costringono... “finge operativamente”, non aderisce soggettivamente alla “parola che pronuncia”, alle leggi della società, agli eventi esterni che succedono... a tutto ciò che si verifica nel contesto di realtà e che “dovrebbe essere vero”; **4** – se questi eventi esterni non hanno sufficienti caratteristiche di “verità storica” (ad esempio: come accennato nel Cap.1°, c’è prepotenza, c’è totalitarismo, c’è radicalismo, c’è abuso, c’è sostanziale privazione di diritti fondamentali...) l’Io si trova coinvolto in una ulteriore complessità e conflittualità esistenziale che qui necessariamente si tralascia.]

[N.37: Una conferma ulteriore si ritrova nel dato del questionario M.M.P.I.-A.: *la Scala di contenuto “Difficoltà al trattamento” indica che il 13,5 degli adolescenti contattati, cioè che 288 adolescenti su 2.128, sono in fascia clinica di esposizione >65 e che il 5,2, cioè altri 110 si trovano nel range problematico 65-60.* In questo discorso, non si fa alcuna considerazione sulla complessità, paradossalità, schizofrenia... delle interazioni sociali e dei contesti socio-culturali che derivano dagli intrecci del vero-bugiardo-falso soggettivo-individuale e sociale-collettivo-culturale-politico-

giuridico...; *maggiormente emerge l'urgenza necessitante, non gratuita, di solide azioni preventive sia individuali-soggettive che collettive-sociali.* Sembrerebbe stimolante e necessario fare reali e interpretative applicazioni di quanto si sta dicendo alla casistica dei soggetti “diversamente abili”.]

[N.38: L'esperienza pluriennale diretta di prevenzione nelle Scuole superiori statali mediante counselling settimanale, mediante conferenze monotematiche “interattive” con singole classi portatrici di particolari esperienze – per droga, tentato suicidio, fuga da casa, comportamenti vandalici, rifiuti del diverso...-; l'esperienza di responsabilità di un Servizio per le Tossicodipendenze – con l'introduzione della psicoterapia, degli incontri di gruppo per alcoolisti, di una cartella psicologica storico-anamnestica, di visite familiari e in carcere, di sostegno per ragazze-madri... e con l'applicazione di un questionario sul fenomeno “Tossicodipendenza, famiglia, scuola e società” alle classi di 3° media, con relativa elaborazione dei dati e restituzione alle singole classi-; lo sviluppo di un aggiornamento “condiviso” con Insegnanti di scuola materna di una intera Azienda Unità Sanitaria Locale e di una Presidenza di scuola media sulle dinamiche di classe e di apprendimento esistenziale e cognitivo in collegamento con la partecipazione quotidiana di “bambini diversamente abili” o di “bambini difficili e asociali”; l'attività in un Consultorio Giovani dell'A.S.L.... sono alcuni percorsi possibili di **attività continua di prevenzione**, inserita egregiamente nel rapporto di “lavoro dipendente” di un Servizio pubblico: tale attività è risultata produttiva di cambiamenti nelle singole persone, nei gruppi di docenti, nelle équipes pluriprofessionali e nella organizzazione complessiva contestuale. Va sottolineato che la prevenzione di cui si parla è sia “primaria”, sia “secondaria”, sia “terziaria” che “quaternaria” ed è comunque strettamente finalizzata alla operatività, alla quotidianità e alla documentata trasformazione evolutiva del “caso clinico”, dell'équipe pluriprofessionale e delle comunità-istituzioni sanitarie; v. anche L.Cresti et al.. Come lettura stimolante si suggeriscono almeno due testi del prof. L.Bauman ('02) “ Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone” e ('06) “Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi” in Laterza, Roma-Bari.]

[N.39: In collegamento a questa ricerca, si vedano i percorsi evolutivo-involutivi dei familiari “normali” in un contesto familiare nel quale ci sia, ad esempio, la “presenza dinamica e potente”, di un fratello portatore di patologia psicofisica. Si vedano i testi citati di M.Ammaniti ('01), E.DiMaria e G.LoVerso, D.Jodelet, G.Levi...]

IV – La osservazione all'Università e la prevenzione primaria [T. Santoni*]

Il tema che mi accingo a trattare, è oggetto di studio per coloro i quali si formano nelle discipline socio-sanitarie. Possiamo ritenere il luogo universitario come il contenitore di metodologie e di conoscenze che rappresentano il corpo della formazione. In questa cornice, può realizzarsi un apprendimento significativo in una prospettiva curriculare centrata sulla acquisizione di abilità cognitive e pragmatiche; nonché sulla promozione di competenze relazionali e sociali, in

termini di consapevolezza e impegno sociale, una delle tre dimensioni specifiche e fondanti dell'agire educativo.

Allo scopo, vengono proposti e ripresi sinteticamente alcuni concetti sul tema dell'individuo nel suo sviluppo ontologico, in una forma di "viaggio" sul terreno della formazione, al fine di cogliere il complesso gioco fra sé ed il mondo.

I Il sistema uomo tra natura e cultura

Da sempre l'uomo tenta di comprendere la propria natura e il suo funzionamento: è per questa ragione che, dai tempi più antichi fino ai nostri giorni, gli studiosi hanno formulato teorie della personalità.

Partendo da una visione dell'uomo, già delineata fin dagli inizi del secolo scorso, si consolida la concezione che legittima l'*integrità dell'individuo umano* a partire dalla sua corporeità e pulsionalità inconscia che, nella concezione freudiana, diviene la dimensione fondante dello psichismo stesso. Viene accolto così il bisogno dell'uomo moderno di essere riconosciuto, ed in questo, la psicoanalisi si delinea come una forma di cura non repressiva e profondamente rispettosa della condizione umana. Un tentativo, se vogliamo, di mediare tra le tensioni pulsionali dell'individuo e le istanze culturali della comunità (1).

Nell'arco di un secolo, il percorso della psicologia si evolve, col mutare della società, per quel che concerne anche e soprattutto il tema della "*salute mentale*". Di grande rilievo, a questo riguardo, sono le riflessioni di Minkowski (2) il quale analizza il rapporto esistente tra tempo vissuto e sofferenza mentale e pone in rilievo alcuni stili di vita tipici della cultura occidentale, con modalità che comprendono l'iperattività espressa nel "tutto velocemente" e nel "tutto antidepressivo". Questo stile di vita prevede sempre meno il tempo "dell'incontro", che preclude inevitabilmente il tempo della comunicazione con l'altro; gli effetti collaterali di questa modalità si riflettono in una mancanza di tempo comunitario, compresa l'assenza della storicizzazione della vita con la coerenza della propria storia. Tutto accade in una dimensione che è all'insegna del "fare" e nel periodo più breve possibile, come se le situazioni non fossero più determinate da un processo storico.

In questo quadro, *il primo dato che emerge è un individuo che non si riconosce più nel "modello esistenziale dell'essere"*, con il diritto ad essere felice da un lato e con la possibilità della espressione del disagio dall'altra, in una società fattasi "disumana": viene rappresentato il punto culminante di un percorso attraverso il quale la psicologia del novecento accoglie e fa propria la concezione dell'individuo espressa dalla cultura moderna (3). Tuttavia, la ricerca psicologica procede e scopre, in questa modernità, le contraddizioni di un individuo che si ritrova a esperire una profonda solitudine, in assenza di valori e di regole condivise, afflitto dalla dipendenza dagli altri e dal conformismo.

Kout (4) esprime nitidamente l'essenza dell'esistenza umana che appare sempre più svuotata, riscontra che nell'uomo non vi è più solo il bisogno di un riconoscimento della

pulsionalità ma anche della appartenenza. Visualizziamo questo individuo che emerge da una società complessa e globalizzata, da una cultura occidentale orfana dei grandi sistemi filosofici e religiosi; ma è proprio all'interno di una comunità disgregata, dove nessuno controlla nessuno e dove nessuno si prende cura di nessuno, che diventa impossibile ricevere conferma della propria identità e della propria differenza. L'uomo, disvelato dalla psicologia contemporanea, si scopre orfano di un "altro" che lo possa riconoscere e dolorosamente incapace di stabilire un legame significativo, duraturo con la famiglia e con la comunità.

La chiave di lettura psicodinamica ci permette di poter comprendere la nuova sofferenza nell'assenza di risposte adeguate ed empatiche e/o nella presenza di risposte gravemente disturbate dell'adulto, del genitore, il quale si esprime attraverso una relazione frammentata, discontinua, incapace di generare una sana autoaffermazione del sé e sviluppo.

Questi concetti innovativi, attraverso i contributi di studiosi quali Stern, Mahler, Klein, Balint, Bion e molti altri, hanno portato, in ambito psicologico, ad una definizione dell'uomo che coniuga gli aspetti intrapsichici e relazionali ad un cambiamento nel modo di concepire la vita mentale dell'uomo. La relazione non è soltanto il luogo significativo all'interno del quale poter esprimere le proprie emozioni, così come aveva intuito la psicologia umanistica, ma diventa qualcosa di più importante in quanto essa viene concepita come lo spazio fondamentale da cui nasce la mente umana (5).

Il secondo dato che emerge, invece, è un soggetto che si riconosce nel modello dell'avere, dove l'identificazione è con gli oggetti e nel quale l'equilibrio mentale si basa sul possedere; si tratta di un individuo che fa parte di una comunità resa instabile da legami interpersonali non più "solidi" e che può disporre dei propri atti senza doverne misurare il valore su di sé e sugli altri, mercificando ogni tipo di relazione. È un individuo che incorpora la cosmologia della società fondata sulle merci, ove "tutti ci raccontiamo come merci, ci comportiamo come merci e interagiamo a partire dalla narrazione per la quale tutto è merce" (6): in questo individuo si fanno traccia "nuovi sintomi" e un tipo di disagio che si forma all'interno di schemi universalistici.

Qualcosa di analogo viene affermato da Bateson per il quale noi finiamo per diventare quel che fingiamo di essere (7); per questo motivo, cioè per questo nostro modo di fingere, come si può pensare di non accostarsi alla sofferenza ?

Il senso che riusciamo a dare a ciò che facciamo è solo in virtù della fiducia reciproca che riponiamo gli uni negli altri, nei quali infondiamo una intensa affettività. Ma questa evoluzione comprende la progettualità di un continuo essere al mondo, fortemente in antitesi, là dove alla dimensione del progetto subentra un soggettivismo relativistico. Questa soggettività si manifesta a vari livelli: quello politico, della comunità, della famiglia, del lavoro; con un contemporaneo recupero della dimensione privata, come il posto dove l'individuo illusoriamente si autorealizza "da sé", in modo solitario, in assenza di una radice simbolica che permette la narrazione del proprio sé.

L'esperienza dell'indifferenza, dunque, prodotta dall'adulto che si è evoluto attraverso processi naturali e culturali, costituisce una costante sempre più diffusa; l'esito del trauma è spesso

una paralisi affettiva e cognitiva, che rende difficoltoso l'accesso alla funzione simbolica e impedisce la possibilità di elaborare rappresentazioni adeguate del sé e dell'altro. Questa debolezza del "registro simbolico", sembra costituire uno degli elementi più ricorrenti che accomuna fra loro i nuovi sintomi (8).

Sembra evidente che, fin dalle prime fasi dello sviluppo ma anche in seguito, la capacità dell'individuo di attribuire significato alle sue emozioni, di rappresentare la sua realtà, di simbolizzare le sue esperienze dipenda dalla presenza e dalla risposta che viene data nelle prime interazioni e quindi dalla qualità della relazione e della comunicazione che intercorre tra madre e bambino. La costituzione della sua identità e la piena realizzazione dell'individuo, sono possibili soltanto all'interno dell'alveo vitale e nutriente che è la relazione con l'altro, affinché possa esistere, appunto, un *uomo relazionale* (9).

Stern, descrive la relazione a due, tutta incentrata sul reciproco implicarsi, riconoscersi, sintonizzarsi; vi sono dinamiche descritte da Lachmann (10), nella prima infanzia, in termini di "regolazione mutua", di "relazioni reciproche" che narrano proprio il senso di tale interazione.

Una relazione di reciprocità ben regolata col caregiver crea nel bambino un senso di sé autonomo e robusto, producendo effetti che si estendono anche alla vita adulta; essa è all'origine dei processi di mentalizzazione e della comparsa della funzione riflessiva. Un bambino, che può rispecchiarsi positivamente nel caregiver, diviene capace di concepire il pensiero altrui e di attivare una adeguata rappresentazione del sé.

Le ricerche e le teorizzazioni, appena sinteticamente accennate, ci suggeriscono come, sul piano antropologico, la matrice relazionale della reciprocità delinea un nuovo modello di individuo, un individuo che conosce se stesso soltanto se qualcuno lo riconosce e, a sua volta, è in grado di vedere, di riconoscere e di individuare l'altro. È da questa densa reciprocità che trae origine la mente umana e si tratta di una acquisizione che già la cultura greca aveva in parte intuito quando, Aristotele, asseriva che la felicità non può in alcun modo essere una esperienza solitaria (11). Si tratta di un assunto che, fin dalle origini, il cristianesimo ha fatto interamente proprio concependo l'uomo come riflesso di un Dio Trinità, in definitiva un Dio relazionale.

La "scelta relazionale" non rappresenta quindi, per l'individuo, una opzione fra le tante possibili ma un orientamento decisivo da cui può dipendere il suo stesso futuro e, con esso, l'"autorealizzazione". Essa esprime il modo in cui un individuo si riconosce nel modello esistenziale dell'essere attraverso l'attuazione delle potenzialità che possiede per la realizzazione del proprio sé.

Orbene, *la identità si sviluppa dalla sintesi e dalla integrazione della individualità con la relazionalità*, cioè dalla "intenzionalità interiore" che si sviluppa come parte della autonomia, della iniziativa e dell'impegno, unita alla capacità e al desiderio di essere parte di un gruppo sociale: ciò che alcuni teorici hanno denominato "sé relazionale" (12). In questo ordine, si evincono le capacità di svolgere attività continuative, rivolte ad un obiettivo e centrate su di un compito. La psicologia, nonostante le prime scoperte rivoluzionarie in relazione al funzionamento psichico, ha continuato a considerare, per gran parte della sua applicazione, i modelli cognitivi: in essi, il rapporto fra

emozione e pensiero era completamente slegato... anche se, attualmente, vi sono dei contributi che teorizzano la possibilità della non reciproca esclusione. Ci riferiamo alle scoperte di Bion sull'origine della mente e quindi del pensiero che sfatano la ormai diffusa convinzione che la cognizione sia separata dall'affetto, mentre vi è fra le due un significativo accostamento che permette di ridefinire una nuova metapsicologia.

Queste scoperte hanno favorito una migliore conoscenza della realtà psichica che, nella funzione di cura, può consentire all'operatore/educatore di svolgere al meglio la sua attività. Se individuamo i concetti relativi alla distinzione necessaria fra sensazioni, emozioni e pensieri, oppure relativi alla conflittualità insita nella relazione mente-corpo o ancora al modo con cui la mente si libera dalle frustrazioni evacuandole o negandole, possiamo apportare un contributo al bagaglio culturale di ogni educatore/operatore sanitario così come alla capacità di ascolto verso "tutti" i contenuti emotivi, interamente scevro da giudizi moralistici... per aiutare l'operatore ad avere attenzione e rispetto per i propri e gli altrui pensieri (13).

Proprio i continui processi di trasformazione culturale in corso favoriscono la possibilità a ciascun individuo di accedere alla formazione/informazione e al sapere: questo è tanto vero in quanto la posizione di ciascuno di noi nella società viene determinata [anche e/o specialmente] dalle conoscenze che si acquisiscono, con la capacità di esprimerle.

II La formazione come strumento di prevenzione

Questi processi di apprendimento vengono attivati dalle istituzioni formative scelte dall'individuo che ha progettato il proprio percorso lavorativo futuro; attraverso modalità strutturate di formazione permanente e ricorrente, in modo tale che vi sia sempre aggiornamento nelle attività professionali.

I motivi sono riconducibili alla possibilità di accedere alla conoscenza, alla disponibilità di nuovi strumenti, all'aggiornamento della normativa, allo sviluppo delle esigenze di armonizzazione in ambito europeo...; per tale scopo, vi è urgenza di definire un quadro di riferimento certo, che potrebbe rappresentare una opportunità di crescita per il nostro paese e, senz'altro, un investimento anche nella ricerca internazionale, come evidenziano recenti studi (14).

Quando parliamo di formazione universitaria, non è semplice darne una esauriente definizione in quanto sono diverse le finalità e le modalità nelle quali si realizza. Possiamo comunque intendere un insieme di apprendimenti culturali che, una volta assimilati, vengono restituiti sotto forma di "competenze". I continui processi di trasformazione in corso, hanno incrementato le possibilità di ciascun individuo di accedere all'informazione e al sapere, di conseguenza vi è la necessità di modificare il concetto di questa competenza nei sistemi di lavoro.

Per questi motivi, accanto al compito fondamentale di formazione iniziale, l'università deve rispondere alle nuove necessità in materia di istruzione scientifica e tecnica, di competenze trasversali e di possibilità di apprendimento lungo tutto l'arco della vita, le quali richiedono una più grande permeabilità tra le componenti e i livelli dei propri sistemi di istruzione e di formazione.

Infatti, la conoscenza viene acquisita dagli individui nella misura in cui viene anche condivisa, gestita all'interno dei gruppi e delle organizzazioni, e la capacità di possederla e soprattutto di generarla si trasforma in un "motore" fondamentale dello sviluppo umano e sociale, anche attraverso l'accesso alle lingue, nel rispetto della diversità e della tolleranza. Impegnarsi dunque per salvare le tematiche della formazione è non solo una necessità ma un'esigenza, soprattutto nel momento sociale, economico, organizzativo che implica l'interazione non solo col mondo del lavoro (15).

In questa ottica, una volta completato il ciclo formativo universitario, si possono affrontare le tematiche e le pratiche connesse alla ricerca, alla didattica avanzata, al counseling ed ai processi tutoriali, in tutte le attività di formazione dei formatori e degli insegnanti. L'assunto fondamentale della formazione universitaria è quello di formare studenti che diventino "operatori" responsabili e che prendano parte con impegno alle attività che contribuiscono alla salute e al benessere dell'intera comunità e dei suoi membri (16). In quanto concetto estensibile, formarsi assume una valenza strategica ai fini dell'efficacia stessa del cambiamento rispetto al passato, sia personale che sociale, dove il sapere non è più inteso come aumento di dati conoscitivi ma un sapere integrato con il "saper fare" e con il "saper interagire". Tale percorso può esprimere valore aggiunto all'interno dei servizi di prevenzione, in raccordo con le realtà territoriali, non ultimo all'interno dei processi di programmazione sanitaria della educazione alla salute e del miglioramento degli stili di vita.

In questa prospettiva, occorre tenere vivo il "contratto" sociale tra le facoltà delle scienze sanitarie, psicologiche, mediche e la popolazione; in quanto l'OSM riconosce l'importanza della formazione degli operatori professionali per attuare interventi efficaci di prevenzione, attraverso la elaborazione di programmi nella formazione universitaria e post universitaria. Negli obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità vi è l'obiettivo di proteggere e promuovere la salute, creando i presupposti per una qualità migliore della vita; questo concetto esclude il benessere come assenza di malattia o di sintomi ma implica il benessere psico-fisico-sociale. Quanto più si fa "prevenzione" quanto più migliorano le condizioni di vita. Ma la salute può essere intesa, in generale, soprattutto come un tipo di "comportamento", uno stile di vita. Proprio gli stili di vita sono, in larga parte, il risultato delle politiche sociali, economiche e culturali. Queste politiche, attualmente, tracciano nel nostro paese modelli comportamentali prevalenti che penetrano profondamente la società civile, condizionano il tempo delle persone, l'organizzazione delle famiglie e l'inserimento lavorativo (17). Sorge spontaneo il sospetto che, di fronte alla complessità di un vero intervento di prevenzione primaria basato sulla riduzione/eliminazione dei fattori di rischio ambientali, questi vengano ignorati a favore di scelte relativamente più semplici, come le campagne educative generiche.

Vi è quindi un bisogno di cambiamento, in direzione di un impegno sanitario che contempli l'attenzione per la persona, con un approccio globale e multidimensionale, che sappia rendere sinergiche le proprie misure assistenziali con altre componenti del sistema, per un progetto

nuovo di società. Questo lo si evince dall'ultimo rapporto EURISPES 2006 (18); purtroppo, per quel che riguarda le politiche per la tutela nel nostro paese, le prospettive sono deludenti.

Per l'attenzione posta alla formazione, quale veicolo di prevenzione, ci si interroga anche se sia sufficiente ed adeguato il curriculum didattico tradizionale e se non vi sia la necessità di correlare i vari livelli culturali, ambientali, economici. I curricula universitari, affermano molti autori, non rispondono ancora in modo sufficiente ai bisogni emergenti dalle nuove circostanze con cui si devono confrontare i medici, gli psicologi, gli insegnanti oggi. In questo panorama, sembra venire meno una prospettiva globale (19).

Quanto detto in materia di prevenzione potrà attuarsi attraverso interventi, sia a livello individuale sia a livello di comunità, che limitino il più possibile gli effetti invalidanti, attuali o futuri, di patologie o di situazioni di pericolo già presenti o per le quali esiste un significativo margine di rischio. La strategia globale di intervento preventivo primario può essere data, come si affermava poc'anzi, attraverso un'adeguata formazione universitaria che permette, ad ogni persona, di esprimere il proprio modo d'essere e che fornisce un'occasione di crescita.

Il processo di crescita personale viene attivato proprio dalla conoscenza, in un rapporto che consente non solo l'autonomia ma anche la consapevolezza di sé, della propria identità, di quell'io che confida nell'acquisizione di strumenti, superando i limiti imposti dalla propria natura. In altre parole, la formazione produce prevenzione nella misura in cui l'individuo si riconosce questa "capacità di coscienza".

Uno dei punti fondamentali della Carta di Ottawa (1986) (20), per la "promozione della salute", cita "lo sviluppo delle capacità individuali" come uno dei punti cardine; ma l'impegno posto in questa direzione non è ancora sufficiente, infatti le competenze sociali ed emozionali non si possono trasmettere attraverso la sola formazione universitaria così come è attualmente concepita. Risulta che vi è una notevole distanza tra quello che viene trasmesso e le competenze necessarie per agire in situazioni professionali quali i servizi socio-sanitari, cioè dove si prende in carico la persona in toto. Questa distanza può essere colmata soltanto attraverso la costruzione di un "dialogo" tra: Formazione universitaria, Tirocinio, Aggiornamento professionale e Supervisione; in questo modo, si potrà raggiungere l'integrazione tra le "conoscenze acquisite" e le "conoscenze esperite".

Uno degli aspetti per far sì che si possa "lavorare con e sull'altro" è il lavoro che dovrebbe fare ogni persona coinvolta nell'attività di cura, "un lavoro su sé stesso", per essere in grado di recepire il disagio dell'altro e per acquisire capacità di restituzione in termini di proposte per il miglioramento della vita quotidiana delle persone svantaggiate. Come afferma Ricoeur, avere *cura di sé, dell'altro, in situazioni giuste* (21).

Tutto questo ha a che fare con la "**relazione d'aiuto**" che ha affinità con la medicina, con la psicologia clinica e con l'educazione soprattutto. L'operatore della professione sanitaria-sociale probabilmente possiede o dovrebbe possedere dei requisiti, cioè tutte quelle predisposizioni

affettivo-cognitive che possono e devono essere “coltivate” ed “orientate” e coniugate alla conoscenza non superficiale dei processi sociali, psicologici e cognitivi.

Le considerazioni in merito sono riferite a tutte le componenti del bagaglio professionale, affermando che, indubbiamente, “le doti vocazionali” giocano un ruolo rilevante nella professionalità e sono necessarie ma la spontaneità alla relazione, la solidarietà, la pazienza, le capacità sintoniche certamente non si costruiscono; l’amore può anche essere smisurato e non servire, la solidarietà verso i deboli ed i bisognosi è lodevole ma non sempre produce cambiamento (22).

La formazione dovrebbe mettere nelle condizioni di assumere una capacità di lettura del disagio, fornendo strumenti per acquisire una capacità di lettura di sé, dando origine ad un *sé modulare*; che, nel processo formativo generale, possiamo considerare una “macro costituzione” interna; mentre, attraverso la formazione continua dell’aggiornamento professionale e la “supervisione”, si affinerà in una “micro costituzione” interna.

Il percorso di Tirocinio rappresenta un’occasione di acquisizione di queste capacità, in quanto l’esperienza teorico-pratica viene considerata come “la presa di contatto concreta con situazioni lavorative”. Compito dello studente è quello di acquisire professionalità attraverso l’esperienza sul campo, che è soprattutto esperienza relazionale. Si dà per scontato che lo studente porti con sé, come requisito personale, ciò che i manuali di tirocinio e, non ultimi, i profili professionali recitano nei termini di Capacità osservative, di Capacità di trattare in modo appropriato i sentimenti di gioia e rabbia propri ed altrui, di Capacità riflessive, di Creatività, di Capacità di lavorare in gruppo ecc.

Purtroppo, anche con i curricula di formazione professionale, specifico queste competenze non sono trasmesse nel modo utile e necessario. È pur vero che, solo attraverso l’esperienza, è possibile uno sviluppo coerente di “consapevolezza” ma la predisposizione a ciò dovrebbe, in prima istanza, essere valutata in ambito universitario (23).

Questi aspetti concorrono a rilevare una *certa distanza tra ciò che viene trasmesso all’università e ciò che porta lo studente come “valore aggiunto” personale*; ma quello che è più sorprendente sta nel fatto che ***non vi è nessuna struttura, figura, rete preposta per la rilevazione di queste “doti personali”, non intese come risposte a questionari attitudinali che sono cosa ben diversa***. Per alcuni ruoli, ad esempio per l’ Educatore Professionale, il percorso formativo nei contenuti non contempla lo studio di alcun paradigma teorico di riferimento e nessuna specializzazione di “area” di intervento... compresa tutta quella parte di “professionalità” che riguarda “l’utilizzo delle tecniche educative e delle metodologie scientifiche”. Altro elemento che aggiunge perplessità è la biografia personale che si sovrappone spesso a quella professionale, influenzandosi negativamente.

L’operatore, in questi ambiti, tende a “costruire” *atteggiamenti* – ovvero posizioni concettuali assunte rispetto ad un problema – e *comportamenti* – modi con cui una persona agisce – che non sono sostanzialmente valutati e verificati in quanto prodotti di “processi mentali” precisi.

Questo argomento è di fondamentale importanza in quanto spesso è più “doloroso” per l’operatore, in situazioni di criticità, fermarsi nella riflessione che agire, attivare tutte quelle azioni che mirano a difendersi dalle proprie angosce. In questo caso si assiste ad un vero e proprio “corto circuito” emotivo (24), ove l’azione rimpiazza il pensiero; viene quindi meno la percezione delle proprie reali possibilità da parte di chi opera.

Piuttosto, è forte la convinzione che una migliore conoscenza della realtà psichica possa consentire all’operatore di svolgere al meglio la sua attività, senza per altro sconfinare in campi differenti ed inadeguati alla propria competenza ed al contesto in cui opera... proprio come un insegnante di educazione fisica può trarre vantaggio da una conoscenza approfondita del corpo umano, senza per questo sentirsi né in diritto né in dovere di fare il medico (25).

III Osservare per conoscere – osservare per conoscersi

La capacità di osservazione è un altro tema che spesso non viene affrontato con il peso dovuto ma per il quale tutti ci sentiamo “competenti” nella pratica. La nostra osservazione, per quanto possa darci molte utili informazioni, può essere viziata da una serie di distorsioni: infatti, è più facile che rimangano impressi nella memoria episodi molto frequenti e/o usuali oppure, alcuni soggetti ci possono attirare più di altri per le loro caratteristiche... in ogni caso vengono tralasciati comportamenti rilevanti.

Possiamo affermare che l’osservazione spontanea è carente *di oggettività* per distorsioni soggettive, effetto alone, tendenza centrale. Nei percorsi di formazione universitaria delle scienze sanitarie, il metodo osservativo viene proposto in quanto strumento di conoscenza, supportato da teorie, le quali si basano sui fenomeni osservati. Conseguentemente, la discussione inerente a strumenti e logiche dell’osservazione, in ambito scientifico, si presenta come la *quaestio* preliminare di qualsiasi indagine empirica (26).

Naturalmente, la necessità di ricavare dall’esperienza i dati o l’informazione relativi al proprio ambiente di ricerca rimane un’acquisizione scientifica consolidata da secoli; meno scontate appaiono invece le procedure, tecniche, criteri di validità e la relazione col dato teorico. Se nel campo delle scienze naturali la discussione epistemologica è meno accesa che in altri settori della ricerca, è pur vero che, nella psicologia, le discussioni risultano invece complesse: in quanto l’osservazione è spesso mediata dal confronto dell’oggetto col soggetto, un confronto tra simili e quindi esposta ad un forte rischio inferenziale. Inoltre, si presuppone che l’orientamento che ne descrive l’ambito di interesse, sia fondato su un costrutto teorico.

In relazione a questo, esiste un ampio panorama di studi che si sono occupati del metodo osservativo, in quanto ogni scienza si caratterizza per un metodo di ricerca la quale comporta differenti e specifiche invenzioni, concettuali e strumentali, incluso lo strumento della soggettività.

Per soggettività intendiamo, il *funzionamento mentale dell’individuo, quindi dell’operatore*, il quale dovrebbe possedere, oltre che dotazioni personali, una sufficiente preparazione di base e un training specifico (27).

Nei contesti istituzionali, dove viene attivata la “presa in carico” del paziente, l’orientamento e “la filosofia” dell’istituzione vanno a determinare le tecniche di osservazione dei comportamenti con la finalità dell’attuazione di programmi e progetti, quindi degli interventi mirati da compiere.

Possiamo affermare che, nei contesti socio-sanitari-educativi, il metodo osservativo ha un valore conoscitivo ed un intento formativo che definisce uno stile di vita ed una modalità di essere con l’altro. Per questo motivo, *nella relazione con la diversità, il saper osservare diventa il punto iniziale di ogni possibile trattamento e, in quanto metodo, può essere considerato l’essenza della ricerca che appartiene ad ogni sapere scientifico.*

All’interno di un percorso formativo, dobbiamo tenere presente che ogni sapere si avvale di un proprio metodo di indagine e di comprensione, per cui è necessario, prima di procedere nel discorso, *distinguere il metodo dalla metodologia.* «La seconda, sottolinea Rosati (28), sicuramente comprende il primo e ne dichiara la varietà, così che, se si può giungere a definire la generalità del metodo, si avrà a che fare con uno studio dei metodi che riveleranno alcune procedure comuni, senza mai rinunciare alla loro specificità. Il metodo rivela tutta la sua importanza per far crescere e consolidare i saperi personali, per incrementare la voglia di impegnarsi a fare, per fornire elementi di autogrificazione allo sforzo e alla fatica”.

Il metodo, come via per raggiungere la conoscenza, si avvale delle operazioni che la mente, una “mente ben fatta”, è in grado di compiere secondo procedure ordinate e rigorose dove giocano un ruolo motivazionale forte sia l’affettività che la razionalità, quindi entrambi gli emisferi del cervello. *Una buona “posizione osservante” dipende da quanto siamo stati “capaci di elaborare dentro”, cioè dal reale apprendimento dall’esperienza a cui fa riferimento Bion (29).* Spesso, invece, apprendere dall’esperienza viene inteso come apprendere a “fare praticamente”, che ha un altro significato. Il metodo osservativo presuppone, dunque, alcune capacità e caratteristiche personali, possedute e da acquisire; perché l’osservare, comporta il saper valutare secondo un principio riflessivo che supera la visione oggettivante, permettendo all’osservatore di portare all’evidenza determinati comportamenti, o elementi di questi, a seconda dell’obiettivo prefissato e permetterà anche di riflettere sui risultati.

Dall’impostazione psicodinamica dell’impianto del manuale, possiamo definire l’essere dell’“operatore” e del “paziente” nella sua totalità, determinato dalla sua rete di relazioni. Immaginiamo dunque di porre su due piatti della bilancia, da un lato, l’osservazione sistematica che risponde al *chi osserva, cosa osserva, come osserva, dove osservare, quando osservare...* e dall’altro l’osservazione significativa che propone di *interpretare in maniera soggettiva, proprio perché è presente l’istanza di ridurre le inferenze sui comportamenti per darne una lettura certa e programmare azioni positive.*

In questo processo, entrano in gioco, come rilevato dalla letteratura esposta nei paragrafi precedenti, sia la soggettività di colui che osserva e la teoria di riferimento, sia il metodo

osservativo proposto che coglie l'aspetto cognitivo, la espressione della condotta e la conseguente codificazione; ma anche l'aspetto relazionale (30).

Nelle realtà istituzionali, l'addestramento ad "osservare" è fondamentale se vogliamo completare la formazione di base, insieme alla supervisione che implica una lettura in termini personali dell'operatore coinvolto, in relazione alla propria evoluzione e stile di attaccamento; si tratta quindi della consapevolezza delle proprie tematiche interne. Se vogliamo ragionare in termini scientifici, all'interno della proposta "per la presa in carico relazionale nelle comunità," ci dobbiamo inevitabilmente riferire al lavoro teorico e poi pratico che riguarda il "metodo osservativo".

L'osservazione, in quanto valore conoscitivo in vari ambiti della ricerca, consente di definire in modo operativo, quindi quantificabile e misurabile, i fenomeni che devono essere spiegati e favorisce la formulazione esplicita del maggior numero di ipotesi alternative. A questo strumento dobbiamo riconoscere anche un valore di contenuto in quanto ci informa, soprattutto nell'ambito specifico delle istituzioni comunitarie e socio-sanitarie, sullo stile di "cura" attuato, così come ci informa sullo stile di caregiver familiare, sugli accadimenti... in sintesi ci informa sulla modalità "dell'essere con l'altro".

Pensare al metodo osservativo come viene proposto in sede universitaria nelle discipline psico-educative rimanda al tema più ampio della conoscenza che si potrebbe esprimere nella sequenza *osservare per conoscere ed osservarsi per conoscere*. Possiamo considerare la conoscenza su un piano generale come un processo infinito, inconcluso e coevolutivo di conversazione cognitiva fra diversità e, su un piano particolare, come la strada che incontra l'altro come individuo, come ci ricorda Bocchi (31). Cogliamo in questo anche il nesso che emerge, nel sistema conoscitivo, attraverso il rapporto fra la mente degli operatori e il momento della cura, dell'osservazione che si fa relazione attraverso la quotidiana esperienza. Non può esistere conoscenza senza qualcuno che osserva e riflette sul reale; ed in questa dinamicità, colui che riflette sul reale rifletterà in esso anche i propri limiti, così anche nella sua conoscenza le qualità evocative del "reale".

Conseguentemente a ciò, *la descrizione del mondo osservato porta con sé la qualità e i confini di chi osserva*; questo principio designa come è fondamentale la relazione intersoggettiva tra due soggetti, in un dato momento, la comunità, la famiglia, la istituzione, l'osservatore e l'osservato... tutti sono caratterizzati da una relazione di reciproca influenza che realizza l'assioma di Paul Valery "diventiamo reali conoscendo, nascendo insieme a ciò che conosciamo" (32).

Spesso sentiamo parlare di impegno nel lavoro di cura, di mettere la "buona volontà" per acquisire capacità, abilità ma questi attributi appartengono esclusivamente al senso comune e alla semplificazione psicologica nel lessico quotidiano mentre, al contrario, esse implicano una connotazione scientifica.

Nella pratica relazionale, l'operatore sanitario assume un ruolo rilevante in quanto lo possiamo considerare come figura sostitutiva del caregiver familiare e di conseguenza le sue

capacità relazionali sono indicatori della propria “salute mentale” a prescindere dalle capacità tecniche. Come dire, che un sano apparato neuronale basti per assicurare una buona crescita.

Comprovate ricerche e studi, nell’ottica psico-biologica, affermano che le *capacità relazionali* nascono da una complessa evoluzione precoce di relazioni primarie con le figure di accudimento, modulate in seguito da altre esperienze affettive. Sono capacità interiori che permettono di gestire l’incontro con l’altro nel suo volgersi e di saper gestire la fatica emotiva che gli appartiene. Sul terreno dell’integrazione, all’interno del modello psico-biologico definito da una visione unitaria della persona, riflettiamo anche su un altro fondamentale elemento che accompagna l’evoluzione dell’individuo e cioè la *capacità di rappresentazione*, nell’ottica della connessione mente corpo, capacità che emerge e si sviluppa dalla possibilità di collegare le diverse esperienze del sé, si realizza entro scambi relazionali affettivamente connotati.

L’opera di Stern e Bollas, di alcuni contributi dell’ Infant research, della Teoria dell’attaccamento, evidenziano con vigore il valore dell’integrazione dei processi psichici, in virtù dell’importanza rivolta al significato delle esperienze precoci, a ciò che è prelinguistico, prelogico, presimbolico (33). Sono esperienze che connotano il rapporto precoce, come un ricco interscambio relazionale con la madre e l’insieme delle trasformazioni che lei, con le proprie cure, induce a livello psichico. Questa cura materna viene identificata più in un processo che in un oggetto, in trasformazioni cumulative interne ed esterne (34). In questo intreccio, il bambino non assume solo i contenuti ma anche le forme della comunicazione materna; ove il mondo rappresentazionale poggia su qualità dell’esserci mediante sensazioni, scambi emozionali, qualità sensoriale, scambi fra corpi significanti.

In questo pervenire all’integrazione, tutti gli elementi ci informano sulla natura di questo rapporto “oggettuale” e i modelli di interazione, grazie alla loro generalizzazione e ripetizione, organizzano progressivamente l’esperienza del bambino. Questo viene definito da Stern (35) “*processo amodale*”, cioè *la capacità innata che hanno i bambini di ricevere l’informazione in una modalità sensoriale e tradurla in qualche modo in un’altra modalità sensoriale*, probabilmente attraverso una codificazione. Infatti, i bambini hanno percezioni immediate di parti di sé e dell’oggetto che si riferiscono all’esperienza soggettiva di “essere in una relazione”; e in questo sono presenti tutte le rappresentazioni dell’esperienza organizzate in forma proto-tipica, cioè come processi e non come unità statiche. Possiamo postulare che per il bambino, la rêverie materna si fa occasione di connessione del mondo interno e quello esterno attraverso la differenziazione.

L’idea che lo sviluppo proceda per processi maturativi si ridimensiona in funzione di una concezione che sostiene che lo sviluppo avviene per processi interpersonali; tutte le successive esperienze verranno influenzate dalla differenza qualitativa delle rappresentazioni del sé e dell’oggetto, basate sui modelli di interazione precoce. All’inizio, dunque, ciò che viene rappresentato non è un oggetto, ma una relazione oggettuale: il sé in relazione all’oggetto. Questo perché i modelli interattivi che fanno da base a queste rappresentazioni costituiscono un codice organizzato e compreso reciprocamente in cui ciascun ruolo implica un ruolo corrispondente.

Il bambino di Stern, è in grado prelinguisticamente di sperimentare le proprie dinamiche intersoggettive come una “proto-trama”, cioè una struttura che porta con sé gli elementi universali della narrazione... quali i concetti di agente, azione, meta e obiettivo, in rapporto strumentale e di contesto. Gli elementi della trama, vengono distribuiti temporalmente, lo schema affettivo viene collegato allo schema narrativo e, in questo modo, le emozioni vengono a svolgere un ruolo fondamentale nel coordinare e nell’organizzare il vissuto soggettivo. La qualità dell’esperienza viene trascritta e codificata in riferimento a dimensioni categoriali quali spazio e tempo; questo inconscio implicito è quello che Bollas descrive come “*conosciuto non pensato*” (36).

Un eccesso di presenza o assenza materna non consentiranno al bambino di sperimentare la paradossale esperienza di essere “solo in presenza di qualcuno” (37), di creare quella terza area, confine fra dentro e fuori, area che ci consente di partecipare emotivamente a realtà fittizie ma psichicamente reali.

Per Bion (38), il legame è funzione propedeutica che getta le basi per il *pensiero adulto*; con esso viene superata la separazione affetto/cognizione in quanto vi è alla base sia un lavoro mentale sottostante sia una processazione neuronale ed entrambe fungono da substrato per la elaborazione delle informazioni; come afferma Imbasciati, *ciò che è appreso non è quello che è accaduto fuori ma il prodotto di una elaborazione interna che si consolida nella memoria, o ancor di più nelle memorie* (39).

Questo è rilevabile in quei tratti di personalità che denotano incapacità verbale di esprimere le proprie emozioni, come si citava poc’anzi, e di conseguenza di riconoscere le emozioni altrui, denominata *dimensione alessitimica*; e questo, insieme ad altre dimensioni della personalità, potrebbero rappresentare un ostacolo per l’operatore che osserva, sia in situazioni standardizzate, sia liberamente in un contesto relazionale quotidiano. Molte ricerche provenienti dalle neuroscienze, dalla psicologia clinica, dalla neurofisiologia spiegherebbero che la dimensione alessitimica sia correlata alla interazione fra le figure primarie di accudimento e il bambino che permettono la evoluzione della struttura mentale neuronale.

Nella dimensione relazionale umana, le prime precoci esperienze orienteranno tutte le successive, in quanto frutto di un percorso evolutivo complesso: ne deriva che queste “complesse capacità” non possono essere conseguite con la “buona volontà”, coscientemente. Infatti, le capacità relazionali fanno parte della struttura della persona, quello che possiamo definire “*l’emotivo interiore buono*”.

Quanto esposto, in merito alla capacità di osservazione, è strettamente connesso con la struttura interiore dell’operatore in quanto i risultati della osservazione passano attraverso le capacità di coscienza di questo.

La coscienza rappresenta una minima parte dei processi mentali, segna il limite rispetto alle capacità di capire cosa accade nella nostra mente, non è una dote naturale ma una capacità acquisita lungo l’arco della vita, varia in quantità e in qualità da individuo ad individuo e non è infallibile (40). In altri termini, l’osservazione è mediata dal “sistema osservante”; i limiti di questa

capacità si evidenziano a maggior ragione quando l'oggetto osservato è un essere vivente, per cui non si può separare l'osservatore dall'osservato.

Possiamo concludere che, l'atteggiamento di ascolto e l'attitudine alla osservazione diventano fondamentali nella relazione di aiuto; la esperienza dell'operatore deve essere guidata attraverso processi di aggiornamento che, purtroppo, nella maggior parte delle nostre realtà, risultano solo cumulo di informazioni mai trasformabili

IV Formazione-aggiornamento-supervisione

Siamo consapevoli che la conoscenza viene acquisita dagli individui nella misura in cui viene anche condivisa, gestita all'interno dei gruppi e delle organizzazioni. La capacità di possederla e soprattutto di generarla si trasforma in un fattore fondamentale dello sviluppo umano e sociale. Impegnarsi dunque per salvare le tematiche della formazione, è non solo una necessità ma anche una esigenza, soprattutto nel momento sociale, economico, organizzativo inteso come interazione col mondo del lavoro, soprattutto nell'ottica della prevenzione.

Il concetto di *formazione* non comprende il semplicistico modo di includere nella mente una sommatoria di elementi organizzati coerentemente, come avviene nel processo di istruzione. Nel processo di formazione vi è una modificazione, un cambiamento, all'interno di un sistema preesistente, che si attua attraverso l'esperienza; il risultato che ne consegue è una trasformazione nel sistema con cui l'individuo opera un salto di qualità. Mentre nell'*aggiornamento*, i nuovi dati entrano a far parte di ciò che già preesisteva, cioè i concetti, le abilità, le nozioni; in questo caso, l'esperienza viene assimilata nel sistema.

Sappiamo che un individuo apprende durante tutto l'arco della vita, dalle prime relazioni "formative" alla modulazione di successive esperienze "significative"; di queste ne fa parte anche l'istruzione di base, fino alla scelta consapevole di un percorso di studi formativo (41). Quando avviene una trasformazione delle strutture di personalità, il soggetto non accumula solo dati, nozioni ma vi è una acquisizione di un nuovo modo di pensare, di nuove modalità della condotta. Nella attuale cultura socio-sanitaria, purtroppo sono nati molti equivoci, in quanto viene scambiata per formazione ciò che invece si riferisce all'aggiornamento su nuove tecniche, scoperte in modo passivo, in virtù del fatto che il solo bagaglio professionale iniziale non è più sufficiente, sostanzialmente si vogliono riempire dei vuoti.

Nell'attività formativa, invece, l'operatore diventa contemporaneamente soggetto ed oggetto, l'obiettivo sta nel fornire strumenti per tradurre in nuovi comportamenti le competenze acquisite. Un motivo questo per *considerare la Formazione quale strumento della Prevenzione* perché i bisogni formativi rappresentano un punto di partenza per la definizione di piani e programmi di intervento di ampio raggio per la comunità.

Possiamo affermare che tutti gli approcci teorici, gli indirizzi allo studio negli ambiti socio-sanitari condividono la tesi per la quale la organizzazione del lavoro – data dall'insieme di individui, strutturata giuridicamente, economicamente, secondo competenze e mansioni, con uno

scopo di servizio – non è soltanto la risultante di ciò che formalmente dichiara, se non in minima parte. Proprio perché, nell'organizzazione, è l'insieme collettivo che produce conflittualità, contraddizioni interne e “resistenza al cambiamento”; il contesto formativo-trasformativo può incidere in modo consistente sulla elaborazione dei processi *affettivo-cognitivi* interni. Per questo motivo, ogni organizzazione, per adeguare anche gli standard qualitativi interni, può dotarsi di un percorso di *Supervisione* stabile e duraturo, pensato come un sovra-sistema di pensiero sulla progettazione e sull' azione professionale.

D'altro canto, il modello pedagogico, che viene attuato nelle istituzioni socio-sanitarie, in questo non è dissimile da quello medico tradizionale il quale punta tutto sul primato dell' intelletto e della volontà come fonti dell' etica ed esclude le motivazioni affettive-inconscie del comportamento. Queste professioni hanno invece, in comune, la relazione con l'altro come oggetto di lavoro, con una forte componente affettiva, in negativo o in positivo; condividono in modo assai simile motivazioni riparativo-depressive inconscie nella scelta della professione ma paradossalmente sono, almeno parzialmente, inconsapevoli di tutto ciò. Indubbiamente, l'attuale momento storico e culturale pare favorire questo genere di organizzazioni mentali più orientate alla difesa ed alla scissione che alla consapevolezza dell'orizzonte esperienziale più ampio che il lavoro di mentalizzazione promette (42).

La supervisione è un sistema estremamente dinamico che permette agli operatori di trovare nuove relazioni tra il proprio operato nella comunità, nel contempo si occupa della cura del gruppo sul piano motivazionale e lo porta a sentirsi più qualificato sul proprio operato, stimolando una maggiore vitalità e rendendo più consapevoli gli operatori degli strumenti terapeutici utilizzati. La supervisione in gruppo rappresenta un lavoro che permette di mettere insieme, condividere, integrare ciò che è scisso e separato nella cultura dominante, nella mente individuale degli operatori ancor prima che nella mente dei pazienti. Questa consente una trasformazione del gruppo che diviene in grado di usare le riunioni come momenti nei quali ci si può sentire liberi nell'espressione dei propri pensieri riferiti al lavoro; per gli operatori, il gruppo può rappresentare anche occasione di perdita di potere, o meglio, di perdita delle fantasie di potere inerenti ad una professione, ma anche di crescita personale e professionale. Ammettere che non siamo così mono-dimensionali e interi può portare a reagire, appurando che non abbiamo potere sui pazienti e nemmeno su noi stessi; riconoscere che esiste una dimensione inconscia della triade – colleghi, pazienti, noi stessi – può recare una ferita intollerabile per molti (43).

Gli effetti terapeutici della supervisione sono tangibili, con un miglioramento della facoltà elaborativa in ogni singolo partecipante e una maggiore integrazione con gli altri componenti della rete. Inoltre, per il gruppo degli operatori, lo spazio della supervisione è una dimensione ideale per coniugare l'elemento individuale con l'elemento collettivo, ponendosi, dunque, al confine fra oggetto della formazione e soggetto della formazione. La supervisione nell'istituzione è, in effetti, un indispensabile strumento per rimobilitare le risorse personali-professionali bloccate a causa delle

forti identificazioni proiettive del paziente che potrebbero non trovare altra possibilità di contenimento e di elaborazione (44).

Nel momento in cui diviene necessario prendersi cura anche degli affetti degli operatori, sembrerebbero convivere sia una funzione formativa che una funzione terapeutica. La presente impostazione consente di proporre all'attenzione e di mettere in relazione, al fine di cogliere delle categorie che sono contenute nel luogo "simbolico" in riferimento alla supervisione, due ambiti disciplinari differenti ma connessi fra loro: *l' economia informale*, basata sullo sviluppo dei legami affettivi e solidaristici e *la psicologia dinamica*, con riferimento particolare all'orientamento "gruppo analitico".

Questo accostamento ci permette di riprendere dei concetti che ci hanno permesso di "visitare" l' individuo da più prospettive sino ad ora e di introdurre una ulteriore considerazione sul fatto che, sempre più, lo sviluppo economico è orientato alla qualità delle relazioni interpersonali e sempre più la qualità delle relazioni determina la "qualità" del servizio e conseguentemente anche la economicità: motivo per cui riscontriamo in questo concetto una affinità tematica.

La economia informale, come afferma Gallino (45), basa i suoi assunti sul processo di costruzione dei beni attraverso modalità improntate sull' equità, ponendosi come alternativa al sistema attuale economico mondiale che non riesce più a garantire il benessere bio-psico-sociale a tutti gli individui; nella pratica gruppo-analitica, il gruppo può intendersi come un microsistema che esprime ogni tipo di appartenenza: il collettivo, l'individuale, l'istituzionale che, a sua volta, rappresenta la cornice nella quale si sviluppa il complesso discorso sulla relazione considerata un "bene" (46).

Nella relazione gruppare, emerge *la dimensione di identità*: con tale termine, si fa riferimento alla possibilità per ciascun soggetto di distinguere e confrontare differenze e somiglianze fra sé e l' altro, sapendo distinguere ciò che appartiene all'uno e cosa all'altro, mediante la sostituzione dell' *agito emozionale* con un *pensiero emozionato* (47). *La dimensione della reciprocità* che, d'altra parte, caratterizza la relazione con l'altro, fondata sullo scambio e sulla costante negoziazione di significati condivisi, in cui nulla è già noto ma, al contrario, tutto da conoscere e definire.

La relazione, quindi, porta con sé un *bene*, emergente *dall'incontro con l'altro*: la dimensione terza del *tra* (48), intesa quale realtà che istituisce sia l' Io che il Tu, ma che, al contempo, si configura anche quale luogo stesso della relazione, assurgendo a motore essenziale per la costruzione di legami. Un incontro con la diversità, dunque, che non svuota di significato le identità dei soggetti coinvolti ma che ne rafforza le dimensioni fondanti, mediante lo scambio dialettico fatto di riconoscimenti e confronti. Uno scambio che ha delle inevitabili ricadute sulla percezione della qualità della vita, all' interno del contesto in cui prende forma e che contribuisce alla diffusione di un senso di benessere sociale percepito in contesti sempre più ampi. Correale (49) osserva come ogni *gruppo istituzionale*, munito di un sistema organizzato di ruoli e funzioni gerarchiche, è da un lato soggetto alle consuete dinamiche dei gruppi e dall' altro è proiettato verso

l' esecuzione di un compito socialmente rilevante. La specificità di essere gruppo istituzionale non consente di disporre di un apparato di autoanalisi con cui contenere, selezionare e integrare le esperienze psichiche vissute dai suoi membri. Ne consegue che, nel campo istituzionale, una serie di esperienze affettive e fantasmatiche tendono a non trovare contenimento ed elaborazione ma restano in uno stato scisso e non integrato.

In certi casi, i singoli individui contengono al proprio interno queste esperienze, con vari gradi di sofferenza individuale; più spesso tendono a farle circolare nel gruppo, comportandosi in modo da indurre in altri membri esperienze analoghe o complementari; altre volte le proiettano, coartando in varia misura i propri vissuti e vivono con la presenza di un senso di peso oscuro e poco comunicabile. Poiché il lavoro di ogni comunità si fonda essenzialmente su "l'apprendere dalla esperienza" e sulla centralità data dall'azione e dall'azione parlante, esso necessita, appunto, della supervisione come strumento che renda trasformativa ogni esperienza, come trasformazione mentale, atta a sviluppare un nuovo campo operativo.

È nel gruppo, come luogo simbolico e fisico, che possono trovare spazio comportamenti di asservimento o solidaristici; lo scopo ma anche la sfida del gruppo è quella di trovare un modo per stare in uno spazio "primitivo", per poi accedere ad uno spazio fatto di consapevolezza, "evoluto" (50). In un gruppo predisposto in tal senso, è possibile elaborare esperienze, tradurle in opportunità di ri-conoscimento, di conoscenza nuova dell'altro ed anche di se stessi. Nella fattispecie, l'instaurazione di una alternanza tra processi di sintonizzazione e di de-sintonizzazione (51) diviene funzionale ad una nuova forma di "sentire con", dove la valorizzazione dell'altro è vissuta come un percorso autentico verso la cooperazione.

Il tema della *cooperazione* apre inevitabilmente a ciò che possiamo definire il campo del "bene relazionale": si configura come ponte tra due o più soggetti in cui si auspica un ulteriore passaggio da una dimensione di benessere personale ed interpersonale ad una dimensione più ampia di benessere comunitario, in una prospettiva realmente trasformativa per l'individuo e per il contesto sociale (52).

Possiamo considerare quindi la supervisione come uno spazio e tempo disgiunto dalla quotidianità, con un garante il quale promuove sentimenti di fiducia attraverso una conduzione capace di innescare negli individui esperienze di condivisione cognitivo-emotiva che orienta a ricollocare il tutto in una dimensione corretta, con spirito critico e di ricerca.

In mancanza di questo spazio, una Comunità può facilmente andare incontro ad un accumulo di "residui" non elaborati che generano disfunzionalità nel compito. Tanto maggiore è il deposito emotivo non elaborato tanto più risulterà obliterata la possibilità dei partecipanti di comunicare tra loro e tanto maggiori saranno i fenomeni patologici di gruppo. L'allontanamento del gruppo dall'azione e dall'impatto con la risposta urgente, che prevale invece nelle riunioni di équipe, assicura questa riflessione-ripensamento che contribuisce a far uscire l'incontro dai canoni istituzionali delle riunioni abituali per fargli assumere una diversa configurazione e un diverso significato (53).

La comunità è il contesto in cui è possibile praticare il compito evolutivo di un individuo facente parte di un gruppo, è il luogo in cui è possibile attraversare in modo produttivo i rischi e le inquietudini dello stare insieme all'altro "come me-diverso da me". Per questo motivo, riteniamo che una risposta possa giungere dalla applicazione del dispositivo di un gruppo in formazione, attraverso cui è possibile sperimentare l'incontro tra un livello individuale ed uno multi-personale.

D'altra parte, il gruppo di formazione a vertice gruppo-analitico rappresenta un dispositivo che si pone come obiettivo principale "l'acquisizione di competenze relazionali e professionali", rendendo possibile un ri-apprendimento, una maturazione affettiva, emotiva e cognitiva personale ed interpersonale (54). Questo potrebbe rappresentare una sfida per il futuro, in quanto non basta rilevare che in un sistema di lavoro sono presenti le competenze tecniche, trasversali e le metacompetenze se non esiste, a latere, un sistema che mette in costante rapporto la teoria e la pratica.

La supervisione può a ragione costituirsi, dunque, come uno dei luoghi possibili – al di là del suo specifico indirizzarsi al lavoro clinico – di costruzione del pensiero condiviso, proprio in quanto tale, di risposta al disagio del vivere contemporaneo ma che in Italia, in questi ambiti lavorativi, stenta a consolidarsi (55).

[* La Dott.ssa Tiziana Santoni (9/10/'57) è laureata in Psicologia e ha il D.U. in Scienze della Formazione; lavora in istituzioni a carattere riabilitativo ed educativo per giovani e adulti; si interessa inoltre di progetti riabilitativi per anziani con patologia di Alzheimer. Si occupa di formazione in ambito universitario; in qualità di docente, ha collaborato nella Scuola di Specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale, presso l'Università Consorzio FO.R.T.UN.E "Humanitas" di Roma; ha inoltre prestato la sua attività professionale nel Servizio per il Tirocinio del Corso di Laurea Educatore professionale, presso la Terza Università di Roma. Attualmente è docente di discipline Pedagogiche e Psicologiche, presso l'Università Cattolica di Roma, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A.Gemelli".]

1. Balestro P., " *Introduzione all'antropoanalisi* " Bompiani, Milano, 1976
2. Minkowski E., " *Il tempo vissuto* " Einaudi, Torino, 1971
3. Fromm E., " *Essere o Avere* " Mondadori, Milano, 1977
4. Kohut H., " *La guarigione del sé* " Boringhieri, Torino, 1970
5. Mithell S.A., " *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività* " R.Cortina, Milano, 2002
6. Marx C., " *Il Capitale* " I°Libro, Rinascita, Roma, 1951
7. Bateson G., " *Mente e Natura, una unità necessaria* " Adelphi, Milano, 1984
8. Ammanniti M., Stern D.N., " *Rappresentazioni e narrazioni* " Laterza, Bari, 1991
9. Lo Verso G. " *Le relazioni oggettuali* " Bollati Boringhieri, Torino, 1994
10. Lichtemberg J.D., Lachmann F.M., Fosshage J., " *Il sé e i sistemi Motivazionali* " Astrolabio Ubaldini, Roma, 1999

11. Aristotele, “ *Etica Nicomachea* ” Rusconi, Milano, 1979
12. Segel D.G., “ *La mente relazionale. Neurobiologia dell’esperienza interpersonale* ” R.Cortina, Milano, ’02
13. Pultchikr R., “ *Psicologia e biologia delle emozioni* ” Bollati Boringhieri, Torino, 1995
14. Legge 53, 8/3/2003 “Delega del governo per la definizione delle norme generali sull’istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale”.
15. Frey L., “ Apprendimento, lavoro, risorse: il punto di vista dell’economista.” In ISFOL, *Dalla pratica alla teoria per la formazione: percorso di ricerca Epistemologica.*(a cura di C.Montedoro,) F.Angeli, ’01
16. Legge, 169, 30/10/2008 “ Disposizioni urgenti in materia di istruzione e università”
17. Lo Presti F., “ Educare alla scelta. L’orientamento formativo per la costruzione di identità critiche” Carocci, Roma, 2010
18. Rapporto EURISPES 2006 sull’Italia, Archivio IGZ Forum 2006
19. Alessandrini G., “ La formazione continua nelle organizzazioni ” Napoli, TECNODID, 1994
20. Eriksson M., Lindstrom B., “ Interpretazione salutogenica della Carta di Ottawa” Vol.23, N°2, Eriksson, 2007
21. Ricoeur P., “ Dal testo all’azione. Saggi di ermeneutica” Jacca Book Milano, 1989
22. Stanziani S., “ La specificità relazionale del terzo settore” Franco Angeli, 1999
23. Fraccaroli F., Vergani A., “ Valutare gli interventi formativi ” Carocci, Roma, 2004
24. Imbasciati A., “Psicologia clinica. Manuale per la formazione degli operatori della salute” PICCIN, Padova, 2008
25. Profumo F., “Ricerca ed innovazioni ” in I quaderni 1/2010-L’ innovazione.
26. Rosati L., “ *Paradigmi culturali e didattica* ” La Scuola , Brescia 1998.
27. Imbasciati A., “ *Compendio di psicologia per operatori socio sanitari*” PICCIN, Padova 2005
28. Colaiacovo L., De Santis M., Rosati A., “ *Sull’educazione. Analisi epistemologica e istruzione scolastica* ” Anicia, Roma 2007.
29. Bion W.R., “ *Esperienze nei gruppi*” Armando, Roma, 1971
30. Zambelli F. “ *L’osservazione e l’analisi del comportamento*” Patron, Bologna, 1983
31. Bocchi G., “ *Natura della conoscenza fra autonomia e interdipendenza*”, in Rivista Italiana di Psicoanalisi, Franco Angeli, Roma , Vol. XX, n°2/2006
32. Valery P., “ *Tempo, sogno, coscienza, attenzione: l’Io e la personalità* ” Adelphi, IVvol., 1990
33. Bollas C., “ *Il mistero delle cose*” Cortina, Milano, 2000
34. Winnicott D.W., “ *I bambini e le loro madri*” Cortina, Milano, 1987
35. Stern D.N “ *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*” Cortina, Milano, 2005
36. Bollas C., “ *L’ombra dell’oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*” Borla, Roma, 1989
37. Winnicott D.W., “ *Sviluppo affettivo e ambiente*” Armando, Roma, 1970
38. Bion W.R., “ *Apprendere dall’esperienza* ” Armando, Roma, 1972
39. Imbasciati A., “ *Psicologia Clinica* “ PICCIN, Padova, 2009

40. Imbasciati A., “ *Affetto e rappresentazione*” Franco Angeli, Milano, 1991
41. Imbasciati A., “ *La consapevolezza* ” Roma, Borla, 1989
42. Bion W.R., “ *Esperienze nei gruppi*” Armando. Roma, 1961.
43. Carli R., Paniccia R.M., “ *Analisi della domanda. Teorie e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* “ Bologna, Il Mulino, 2003
44. Napolitani D., “ *Individualità e gruppaltà*” Boringhieri, Torino, 1987
45. Gallino L., “ *Con i soldi degli altri. Il Capitalismo per procure contro l'economia*” Einaudi, Torino, 2009
46. Kaes R., “ *Il gruppo e il soggetto del gruppo*” Borla, Roma, 1994
47. Carli R., Paniccia R.M., “ *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere strumenti e discorsi*” Franco Angeli, Milano, 2002
48. Buber M., “ *Il principio dialogico*” Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 1954
49. Correale A., “ *Introduzione*” alla Sezione Seconda di A.Ferruta, G.Foresti, E.Pedriali, M. Vigorelli (a cura di), *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà. Cortina, Milano, 1998*
50. Bruni L. “ *Reciprocità* ” Mondadori, Torino, 2006
51. Fasolo F., “ *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*” La Garagnola, Padova, 2002
52. Stanziani S., “ *La specificità relazionale del terzo settore*” Franco Angeli, 1999
53. Allegri E., “ *Valutazione di qualità e supervisione. Connessioni teoriche e strategie operative nel lavoro sociale*” LINT Editoriale, 2000
54. Correale A., “ *Il campo istituzionale*”, Borla, Roma, 1991
55. Lo Verso G., Di Maria F. ” *Gruppi. Metodi e strumenti.*” Raffaello Cortina, Milano, 2002

→ *Note del Capitolo Quinto*

[N.1: Dal Manuale risulta con evidenza che *non c'è mai uni-direzionalità e che ogni intervento, anche di consulenza, si caratterizza per la qualità soggettiva e intersoggettiva* cioè per il significato e il simbolo “+” e/o “-“ in interrelazione e poi, necessariamente, anche per la professionalità in permanente formazione.]

[N.2: Il riferimento si ricollega al cap.1° del Man. e va alle varie intrusioni nelle comunità-istituzioni e nella loro organizzazione, ai velati dictat e/o ricatti, ai generalizzati distanziamenti abbandonici, alle forme di solidarietà solo formale e/o opportunistica e quindi bugiarda e/o falsa, alla predominanza di alcuni profili professionali su altri, alla frequente insufficienza della disponibilità economico-finanziaria, alla definizione sociale della comunità-istituzione come ghetto e/o come spazio orribile e negativo...; *evidentemente si tratta di argomenti fondamentali ma of limits rispetto allo scopo di questi Appunti.*]

[N.3: *Ancora si tratta di tematiche complesse, of limits rispetto all'obiettivo centrale del Manuale; della Famiglia, in un contesto di ricerca, se ne è parlato nel Cap. 3°-III sia in A che in B; il termine “nodo” ha il significato di situazione esperienziale-relazionale contratta, difesa, rigida, perlopiù negativizzata, molto inconsapevole e spesso originaria, comunque da sciogliere e da interpretare necessariamente e positivamente, per lo sviluppo sempre possibile di relazioni “buone”, a fine evolutivo-trasformativo.*]

[N.4: È molto utile riferirsi a *W.Bion che colloca in contrapposizione il “Gruppo di lavoro” → ← “Gruppi per assunti di base”*: se ne parla nel cap.2°-9: “W.Bion e il gruppo”; v. pure il Cap.7°-4 “Equipe pluriprofessionale o gruppo integrato”; v. pure R.Kaes (94), v. la Riv. “Gruppoanalisi” in bibliografia.]

[N.5: *L'alternativa lineare, forse l'unica “vera”, è la possibilità di firma di ciascun operatore qualificato e responsabile nell'ambito di sua competenza riconosciuta e/o richiesta dalla istituzione*; risulta evidente che si parla della “firma” solo come esemplificazione.]

[N.6: Nel Manuale, si sottolinea fortemente *la intenzionalità* – che interpreta quanto si sta dicendo in merito alla Topologia di K.Lewin, alla Teoria di Campo, alla Gestalt... – *che dà consistenza dinamica e unitaria alla individualità che opera con “senso esistenziale-relazionale”*; differenziandola quindi dalla *consapevolezza* che caratterizza la soggettività. Si può riferirsi anche a quanto viene detto nel successivo capoverso **f** con “La proposta psico-sociometrica”; in ambito psicodinamico, W.Baranger e M.Baranger pare leggano in questo modo la relazione analista-analizzato.]

[N.7: Altrove si parla ripetutamente, oltre che di *meccanismi difensivi inconsci* anche dei collegati *“circoli chiusi psicofisici” reattivo-compensatori*, perlopiù non elaborabili, molto negativi che formano “nodi interattivi”, “reti di agiti e di contro-agiti” violenti, mortiferi... con scarsa se non assente consapevolezza.]

[N.8: V. il Cap.1°-III “Alcuni fenomeni antropologico-culturali nella loro fenomenologia...”; sui manicomi, v. in particolare la Legge 180/78, conosciuta come legge F.Basaglia, per la chiusura dei manicomi e per la contemporanea apertura di servizi alternativi territoriali(?).]

[N.9: *Nelle istituzioni, si consolidano talvolta modalità di interazioni istituzionalizzate problematiche e paradossali* come quelle tra “chi comanda” e “chi esegue, obbedisce”, avendo entrambi “compiti istituzionali” pre-potenti e/o deboli/non-riconosciuti/non-visti; sembra necessaria una lettura psicodinamica per cogliere sia simboli e verità soggettive che meccanismi difensivi come la negazione, la scissione, la identificazione proiettiva... e correlati cortocircuiti comportamentali chiusi.]

[N.10: Si ricorda ancora il discorso esemplare portato avanti dallo psicoanalista F.Fornari in numerose opere, particolarmente circa *l'equilibrio delirante della “guerra fredda”, basata sulla minaccia distruttiva atomica degli U.S.A.><U.R.S.S.*]

[N.11: Per tutti due i modelli, un riferimento contenutistico fondamentale si ritrova anche in W.Bion.]

[N.12: La “*rêverie*” di cui si parla ha un riferimento diretto al pensiero di M.Klein: la Madre “buona” è sempre in grado di elaborare positivamente ogni azione, comportamento, reazione, proiezione... del Bo verso di lei. Senza *rêverie* non è affrontabile positivamente e con qualche possibilità evolutiva la situazione clinica di soggetti allo stato vegetativo, di individui con un Corpo “a perdere e a rifiutare”, di persone “spontaneamente” aggressive-violente-distruttive...]

[N.13: V. in particolare i *Capp. 2° e 4°* del Manuale; per il Cap. 2° v. A.Imbasciati e K.Kaye 7: “l'autocoscienza e i 5 livelli evolutivi”, in particolare le note 60, 61, 62, 63, 64 e 65. Per quanto di competenza psicologica, si tratta di individui senza la minima individualità-soggettività e/o di soggetti che si vivono inclusi nella esperienzialità corporea sensoriale e motoria, con una modalità “relazionale” similautistica, che hanno strutturato comunque un “*senso esistenziale e relazionale*” positivo e/o negativo a forte valenza dinamica; purtroppo, frequentemente hanno il Corpo dismorfico e/o di adulto con tutti i bisogni di bambino non evoluto verso l'autonomia, comunque non “estetivamente amabile” e perlopiù bisognoso di assistenza per i bisogni primari, per comportamenti disarmonici-disfunzionali, per reazioni incomprensibili per assenza e/o per diversità comunicativa...: si tratta di uno specifico psicopatologico che necessita di relazioni intersoggettive simbiotico-simboliche, di cure e di care di vari profili professionali, anche specialistici ma mai scissori, con la capacità di operare come équipe integrata in interventi simbolicamente “buoni”...; su versanti paralleli e con la variabile fondamentale della consapevolezza, si incontrano individui-soggetti in stato vegetativo, in stato di coma, nel “fine vita”, di individui-soggetti “malati gravi” di Alzheimer, di SLA (Sindrome laterale amiotrofica)... oppure si incontrano i pazienti che hanno sperimentato, come malati oncologici, le prestazioni sanitarie di cure palliative in casa e/o negli hospice dei servizi sanitari pubblici (in questo caso, v. ad esempio, la Fondazione italiana di leniterapia – File-, di origine toscana, oltre ad altre numerose Associazioni.)]

[N.14: V. ancora, in particolare, i *capp. 2° e 4°* del Manuale e A.Imbasciati; per quanto di competenza psicologica, si tratta di soggetti che stanno emergendo dalla esperienza di immersione e di inclusione corporeo-sensomotoria, con una **relazionalità prevalentemente simbiotica ma anche con una accentuazione operativa, talvolta anche cruenta, dell'investimento affettivo verso il Sé, della propria separatezza individuale e della forte autonomia individuale-soggettiva**; essi talvolta si sentono in colpa e, con molta difficoltà, sperimentano la possibilità della iniziale “elaborazione mentale depressiva” e della riparazione mediante il “per-dono”. V. pure “i versanti paralleli”, con riferimento diretto alle fasi precedenti e/o successive agli stati di gravità accennati sinteticamente nella nota precedente; v. varie altre condizioni psicofisiche, più o meno permanenti e involutive o evolutive, collegate dinamicamente e proto-mentalmente a traumi di vario tipo e/o a patologie organiche – neurologiche, neuromotorie-muscolari, neurobiologiche, cardio-circolatorie, respiratorie, diabetiche... – e/o a vissuti psicofisici correlati ad agiti reattivo-violenti verso il Sé e/o verso “oggetti simbiotici o simil-simbiotici”, ad agiti depressivi, distruttivi, ossessivo-deliranti...]

[N.15: Ad esempio, **la relazione tra un operatore sanitario e un paziente**, tra un educatore e un ospite, tra un insegnante e un alunno... possono facilitare la progressione evolutiva dell'individuo-soggetto ma possono anche bloccarla oppure spingerla verso involuzioni regressive inarrestabili: il Testo tratta ripetutamente della “posizione mentale e positiva” come indispensabile per elaborazioni evolutive, per “riparazioni”, per azioni sanitarie realmente abilitativo-riabilitative”. Si vedano, oltre a B.Gibello, M.Mahler e W.Bion, i *capp. 2° e 4°* del Man.. Ancora sono da tenere presenti “i versanti paralleli” e la complessa casistica alla quale si accenna nelle due note precedenti, nn. 13 e 14: si crede che l'azione sanitaria compiuta sia sempre in grado di simpatizzare e di sintonizzarsi con “il senso esistenziale e relazionale”, con i simboli e con i significati individuali-soggettivi e collettivo-sociali.]

[N.16: Si sostiene che **quanto maggiore è la patologia organica e la sofferenza-disturbo mentale tanto maggiore, pluriprofessionale, specialistica, umana, economico-finanziaria, giuridica... deve essere l'assistenza sanitaria abilitativo-riabilitativa**; tesi che risulta direttamente dalla attuale cultura politica, giuridica, religiosa, scientifica. Si fanno due esempi: **1** – nelle strutture che assistono “soggetti diversamente abili”, il frequente turn-over degli operatori è richiesto dall'elevato burn-out da stress psicofisico; **2** – la struttura per “soggetti diversamente abili”, spesso isolata, evitata socialmente, semidistrutta da condotte reattivo-violente di pazienti, considerata spesso come una “officina di riparazione e/o di ricambio di pezzi”... per le norme giuridiche internazionali, deve garantire la vivibilità e positività sempre evolutive del benessere-benessere di individui-soggetti per cui deve usufruire di investimenti economici, di collaborazione scientifica, di coinvolgimento sociale organizzato, di trattamenti ottimali del corpo e di ogni individuo-soggetto mediante palestre all'avanguardia, centri di benessere... fino ai controlli da parte del “Giudice per il benessere e/o dell'Authority per la disabilità”, garanti dei diritti fondamentali umani che sono propri di ciascun individuo e delle rispettive famiglie. Quanto si sta dicendo, tra l'altro, aumenta il valore insostituibile del **volontariato solidale e intercomunicativo**. Sul volontariato e per semplice

esemplificazione, si riferisce l'iniziativa del "Dottor Sogni" della Fondazione Theodora [www.theodora.it], presente in 15 ospedali italiani, nei reparti oncologici e neurologici: formata da clown provenienti da palcoscenici nazionali e internazionali, con solida formazione e con supervisione psicodinamica a ciclo continuo perché l'incontro con la malattia, il dolore e la sofferenza non esauriscano l'energia fresca e vitale dei volontari; v. pure l'Associazione "*Noi per voi*", l'Associazione "*Soccorso clown*"... per l'equità e per la relazione umana positiva per tutti. Oppure si ricorda l'iniziativa del Premio "Una vita per la lirica" che, per alcuni anni, ha coinvolto "donne diversamente abili" di una Residenza Sanitaria Assistita (la "Casa verde" dell'IRCCS "Stella Maris" di Calambrone-Pisa [www.inpe.unipi.it]) nel ritmo, nella danza, nella musica... fino alla premiazione di personaggi internazionali della lirica, con la partecipazione serena ed esteticamente appropriata delle donne assistite alla premiazione nel Salone del Cinquecento del Palazzo Vecchio di Firenze.]

[N.17: Si veda in particolare A.Correale; si sottolinea che il *Corpo malato subisce una reificazione dall'esterno* dato che solo il sintomo corporeo-oggettivo che appare è dimostrabile, quantificabile e quindi "trattabile"...; v. anche Cap.1°-4: "Il mercatismo, la mercificazione della relazione umana"; *invece la sofferenza mentale del soggetto-Io* [in riferimento alla consapevolezza triste della patologia-dolore fisico come alla varietà e complessità delle sofferenze psicologiche] *può essere negata in quanto non dimostrabile e comunque, culturalmente e socialmente, non è cogente come se non fosse un "bisogno primario" e quindi non avesse un diritto originario* [identificato e proposto-imposto] *di cura e di care. La "buona regola" è la dimostrazione della esistenza e della funzionalità della simbiosi-similimbiosi positiva; con la eccezione degli eventi tragici "mortiferi" che sono per tutti indicibili con parole vere e/o false.*]

[N.18: Quanto si sta dicendo è evidente e documentato anche in alcune **Istituzioni sanitarie**; spesso, **la corporeità, specialmente se malata, diventa il punto di concentrazione validante ogni forma possibile e immaginabile di intervento sanitario e di polarizzazione dinamica, confusiva e regressiva di sporadici interventi pluriprofessionali o specialistici monoprofessionali**: sembrano assenti i mediatori del benessere e dell'evoluzione individuale-soggettiva e cioè il senso esistenziale-relazionale positivo, l'intenzionalità, la consapevolezza, la "soggettivazione"+", la simbolizzazione"+", la significazione... in relazioni sanitarie intersoggettive similsimbiotiche, comunicative, conversazionali...]

[N.19: Per fortuna, la massificazione, per esperienza istituzionale, è in parte e superficialmente contrastata dalla "**funzione ristoratrice e consolatoria**", sopportata e/o accettata istituzionalmente, che può svolgere la "*stanza degli operatori e/o dei medici e/o degli educatori*"... per il "thè chiaccherato", per "il muro del pianto", per le filiere di lamenti circa le discriminazioni, le disorganizzazioni e quant'altro.]

[N.20: *Non solo i singoli ma anche i gruppi e le istituzioni sanitarie e/o sociali sono direttamente coinvolte in processi dirompenti inarrestabili e negativi simili* che caratterizzano gruppi-convivenze-società fortemente impregnati di ideologie, di tradizioni colpevolizzanti, di

prepotenze del potere... [in coerenza con la “Psicologia di massa” di S.Freud]. La cronaca riporta dati di realtà “mortificante l’umanità”, di soggetti assistiti in ricoveri-ghetto per malati mentali, per anziani, per non-autosufficienti...: *livelli di perdita anche del “senso esistenziale e relazionale” non solo nelle vittime di “interventi sanitari senza qualità umane”, ma anche negli operatori diretti più o meno responsabili – ugualmente negli individui che gestiscono il potere, il diritto...-: sembra urgente consolidare la positività e piacevolezza dell’essere e dell’esistere... anche valutando seriamente la proposta di “prevenzione”. Nella **prospettiva di “prevenzione”** professionale, sociale, scientifica, politica, giuridica... emergono *urgenze organizzative comunitarie che garantiscano assolutamente relazioni positive interindividuali-soggettive tra assistiti e operatori sanitari: nei rapporti anche numerici tra assistiti e comunità, tra gruppi e distribuzione logistica...; nelle variabili fondamentali come l’età, il tipo di “patologia”, il livello di aggressività e distruttività dei soggetti assistiti...; nelle reali capacità comunitario-istituzionali di percepire anche i livelli di stress psicofisico e di burn-out di tutti gli operatori sanitari...; nella sensibilità comunitario-istituzionale di definire i necessari livelli di prestazione sanitaria di cure-care, di investimento economico-finanziario-giuridico-politico, di turn-over, di aggiornamento, di supervisione e di psico-socio-terapia.]**

[N.21: Nella realtà, i tracciati che emergono *evidenziano modi relazionali preferenziali, rifiuti, scelte reciproche ecc.*: i dati quantitativi, sia consapevoli che intenzionali e dinamici, sono molto opportuni per interventi di “bonifica” dei canali comunicativi e delle dinamiche di gruppo; in un’ottica di osservazione interpretativa, sono la base dinamica delle “verità soggettive” e dei simboli, tendenzialmente trascurate o perlomeno sottovalutate anche dalle istituzioni sanitarie; *in realtà, questi dati sono la base dinamica per percorsi evolutivo-trasformativi possibili anche per i soggetti “diversamente abili”*. In argomento, v. T.Cappelletto, A.Benesperi e M.Melani (’75) “Centro di lavoro per adulti: esperienza alternativa all’ospedale psichiatrico” in “Rassegna di Studi psichiatrici”, Siena (pp.851-894); T.Cappelletto e A.Benesperi (’75) “Tecniche e apporti significativi nell’ambito della psicologia sociale: il Noi-Gruppo” in “Quaderno n.4”, pp.1-16, Centro di Documentazione, Pistoia; T.Cappelletto e A.Benesperi (’76) “Dinamica di gruppo” in “Quad. n.5”, pp.1-16, Centro di Documentazione, Pistoia; v. la tesi di dottorato in Psicologia “*Il centro di lavoro, alternativa all’ospedale psichiatrico*”, di T.Cappelletto (’82), c/o Università degli Studi di Padova.]. In questa ottica, ad esempio, sono possibili corsi di formazione, con estensione scritta, per docenti impegnati nella mediazione e nel re-inserimento di alunni con problematiche relazionali nel gruppo-classe utilizzando il test di percezione sociometrica di J.L.Moreno-R.Tagiuri.]

[N.22: In realtà, Meltzer e la Harris descrivono altri tre tipi di Comunità: “Comunità materna parassitaria”, “Comunità paterna parassitaria” e “Comunità paranoide”; v: quanto detto sulle tre funzioni della Comunità-Istituzione nel punto precedente (a).]

[N.23: In quanto si sta dicendo, davvero non c'è nulla di romantico, non c'è alcuna fantasia di perfezione, di utopia... tanto più per quanto riguarda il sempre possibile “successo sanante”...; implica comunque anche la *necessaria supervisione*.]

[N.24: Si veda *la complessità notevole del “b” e/o “c” e/o “a”* che è propria dei vissuti, dell'attività immaginale, delle emozioni, dei significati, dei simboli e dei pensieri, oltre che dei comportamenti, delle reazioni... compresi i ritiri più o meno profondi nel vuoto individuale di simboli e/o nell'assenza di vitalità corporea; v. anche T.Cappelletto ('90): “*Lo psicoterapeuta e l'istituzione*” pp. 115-122, in AA.VV.”Lo psicoterapeuta”, Atti, CISSPAT, Padova.]

[N.25: “La relazione d'oggetto”, in chiave psicodinamica, definisce il rapporto dell'individuo con un “oggetto” – persona, cosa, animale... – in quanto obiettivo finale di un investimento libidico mediante il quale egli scarica la propria pulsione sia raggiungendo piacere che sperimentando una qualsiasi forma di relazione.]

[N.26: Nei Medical Corps inglesi si arruolano infatti psichiatri, psicanalisti, studiosi di scienze sociali che hanno letto K.Lewin e altri psicologi della Gestalt-Psicologia della forma – orientati al lavoro psicodinamico di gruppo e alla comunicazione inconscia-consapevole tra individui. Gli esperimenti del colonnello J.Rickman, del maggiore W.Bion, di S.N.Foulkes e di T.Main sorgono da un contesto rigidamente militare e ospedaliero – autorità e dipendenza, organizzazione verticistica e obbedienza, cura medico-psichiatrica e patologia organica e psichica... – per terminare in una “proposta storica” di Comunità Terapeutica che si conferma e si riconosce nel contributo esistenziale (cioè dell'individuo-soggetto nella sua totalità esperienziale) necessario di tutti i componenti la stessa Comunità. Così si spiegano i due esperimenti di Northfield: *il primo (1942-1943) con J. Rickman e W. Bion* incentrato sul gruppo, funzionante per assunti di base, con un compito operativo e quindi psicoterapico; *il secondo (1944-1945) prima con S.N. Foulkes* aderente all'organizzazione ospedaliera incentrata sulla “gruppo-analisi” come terapia dell'intero gruppo nei confronti del gruppo stesso: l'individuo è punto nodale di processi transpersonali (*network*) sia nella dimensione verticale, transgenerazionale (= *matrice personale o gruppo interno*) che nella dimensione orizzontale, attuale (= *contesto* nel quale hanno luogo le interazioni tra individui e che formano la *matrice dinamica*), e poi con Tom Main che, superando il conflitto tra cultura militare e cultura medico-istituzionale, coinvolge dinamicamente l'intera struttura organizzativa ospedaliera – v. il modello mosaico – : **quindi nel 1945 ha origine la C.T. che T.Main inaugura al Cassel Hospital**, vicino a Londra; essa recupera tutti gli elementi attivi, influenti sulla comunità – cultura sociale, famiglia, organizzazione istituzionale... storia individuale – ed è organizzata intorno a due aree collegate e distinte: **1 – psicoterapica-relazionale** che conferma la prospettiva psicoanalitica delle relazioni d'oggetto, propria del pensiero di T.Main e che si integra, profondamente e necessariamente, con la più inclusiva prospettiva psicodinamica; **2 – organizzativo-sistemica** nella quale l'istituzione è intesa come comunità di soggetti che agiscono operano in sistemi interdipendenti che inglobano dinamicamente l'organizzazione funzionale. I processi transpersonali hanno quindi sia una dimensione verticale, transgenerazionale sia una

dimensione orizzontale, attuale: il contesto comunitario è il luogo delle interazioni tra individui, delle transazioni; questi due elementi dinamici attivano i vissuti, il senso esistenziale relazionale, le azioni e reazioni, i simboli e i significati: la matrice personale o gruppo interno si ri-attualizza transferalmente nella matrice dinamica del gruppo con le più varie interazioni comunicative.]

[N.27: È noto che le C.T. residenziali sono numerose e di varia impostazione teorica: socio-educativa, comportamentistica, psicosociale, cognitivistica, psicodinamica....]

[N.28: Non è la sede per riportare informazioni interessanti sui movimenti comunitari dell'Italia, della Francia, degli Stati Uniti d'America...; v. anche l'Associazione scientifica Mito-Realtà: <www.mitoerealta.org>, e l'interessante articolo di M.Vigorelli('12) "La Comunità terapeutica a orientamento psicoanalitico" pp.157-182, in "Psicoterapia psicoanalitica", Borla, Roma.]

N.29: *Le funzioni terapeutiche*, oggetto diretto di ricerca psicodinamica, costituiscono il contenuto professionale e scientifico alla base dell'auspicabile "Certificato di Comunità terapeutica "buona"; più volte si è sottolineato nel Testo il fatto che il "buono" ha solo riferimenti al *positivo e piacevole in quanto caratteristiche umane fondamentali e documentabili*; la Certificazione, a titolo gratuito, è necessariamente un atto ufficiale che rientra nell'ambito delle competenze del Servizio sanitario nazionale e/o regionale.]

[N.30: Ci si trova nell'ambito della **riabilitazione in quanto disciplina sanitaria che si occupa della disabilità (I. C. F.) e indirettamente nell'ambito delle patologie d'organo dalle quali la salute è determinata e/o alle quali è associata**; si tratta della Classificazione Internazionale del Funzionamento dell'O.M.S., interpretata dalle numerose Associazioni nazionali e internazionali con specifiche "mission". La sequenzialità eziologia → patologia → cura/riabilitazione si incontra e/o si scontra con il soggetto reale e con gli esiti disabilitanti degli "eventi di vita". Quindi, nella riabilitazione, il trattamento delle patologie d'organo, nel caso ci siano, ha lo scopo di favorire il superamento e/o il contenimento di disabilità per il recupero del maggior grado di autonomia e di reinseribilità nel contesto originario di vita (v. *D.M.13/9/88*).]

[N.31: si veda anche il Man. Cap.2°-9 W.R.Bion "Il gruppo".]

[N.32: v. Man. Cap.1°-I e III-1; v. i Capp.2° e 7°.

[N.33: Oltre al cap.1° del Man., v. P.Barone e AA.]

[N.34: Per la "mente", v. anche Man. Cap.2°, 2-9: K.Kaye.]

[N.35: v. W.Bion in Man. Cap.2°-9.]

[N.36: C'è un riferimento al "*Resting place of illusion* – spazio residuo di illusione" di Winnicott: "in esso, l'individuo lotta per tutta la vita a differenziare i fatti dalla fantasia, la realtà esterna dalla realtà interna, il mondo dal sogno..." ma anche la salute dalla malattia, il confine proprio da quello altrui, la definizione esperienziale del gruppo di appartenenza dalla rappresentazione della Comunità tanto ampia.... Si tratta di "*fenomeni transizionali*" che comunque implicano sia l'esperienza individuale corporea, affettiva, immaginativa, rappresentativa ma anche la possibilità gratuita, libera e creativa della dimensione illusoria come area intermedia esistenziale

possibile, sempre accessibile per il Corpo-Sé. “I fenomeni transizionali appartengono ad un’area intermedia che io chiamo “luogo di pace” perché, vivendo in quest’area, l’individuo si riposa dal compito di distinguere i fatti di realtà dalla fantasia.”(W.Winnicott,’88, op.cit., pag.188).]

[N.37: v. anche Van Der Linden: “*Il gruppo informale*” in M.Corulli, op. cit.. Per il riferimento alla *intenzionalità* e alla *consapevolezza* operativa, da integrare con la originaria *incoscienza* e con la successiva *protomentalità* operativa, si rimanda anche al Man. Cap.2°: 1-A.Imbasciati e 2-K.Kaye.)

[N.38: Anche altrove, nel Man., specialmente in riferimento al rapporto simbiotico M-Bo, si evidenzia la necessità dell’accudimento e della osservazione documentata; l’*Infant Observation* ne è un esempio. Oltre agli autori tanto citati come D.Stern, T.B.Brazelton... v. C.Trevarthen in U.Neisser (’99), B.Beebe, F.M.Lackmann (’03) e K.Lyons-Ruth in L.L.Carli e C.Rodini (a cura di) (’08).]

[N.39: Si possono ricordare gli stimolanti “*leavers’ groups*” anglosassoni per la preparazione della comunità verso l’abbandono e il re-inserimento di ospiti; v. i due lavori citt. di A. Ferruta e AA.]

[N.39: Si possono ricordare gli stimolanti “*leavers’ groups*” anglosassoni per la preparazione della comunità verso l’abbandono e il re-inserimento di ospiti; v. i due lavori citt. di A. Ferruta e AA.]

[N.40: Si è già parlato di “Modelli relazionali interni”, appresi nelle esperienze interattive primarie; è stimolante riferirsi alle “Scene modello” di J.D.Lichtemberg, in quanto pattern dinamici rappresentativi delle relazioni sperimentate; particolarmente il gruppo e la C.T., data la quotidiana presenza plurale, sembrano stimolare la costruzione e/o la ri-costruzione di scene che attualizzano tutte le modalità relazionali sperimentate in modo inconscio, proto-mentale, intenzionale e non-consapevole (anche J.L.Moreno, A.Correale)]

N.41: Tutto il Testo tratta, in vari modi, di socializzazione e mondialità, di cultura, di politica, di diritto, di ricerca e di aggiornamento, di dimensioni individuali-soggettive, di livelli evolutivi individuali e soggettivi, di excursus anamnestic-dinamico circa la “Storia di vita”, di comunicazione relazionale intersoggettiva, di équipe terapeutica pluriprofessionale e di comunità-istituzione terapeutica, di mente, di posizione mentale e di osservazione tri-oculare...: in sintesi, si propone una *osservazione interpretativa psicomodinamica* che coglie la complessità della esistenza umana quotidiana, che include sempre simboli e significati anche socio-culturali che si interscambiano nei modi più veri, spontanei e imprevedibili.]

[N.42: Della triangolazione primaria $M \rightarrow \leftarrow Bo \rightarrow \leftarrow P$ se ne parla nel Man. Cap.4°-6]

→ *Note del Capitolo Sesto*

[N.1: Negli anni 1975-1978, un gruppo di ricerca della Oxford University di Londra, coordinato da J.Bruner, elaborò un metodo osservativo, il “*Target Child*”, per definire la qualità educativa di istituzioni prescolastiche dell’Inghilterra – si trattava di Nurcery Schools, di playgroups o Gruppi ludici e di Child Minders cioè di persone che si occupavano dei bambini durante l’attività lavorativa dei genitori – come risulta da J.Bruner(1980) “*Under five in Britain*”, Mc Grew, Holliday]. Negli anni 1982-1987, venne curata una applicazione italiana del “Target Child” in un *progetto interuniversitario Roma-Firenze*, con finanziamento del Ministero di Pubblica Istruzione, per rispondere ai bisogni psico-pedagogici di bambini tra i 4 e gli 8 anni, nel passaggio dalla scuola materna al primo ciclo della scuola elementare; si riscontrò la frattura tra le due istituzioni educative e fu proposto un approccio didattico diverso al “fare scuola”: il riferimento diretto va all’atteggiamento degli Insegnanti, alla proposta di materiale didattico nuovo, all’organizzazione degli spazi, alla centralità dell’interazione tra pari...; v. L.Camaioni et al.(’88) “L’osservazione del bambino nel contesto educativo”, op.cit.. *Sono due esemplificazioni sulla attività di ricerca, in ambito educativo e in prospettiva di prevenzione; ugualmente dovrebbe essere fatto nell’ambito sanitario del quale si tratta nel Manuale*; tra la numerosa bibliografia generale, si può riferirsi anche ad AA.VV.(’04):“Figli per sempre: la cura continua del disabile mentale” op.cit.]

[N.2: Il significato dato al termine “*nodo*” si ritrova nel *Cap.5, nota n.3*. Il significato originario della “*terziarietà*” si ritrova in quanto si è detto sulla “*triangolazione*”: il Padre “*evolutivo*” è il “*terzo*” che forma la parte dinamica prevalente delle “*regole buone*” che comprendono la simbiosi M-Bo e che la dilatano verso rapporti similsimbiotici e relazioni intersoggettive e sociali, costitutive del principio di realtà; la terziarietà è evento originario (= il P in quanto “*oggetto interno buono*”) che entra dinamicamente nei processi secondari e quindi nelle diverse forme di rappresentazione, compreso il “*poter pensare*”.]

[N.3: Si vedano i due modelli grafici: 1 – *la piramide* che rappresenta la leadership istituzionale; 2 – *il cerchio* che rappresenta la leadership relazionale-professionale-comunitaria, anche istituzionale quindi.]

[N.4: *La psicologia comportamentale dell’inizio del Novecento, nella linea di I.Pavlov, assume che il comportamento esplicito è l’unica unità di analisi scientificamente “studiabile” da parte della psicologia e rifiuta quindi l’introspezione*. Autori come J.Watson, E.Tolman, B.Skinner, C.Hull e altri hanno dato un vasto contributo alla ricerca psicologica sul comportamento umano; J.Dollard e N.Miller, in particolare, hanno approfondito gli studi sulla aggressività umana. *Ma anche il comportamentismo si è trovato presto di fronte al “problema” della mente, raffigurata allora come una “scatola nera”*; infatti, il caso del piccolo Albert di J.Watson ne è la dimostrazione eclatante: il bambino stava giocando con un topolino e, alle spalle, venne prodotto un forte rumore: da quel momento, Albert manifestò una grande paura per i forti rumori, per i

topolini e per altri animali e oggetti pelosi in vario modo assimilabili. Si sottolinea che, nel Manuale, la macroanalisi si riferisce ai comportamenti molari mentre la microanalisi osserva i comportamenti molecolari.]

[N.5: Gli Autori citati e l'ampia bibliografia del Testo suggeriscono **modalità osservative centrate sull'Io in quanto "soggetto con la mente"** cioè caratterizzato dal ventaglio complesso di elementi costitutivi come il Corpo, il Sé, l'Io, il Simbolo e il Significato che evidenziano il "senso esistenziale relazionale", l'intenzionalità, la consapevolezza... l'affettività, l'immaginazione... la qualità dell'azione consapevole ma anche la reazione spontanea....]

[N.6: Si vedano, ad esempio, le **Unità tematiche** delle quali si parla in seguito.]

[N.7: V. pure il "Vocabolario" in questo Cap. 6°-III: parte applicativa-I.]

[N.8: V. pure il "Vocabolario", cit. nella nota precedente.],

[N.9: V. ancora il "Vocabolario" citato nella nota 7; v. pure l'elenco di 30 categorie esplicitate nel "Modulo inclusivo per la registrazione dei comportamenti" in questo Cap. 6°-II: parte strumentale-II.]

[N.10: V. anche il "Vocabolario" citato nella precedente nota 7.]

[N.11: L'argomento viene affrontato prevalentemente da K.Kaye nel Cap.2° del Man., al titolo7: "L'autocoscienza e i 5 livelli evolutivi"; v. pure di seguito in questo Cap.6°, i titoli 5 e 6: "Obiettivi osservativo-terapeutici" sia globali che focali; v. pure il "Vocabolario" citato nella precedente nota 7.]

[N.12: *Ne sono quotidiana dimostrazione gli errori sistematici, le aspettative e/o le delusioni invincibili, l'emozionalità invincibilmente attiva nei vari tipi di acting out o agiti in quanto reazioni non conducibili consapevolmente e positivamente dall'Io...* in ogni ambiente comunitario-istituzionale formato da "pazienti" e da operatori per la cura-care. È consequenziale la sottolineatura che **l'addestramento di cui si parla è certamente di contenuto professionale, di metodologia osservativa ma ugualmente è di contenuto psicologico, sociale e culturale** – v. ad esempio il vero-falso-bugiardo nella positività e/o negatività degli eventi comunitario-istituzionali.]

[N.13: Nel caso che le sollecitazioni sull'osservatore siano coinvolgenti e prolungate per due minuti o più, è opportuno recuperare il tempo della registrazione.]

[N14: *L'osservatore partecipe* è un professionista che, osservando le condotte di soggetti sperimentali, utilizza la comunicazione più varia con l'individuo osservato; *l'osservatore non-partecipe* è un professionista che, osservando le condotte di soggetti sperimentali, attentamente registra gli eventi umani che si esprimono in definibili comportamenti; in tutti due i casi, si incontra *il problema centrale della oggettività vs. la soggettività*: nei due casi, rimane centrale il fenomeno della partecipazione ad eventi umani ma, nel caso della osservazione non-partecipe, sussiste una possibilità in più di avvicinarsi alla auspicata "oggettività scientifica".]

[N.15: In riferimento alla categorizzazione delle UU.TT. e delle UU.CC., ad esempio, si può vedere che la Categoria "Espressione libera", in quanto Unità Contenutistica, comprende varie UU.TT.. In alcuni casi, possono essere utili due modi di codificazione delle UU.TT. (o delle

UU.CC.): U.T.(1°),(2°),(3°)... come indicazione del ripetersi delle stesse condotte molarì, in quanto sostanzialmente uguali; U.T.1, U.T.2, U.T.3... come indicazione del susseguirsi di diverse condotte molarì.]

[N.16: Nel Manuale, “*il benessere psicofisico*” (v.O.M.S.) è *la fondamentale variabile* “+“, presente e/o assente trasversalmente nell’individuo, nell’équipe, nella comunità-istituzione, negli osservatori, nei familiari degli individui osservati...; in quanto variabile fondamentale, è sempre molto dinamica, perlopiù inconscia, “normalmente” ritenuta non-basilare ed è spesso “negata” in quanto “scomoda e/o disturbante” per tutte le attività e le elaborazioni che si definiscono oggettive o scientifiche o razionali; in un’ottica ampia, v. anche P.Giordano.]

[N.17: Ci si riferisce ai più vari interventi tecnico-professionali e specialistici; alle terapie farmacologiche; alle interpretazioni psicodinamiche e alla relazionalità possibile e trasformativa rispetto alle patologie e/o sofferenze trattate e ai tipi di struttura sanitaria e sociale; in riferimento diretto agli studi di Fisiologia (L.Maffei), alle Neuroscienze (G.M.Edelman), al Sistema immunitario e alla Biotipologia (rispettivamente F.Bottaccioli e L.Turinese)... che diventano opportunamente base indispensabile di aggiornamento e di ricerca per l’équipe intera.]

[N.18: Si tratta di un livello evolutivo notevolmente riconosciuto, utilizzato e rinforzato negli interventi di riabilitazione, di psicomotricità, di rilassamento, di training autogeno di vario orientamento, con-senza ipnosi e/o autoipnosi, di meditazione cristiana-indiana-ayurvedica-taoista...; *esso però sembra perdere la sua importanza basilare e dinamica quando si incontrano le patologie organiche più o meno gravi e le sofferenze e/o i disturbi mentali più o meno profondi anche perché “non-quantificabili, non-dimostrabili scientificamente”*: pare ci sia un sottostante paradosso scientifico, una negazione... come se, in assenza di un riscontro di oggettività circa un evento traumatico, si possa negare l’evento stesso; *questa annotazione è estendibile ai 5 livelli evolutivi e risulta una dimostrazione della necessità che **tutte le comunità-istituzioni sanitarie e socio-sanitarie siano strutturate su organizzazioni psico/socio-dinamiche e pluriprofessionali***; v. quanto proposto nel Cap.2°-2: K.Kaye,1bis: “*La formazione emergente del “**Senso esistenziale e relazionale**” nel Bo (e nel soggetto “diversamente abile e/o disabile”)*”; v. anche A.Imbasciati, K.Kaye, D.Stern, M.Mahler...]

[N.19: Si veda la lunga serie di interventi medici, psicologici, fisioterapici... per la abilitazione e per la riabilitazione: atti, prassie, azioni...; tecniche ed ausili vari e aggiornati; mimo, nuoto, teatro, gioco, disegno, grafia...; relazionalità e comunicazione tra soggetti. Interpretazione pluriprofessionale, oltre che dinamica in senso stretto: dal Corpo al Sé, all’Io verso il Simbolo; autoinvestimento affettivo-emotivo e autoreferenza simbolico-significativa.]

[N.20: Anche in questo livello evolutivo, gli interventi pluriprofessionali sono numerosi e centrati, si spera, sui processi di simbolizzazione e di significazione sperimentabili da parte dei soggetti in trattamento e consapevoli da parte di tutti gli operatori. Quindi: v. gli interventi sulla corporeità “mia, tua...”; v. il gioco e l’intreccio delle emozioni; v la comunicazione interindividuale e intersoggettiva; v. le attività semplici e quelle complesse dell’Io e degli altri; v. la creatività; la

relazionalità aperta, l'intercomunicazione, la comunicazione linguistica come il silenzio comunicativo; (v. il pensiero sempre più consapevole che assume progressiva evidenza interna all'Io). Interpretazione pluriprofessionale, oltre che psicodinamica: verso il significato soggettivo e il simbolo come strumento di lettura di tutte le esperienze attuali e come base interpretativa dei comportamenti e delle comunicazioni interindividuali-soggettive, con il loro carico di sofferenza mentale e con il loro potenziale evolutivo-trasformativo verso benessere e sviluppo.]

[N.21: Ancora gli interventi sono pluriprofessionali e molto ampi, tenendo presente che il target di questi appunti sono i soggetti con patologia organica e con profonda sofferenza e disturbo mentale; **la rappresentazione**, nelle diverse forme delle quali si è parlato, si sviluppa anche mediante il simbolo "+/-" e mediante le verità soggettive "+"/"-": *ci sono quindi varie forme e vari livelli di rappresentazione...* inclusa la comprensione del funzionamento degli ausili, collegabile alla piacevole e positiva **autonomia**. Interpretazione pluriprofessionale e psicodinamica dei percorsi della consapevolezza: Corpo-Sé-Io-Simbolo-Significato e sempre con le caratteristiche affettivo-qualitative fondamentali "+/-". *Si parla di autonomia nel senso che l'Io è la regola buona di se stesso: la regola* è, per definizione, positiva, cioè opportuna, talvolta necessaria per una vita piacevolmente vivibile anche per l'Io diversamente abile (= **benessere**); l'autonomia è l'esperienza che l'Io fa di sé in quanto "buono": come tale, essa è la base della sicurezza dell'Io e quindi anche della socializzazione aperta e delle varie forme di autonomia sperimentate nel quotidiano.]

[N.22: Si ritrova un riscontro diretto anche in T.Cappelletto ('92) op.cit. pagg. 67-92.]

[N.23: Il "**disegno teorico-sperimentale**" sottostante agli Appunti è il seguente: **1)** la complessità esistenziale estrema dei comportamenti osservati esige la coerenza professionale di leggere-interpretare positivamente la storia evolutiva di ciascun Io osservato; *la "storia individuale" è "tridimensionale"* e, in quanto tale, è l'elemento base della scientificità clinico-professionale proposta; **2)** *lo schema tematico complessivo è discriminatorio delle abilità, adeguate o meno*, possedute dall'individuo come "essere autonomo", come "Io felice", come "soggetto che sa fare e/o che non sa fare"...; **3)** *i deficit evidenziati*, in quanto mancanza più o meno ampia di abilità-competenze, *definiscono "comportamenti problema"* nel senso che evidenziano un soggetto inadeguato e disadattativo rispetto alle abilità-competenze-possibilità positive. In questo senso, *l'osservazione, l'interpretazione, la abilitazione e la ri-abilitazione sono interventi sempre trasformativo-evolutivi* verso la salute, il benessere, la convivenza positiva umana. Quindi, lo schema complessivo sottostante *include anche la definizione classica di "ritardo mentale" in quanto "Insieme di sindromi o entità cliniche dovute a cause multiple che hanno agito nel periodo natale o nella prima infanzia e che hanno come sintomo costante uno sviluppo incompleto e insufficiente della capacità di adattarsi all'ambiente sociale in modo efficiente e armonioso, la patogenesi e l'evoluzione clinico-sociale delle quali varia caso per caso"* (G.Bollea). G.Bollea parla di molteplicità di cause qui specificabili come legate alla biologia, alla organicità fisiologica, alla relazionalità, alla cultura... in una concatenazione circolare e progressiva, con la attivazione di difese inconsce psicodinamiche e di organizzazioni sovrastrutturali psicopatologiche in tutti gli

individui coinvolti. La diagnosi medica e la diagnosi psicologica sono molto opportune in quanto “tabelling” o etichettatura competente, alla condizione che non si trasformino in “dati” assoluti, cementificati, profeticamente negativi (positivi), di ridotto valore educativo-istruzionale ed euristico, di frammentazione dell’unitarietà dell’Io.... È professionalmente necessario – nel caso si tratta di profili sanitari specialistici e di équipes pluriprofessionali – definire e quantificare l’eventogli eventi fisicamente patologici e psicologicamente traumatici ed è essenziale trattare qualitativamente l’evento/gli eventi patologico-traumatici per scoprire quanto rimane di positivo e di piacevole, cioè di potenzialmente evolutivo: **la potenzialità e il “residuo positivo” sono la base dinamica e strumentale per la possibile evoluzione verso più elevati e sicuri modi comportamentali di benessere.** Nell’impostazione complessiva del Manuale, la patologia organica, il trauma psichico, le difese, le sovrastrutture psicopatologiche compensatorie – nel disordine quasi caotico dell’esistenza – sono elementi che paradossalmente permettono il funzionamento del-dei soggetti coinvolti. Di conseguenza, l’Io, segnato dall’evento patologico-traumatico, inclusi tutti gli individui co-interessati, può/possono trovare “abilitazione psicofisica” e “ri-abilitazione psicofisica” solo mediante interventi centrati sulla “mente” sia dell’Io segnato dall’evento negativo che di quanti hanno relazioni importanti con lui; **la “mente” include sempre la corporeità, l’affettività, l’emotività, l’immaginazione, il significato, la verità soggettiva e il simbolo positivo e/o negativo, il pensiero.** “La proposta operativa” quindi è centrata sulla precisa osservazione comportamentale[1] e sulla conseguente lettura-interpretazione significativo-simbolica[2], rispetto ad un ambiente che include la struttura edificata, l’organizzazione e l’interazione sempre mutevole tra tutti gli individui collegati [famiglia, cultura, professioni...]. **Il disegno sperimentale completo si sviluppa in fasi successive: 1° – fase iniziale o di partenza, data dall’osservazione del comportamento individuale e/o gruppale-sociale:** v. le 36 schede, check-list globali, a maglia larga, a tema per la raccolta di dati comportamentale-clinici; **2° – fase della definizione del “comportamento problema” o target sperimentale:** da alcune schede globali compilate dagli operatori sanitari, l’équipe pluriprofessionale estrapola il **focus osservativo**, cioè ciò che si programma di osservare particolarmente a fine terapeutico e quindi individua gli osservatori sperimentali, registratori e codificatori; **3° – fase della effettuazione della prima osservazione del “comportamento problema”** con l’utilizzo, da parte degli operatori sperimentali, delle schede III,IV,V,VI nella Parte strumentale 6/II, sulla scorta delle 36 schede indicate in quanto check-list nucleare o a maglia stretta oppure di una diversa scheda, ulteriormente dettagliata, per la focalizzazione di dati registrati-codificati, riguardanti il target; **4° – fase della condivisione anche interpretativa dell’équipe e della decisione pluriprofessionale** circa il trattamento abilitativo-riabilitativo, organico-corporeo e psicologico-mentale; **5° – fase del trattamento mirato**, possibilmente con la partecipazione discreta e funzionale alla condivisione da parte di un membro dell’équipe, per focalizzare alcuni elementi di osservazione; **6° – fase della effettuazione della seconda osservazione del “comportamento problema”**, da parte degli stessi operatori sperimentali, dopo il trattamento, mediante le stesse schede della fase 3° (o di altra scheda scritta e adattata al

focus osservativo); 7° – fase del confronto dei dati in 3° e in 6° fase tra gli operatori sperimentali, della condivisione pluriprofessionale e della decisione del successivo intervento – o di chiusura o di nuovo trattamento o di ulteriore osservazione – lungo il percorso dell'**assessment personologico a focalizzazione progressiva**. Si tratta di un follow-up, in quanto ricerca-intervento, che si svolge in tappe successive, programmate e verificate, utilizzando anche altri strumenti psicometrici più o meno standardizzati, per ottenere il massimo di elementi conoscitivi: unico obiettivo è quello di sostenere, professionalmente, il processo evolutivo di soggetti in difficoltà verso la riduzione della fisio-psico-patologia e verso il rinforzo e l'utilizzo di capacità potenziali-residue e quindi verso l'innalzamento dei vissuti di benessere soggettivo. Fa parte del disegno sperimentale la *formazione continua e sempre necessaria* che si può ottenere anche mediante l'osservazione programmata oltre che mediante l'*organizzazione dei dati osservativi raccolti per ricerca e/o per presentazioni in contesti scientifici.*]

[N.24: Un semplice elenco di **tests psicometrici** testimonia la complessità degli strumenti di misurazione a disposizione: si tratta di tests di intelligenza sia concreta che astratta e per tutte le età; di batterie e metodi per la valutazione delle attitudini; di tests che misurano singole competenze globali come la memoria, il linguaggio, lo schema corporeo, la socializzazione...; di strumenti che misurano le capacità percettive, i deficit sensoriali, verbali, personologici...; di tests proiettivi e di personalità; ci sono batterie per calcolare il profitto, questionari, inventari e metodi per la misurazione degli interessi, dei livelli emotivi (ansia, depressione, ossessione...). Si ritiene che sia necessaria una specifica preparazione professionale per l'utilizzo del materiale psicometrico e, opportunamente, ciascun servizio sanitario si organizza con il supporto delle diverse competenze professionali, sostenute anche da laboratori di ricerca psicologica, oltre che medica.]

[N.25: Le 36 schede che seguono suggeriscono alcuni punti osservativi, analizzati piuttosto puntualmente. I punti evidenziati sono semplici indicazioni e quindi possono essere completati, precisati... da quanti operano con finalità osservative, di abilitazione e/o di riabilitazione e di ricerca con le opportune elaborazioni scientifiche.] :

Si riportano di seguito le schede operative 1/1, 1/2, 1/3, 1/4, 1/5, 1/6, 1/7; 2/8, 2/9...e successive fino alla 7/36.

– La **scheda 1/1**, cioè *l'assenza di vigilanza* si può formulare nel modo seguente:

- 1 – totale incoscienza...
- 2 – ridotta coscienza: in quali situazioni di realtà ...
- 3 – modalità comportamentale in 1) e in 2)...
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 1/2**, cioè *la vigilanza-la partecipazione-gli interessi*, si può così articolare:

- 1 – non è mai coinvolto spontaneamente...

- 2 – si interessa se sollecitato e per situazioni e/o attività definite...
- 3 – è sempre attento e si interessa a qualsiasi attività...
- 4 – interessi individuali spontanei, più o meno compiuti: gioco, disegno, teatro, lavoro, film, sport, T.V...
- 5 – coinvolgimenti positivi in situazioni di gruppo...
- 6 – vigilanza ridotta, notevole, costante...
- 7 – partecipazione nulla, saltuaria, continuativa e con iniziativa, con gioia, con sopportazione...
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 1/3**, cioè *gli affetti-le emozioni* in quanto Area affettivo-relazionale, si può così articolare:

- 1 – utilizzo della mimica e della gestualità per esprimere i bisogni primari e per manifestare i principali stati d'animo come piacere, dispiacere, rabbia, paura, gelosia...
- 2 – presenza di manifestazioni di affetto positivo/negativo verso adulti, bambini, animali... con la vicinanza/ lontananza... con il bacio, l'abbraccio, la carezza, il graffio...
- 3 – tipi di emozioni come euforia, depressione, tranquillità costante, indifferenza, irritabilità, ansia, timidezza... e in modo continuativo, con discontinuità, con alternanza... e rispetto a situazioni di vita caratterizzate positivamente o negativamente (dolore, malattia, trauma, privazioni...)
- 4 – adeguamento continuo, occasionale, assente agli stati affettivo-emotivi altrui...
- 5 – partecipazione con parziale, sufficiente, completa comprensione degli stati d'animo degli altri, dimostrata con la vicinanza, con l'imitazione, con il mimare...
- 6 – paura intensa in varie situazioni...
- 7 – rabbia con scoppi di ira intensa...
- 8 – lamento e pianto...
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 1/4**, cioè *le condotte e le stereotipie*, può avere le seguenti articolazioni:

- 1) continuo movimento come il dondolio, il girellare, stare ad osservare alla finestra, stereotipie...
- 2) attività piuttosto organizzata e continuativa... ; iperattività... inattività...
- 3) condotte ossessive...
- 4) aggressività verso se stesso, verso gli altri, verso gli oggetti...
- 5) aggressività apparentemente gratuita, per cause piuttosto banali...
- 6) mancanza di reazione, apatia piuttosto generalizzata...
- 7) difesa o mancanza di difesa in relazioni tensivo-offensive-aggressive...
- 8) reazioni ansiose eccessive nel contesto quotidiano...
- 9) dipendenza dall'adulto..

- 10) autonomia abituale con l'adulto e nel contesto di vita...
- 11) descrizione dei comportamenti se l'individuo è incoraggiato, è rimproverato, è punito, è elogiato, se gli viene vietato qualcosa...
- 12) condotte particolari: manipolazione delle feci...
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 1/5** riguarda *la sicurezza personale e il livello di stima*:

- 1) mancanza di consapevolezza del pericolo...
- 2) incapacità di discriminazione tra cibo commestibile e non, preferenze alimentari...
- 3) evitamento (sì-no) delle sostanze nocive, pericolose...reali o immaginate-fantastiche...
- 4) sicurezza nei comportamenti quotidiani, negli spostamenti...
- 5) bisogno di controllo sull'ambiente...
- 6) risposte piuttosto sollecite e adeguate nelle situazioni quotidiane...
- 7) abbandono dell'attività con le prime difficoltà...
- 8) delega ad altri per l'agire, per il superamento di ostacoli...
- 9) condotte opportunistiche, di sfruttamento degli altri...
- 10) rifiuto di essere aiutato e specialmente rimproverato...
- 11) socializzazione facile, difficile (rigida, difesa...), impossibile con persone conosciute, con gli sconosciuti...
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 1/6** indaga sul *comportamento sessuale*:

- 1 – condotte che sembrano dimostrare una “normalità” sessuale verso se stesso, verso gli altri...
- 2 – comportamenti problematici, legati in qualche modo alla sessualità: in caso di nudità, delle funzioni escretorie, delle operazioni di abbigliamento, della privacy...
- 3 – comportamenti affettivo-relazionali con note particolari: omosex, compulsività, seduzione, esplorazione ossessiva, abuso, verbalizzazioni continue intorno al corpo/parti-sesso, fantasticherie erotiche con verbalizzazioni, aggressività, disinvestimento totale affettivo...
- 4 – attività masturbatoria ossessiva, frequente, rara, assente...
- 5 – masturbazione per imitazione, in solitudine, anche in pubblico...
- 6 – interesse per la figura di sesso diverso con curiosità, ricerca attiva, partecipazione passiva...
- 7 – interesse per materiale figurato circa le identità, per materiale pornografico, per espressioni comportamentali e verbalizzazioni a forte carica-contenuto erotico...
- 8 – reazioni appropriate, assenti, sproporzionate a tentativi di approccio, di sfruttamento sex...
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 1/7** affronta l'argomento dei comportamenti collegati con *la frustrazione*

1 – tolleranza presente, ridotta, assente... in diverse situazioni di vita...

2 – aggressività fisica o verbale, espressa o inespressa, in risposta a situazioni frustranti...

3 – cambiamento di umore per piccole-grandi privazioni, con instabilità, con evitamento, con aggressività auto-etero, con distruttività verso l'ambiente...

4 – reattività particolare legata a frustrazione alimentare, erotico-sessuale, del bisogno di riposo, ad esperienze intorno al proprio corpo e la salute, ad oggetti propri, ai propri gusti, alle proprie decisioni...

5 – evitamento in tutte le situazioni difficili che riguardano l'attività quotidiana, il lavoro, i contatti con il gruppo, i rapporti con i coetanei...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 2/8** focalizza il tema della alimentazione

1) capacità o incapacità di aspettare che il cibo sia usufruibile... “si butta” sul cibo, lo contende dai piatti...

2) capacità di mangiare da solo, oppure no...

3) modalità particolari: utilizzo delle mani, utilizzo delle mani per mettere il cibo sul cucchiaino, utilizzo della forchetta, del coltello...

4) bere da solo o no, versare l'acqua nel bicchiere...

5) utilizzo del tovagliolo...

6) prepararsi e “difendere” il posto a tavola...

7) dopo l'alimentazione: lasciare disordine e sudicio, fare tentativi di pulire e riordinare, indifferenza...

8) non avere appercezione di essersi sporcato con il cibo: indifferenza, insofferenza se accudito...

9) preferenze alimentari...

10) appetito normale, disappetenza, voracità, alternanza tra voracità e inappetenza...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 2/9** tratta del *controllo sfinterico*

1 – mancanza totale del controllo sfinterico...

2 – enuresi...

3 – encopresi...

4 – perdita del controllo in particolari situazioni...

5 – indifferenza, disagio, reazioni accentuate quando è bagnato di urina o sporco di feci...

6 – utilizzo di gesti, di parole... per indicare le necessità corporee, per esprimere il disagio...

7 – autonomia o no nell'uso del bagno, dei servizi igienici, della doccia...

8 – particolari significati affettivi e comportamenti intorno ai prodotti organici, specialmente nel bagno... con scelta e/o rigida preferenza/rifiuto del caregiver, dell'assistente...

9 – tempo prolungato per soddisfare i bisogni sfinterici per stitichezza... ; al contrario, diarrea...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 2/10** tratta dell'*abbigliamento*

1 – prassie di abbigliamento presenti, assenti, parziali, occasionali... con presenza o assenza di contenuti affettivi, con aderenza o meno all'iniziativa programmata e più o meno piacevole...

2 – incapacità di svestirsi, di vestirsi...

3 – tentativi di collaborazione per queste operazioni...

4 – autonomia totale, autonomia parziale per indossare pantaloni-sottana, maglia...

5 – riconoscere il diritto-rovescio dell'abbigliamento...

6 – scelta o no del vestiario secondo le stagioni, le occasioni particolari...

7 – polarizzazioni verso le scarpe o altro...

8 – attribuzione di significati particolari al “rivestire il Corpo”: tempo prolungato, esigenza di persone particolari per l'accudimento, espressione di forti emozioni positive, negative, di indifferenza, di passività...

9 – evitamento e/o rifiuto della persona che accudisce...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 2/11** affronta il tema dell'*igiene personale*

1 – investimento o disinvestimento verso il Corpo: totale, parziale, reattivo...

2 – disabilità per le prassie intorno al Corpo: totale, parziale, discontinua...

3 – iniziali tentativi di lavarsi, insaponarsi...

4 – condotte parzialmente autonome in ordine al lavarsi le mani, il viso, il corpo, i capelli, le parti “intime”...

5 – iniziale interesse e approssimativa capacità di utilizzare il sapone, il pettine, l'asciugamani...

6 – prassie del lavarsi i denti, soffiarsi il naso...

7 – condotte autonome in riferimento alla sequenze complete appena evidenziate...

8 – accettazione o rifiuto delle sollecitazioni positive, delle manifestazioni affettive... del caregiver in collegamento con le sequenze evidenziate...

9 – capacità-incapacità di tenersi puliti e di manifestare soddisfazione e/o vari altri sentimenti per la pulizia personale, il profumarsi...

10 – espressione di emozioni diverse: piacere, dispiacere, rifiuto, reattività aggressiva... rispetto alla corporeità sana/malata, abile/disabile...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 2/12** offre alcuni spunti osservativi su *pulizia e ordine ambientale*

- 1) pulire oggetti, ambienti... se succede di sporcarli nelle condotte quotidiane;
- 2) raccogliere oggetti caduti...
- 3) gettare o non gettare per terra fogli, oggetti vari...
- 4) totale indifferenza verso l'ambiente se pulito o sudicio, se disposto in un modo o in un altro...
- 5) attribuzione di particolari significati all'ambiente o a spazi particolari se vengono modificati, deturpati...: arrabbiarsi, piangere, camminare rabbiosamente sugli oggetti, romperli, riordinare ossessivo, rifugiarsi nel proprio angolo...
- 6) evitare oggetti oppure travolgerli senza alcuna consapevolezza...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 2/13** affronta l'argomento del *riposo*

- 1 – ora preferita per il riposo...
- 2 – pretesa e/o rifiuto della presenza di un educatore-caregiver nei preparativi per il riposo...
- 3 – preferenza per un caregiver...
- 4 – particolare, normale, nullo interesse per la soddisfazione dei bisogni fisiologici, per l'igiene personale, per gli indumenti appropriati per la notte, con riferimenti alla nudità, alla intimità...
- 5 – addormentamento sollecito, entro breve tempo, dopo alcune ore... per cause organiche, per dinamiche psicologiche, per esperienze particolari diurne, per terrori notturni "anticipati"...
- 6 – sonno tranquillo, agitato, interrotto...
- 7 – nel sonno: presenza di sussulti, sogni agitati, pavor nocturnus, sonnambulismo...
- 8 – esigenze o rifiuto di coccole, di rassicurazione... oppure esigenze a contenuto affettivo – sessuale frequenti, rare, assenti...
- 9 – risveglio tranquillo, agitato... con rifiuto di alzarsi, di farsi aiutare, di avere coccole...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 2/14** affronta il complesso argomento dei *fenomeni notturni*

A – *Addormentamento* (ore 20,0 – 23,0):

- 1 – informazioni, da parte degli operatori del turno precedente il riposo, circa l'umore, le emozioni, lo stato di salute, eventi particolari...
- 2 – preparativi per il riposo: pulizie personali, richieste o esigenze personali, argomenti di comunicazione reciproca, abitudini, rituali, maternage...
- 3 – emozioni, umore, agitazione... osservati lungo l'esperienza di addormentamento...

B – *Il sonno* (ore 23,0 – 5,0/6,0)

- 1) ora di addormentamento...
- 2) posizioni del corpo...

3) qualità del riposo: continuo-interrotto, tranquillo-agitato...

4) incubi e loro contenuto...

5) pavor nocturnus: agitazione, eccitazione, urla...

6) sonnambulo: sì/no; sua descrizione, durata....

7) episodi di enuresi: sì/no; frequenza...

8) episodi di encopresi: sì/no; frequenza...

9) interruzioni del sonno: sì/no; quantità... qualità...

10) altri fenomeni: scuotere la testa, digrignare i denti....

C – Il risveglio (ore 5,0/6,0 – 8,0/9,0)

1 – pre-risveglio: tranquillità, agitazione psicomotoria...

2 – risveglio: posizione...umore...richieste/rifiuti del caregiver...

3 – prime esigenze spontanee...

4 – primi interessi...

5 – prime persone ricercate...

6 – iniziativa, passività, rifiuto dei preparativi per la giornata: bisogni fisiologici, pulizia del corpo, cura del corpo, rivestirsi...

7 – emozioni prevalenti...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 3/15** offre argomenti osservativi del *Corpo-Sé-Io* e dei comportamenti intorno alla *salute*

1) appercezione chiara, sufficiente, scarsa, del Corpo e/o del Sé in quanto riferibili alla identità psicofisica verso la quale esprime o no attenzione...

2) assenza di investimento verso il Corpo e/o verso il Sé e le loro funzioni principali...

3) assenza di riferimenti di tipo rappresentativo intorno al Corpo-Sé e alle sue prerogative...

4) riferimenti apparentemente esclusivi al Corpo...

5) assegnazione della tappa evolutiva acquisita: Sé corporeo (regolativo), nucleare (intenzionale), soggettivo (consapevole), verbale (e sociale)...

6) assenza di investimenti e di sufficiente consapevolezza circa la salute-la malattia del corpo...

7) comunicazione assente, approssimativa, sufficiente, partecipata intorno alla malattia corporea, alla piena salute, al benessere e/o al malessere psicofisico complessivi e/o di diverse intensità...

8) tipo di riconoscimento e di verbalizzazione del malessere e/o del benessere...

9) indifferenza, interesse, ossessione... per la salute e per i farmaci;

10) autoregolazione della alimentazione: quantità, qualità del cibo...

11) comportamenti problematici per la salute: vestiario improprio, assenza di disagio per il mancato controllo sfinterico, trangugiare cibi e bevande, esporsi al freddo – ai pericoli ambientali...

12) preferenze per il personale medico-sanitario e per i locali di tipo infermieristico: tempo, intensità e caratteristiche affettivo-emotive...

13) comportamenti responsabili o no nei confronti dei farmaci: uso appropriato, abuso, collaborazione...

14) esigenze profonde, implicite, esplicite di interventi per il benessere, per le “buone” relazioni, per gli spazi accoglienti...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 3/16** affronta l’argomento della *aderenza alla realtà*

1) assenza di consapevolezza, passività, estraneità... nella vita quotidiana;

2) immersione nel mondo individuale con le fantasticherie, la pensosità, il soliloquio, le stereotipie...

3) apparenti allucinazioni in relazione al corpo e/o alla complessa realtà circostante...

4) manifestazione di pensieri strani, imprevedibili, maniacali, deliranti, ossessivi...

5) in situazioni tense: manifestazioni come impositività, demotivazione, auto-etero aggressività, distruttività, totale isolamento...

6) partecipazione alla vita quotidiana: sufficiente, intermittente, collegata a forti motivazioni ...

7) interesse-disinteresse particolare per il cibo, il gioco, il sesso, gli altri...

8) capacità di portare a termine le attività comuni...

9) accettazione di regole...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 3/17** tratta delle *capacità senso-percettive*

1) utilizzo o no, e modalità di utilizzo di tutti i canali sensoriali: ...

2) canale/i preferenziale/i...

3) appercezione uditiva :

– percepire rumori minimi, deboli, forti... con collegata gioia, paura, interesse attento...

– volgere la testa verso la fonte del suono...

– girarsi, rispondere in qualche modo (qualità) al proprio nome...

– percezione dei suoni deboli, acuti, gravi...

– riconoscere oggetti dai loro rumori o inverso come cucchiaino e battere...

– riconoscimento di oggetti dopo la loro presentazione verbale...

Altro.....

4) Appercezione visiva :

– seguire con lo sguardo un oggetto in spostamento... per il piacere ludico, per lo stimolo...

– seguire visivamente una persona che si sposta nello spazio... per la qualità affettiva, per

ottenere attenzione e gratificazione, per continuare la conversazione...

– riconoscere colori, forme e grandezze di base come grande-piccolo, il cerchio... con la denominazione, con l'incastro, per abbinamento, su richiesta verbale...

– riconoscimento di oggetti... dopo la loro presentazione visiva

Altro.....

5) Appercezione tattile :

– discriminazione tra bagnato-asciutto, caldo-freddo, liscio-ruvido, duro-morbido...

– capacità di riconoscimento di un oggetto mediante il tatto...

– riconoscimento tattile di qualità dell'oggetto, particolarmente se è a forte contenuto transizionale...

Altro.....

6) Appercezione gustativa :

– distinzione tra dolce, amaro, salato...

– preferenze gustative...

Altro.....

7) Appercezione olfattiva :

– distinzione tra odori gradevoli e sgradevoli...

8) Esterocezioni...

9) Enterocezioni...

10) Propriocezioni...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 3/18** affronta l'argomento delle *capacità attentive ed imitative*

I – *Attenzione*: assente, presente; qualità dell'attenzione...

a – capacità attentiva verso il Sé, verso l'altro, verso il gruppo, verso l'ambiente, verso il compito...

b – tipo di attenzione nell'attività spontanea: instabile, esauribile, continuativa...

c – tipo di attenzione in attività autodiretta oppure eterodiretta: nessuna, instabile, facilmente esauribile, continuativa...

d – periodo di tempo in cui il soggetto riesce a prestare attenzione negli scambi verbali, negli stimoli visivi, uditivi...

e – presenza o meno della dimensione edonica o del piacere collegabile anche all'attenzione apprenditiva e all'imitazione...

Altro.....

II – *Imitazione*: presenza o assenza di condotte imitative:

a – referenti imitativi: genitori, caregivers, coetanei, adulti, individui più piccoli, [animali]...

b – oggetto di imitazione: gesti, parole, mimica, azioni...

c – descrizione di ambienti e situazioni nelle quali avviene l'imitazione...

d – imitazione spontanea, sollecitata, imposta dall'esterno...

Altro.....

Note.....

– La *scheda 3/19* tratta il tema delle *capacità mnestiche*

1) disorientamento, confusione nello spazio-tempo...

2) interesse-disinteresse per quanto succede intorno... con riferimento particolare alle relazioni tra tra soggetti, nel gruppo... ma anche alle varie attività dell'ambiente...

3) memoria visiva: ritrovare un oggetto... ritrovare un oggetto con lo stimolo della figura... riconoscere le stesse cose a distanza di tempo, in ambienti diversi...

4) memoria uditiva: comprendere o ripetere ordini appena ricevuti... ricordare semplici apprendimenti, trasmessi verbalmente, a distanza di tempo... trasmettere verbalmente consegne semplici o complesse... ricordare gesti, persone, contesti... fortemente affettivizzati...

5) memoria tattile...

6) memoria olfattiva...

7) memoria gustativa...

8) capacità di memoria a breve, a medio, a lungo tempo circa esperienze, persone, contenuti di tipo rappresentativo nelle sue varie articolazioni...

Altro.....

Note.....

– La *scheda 3/20* affronta il complesso argomento delle *capacità cognitive*

1) livello evolutivo da definire: Corpo, Sé, Io, Simbolo, Significato.

2) condotte senso-percettive: sensorialità... motricità...

3) azioni determinate da bisogni primari: libera espressione, spontaneità, appercezione...

4) azioni coerenti con il bisogno e/o con gli stimoli esterni, in particolare di tipo prassico...

5) comportamenti più o meno semplici ma guidati da qualche forma di rappresentazione...

6) azioni precedute da forme più o meno complesse di pensiero: presunto o comunicato...

7) capacità di cogliere la differenza tra segno, gesto, parola... tra simbolo e significato...

8) capacità rappresentative espresse col linguaggio interno, col linguaggio verbale, col linguaggio scritto...

9) conoscenza di dati anagrafici, della composizione familiare, dei rapporti di parentela...

10) riflessione con manifestazione di pensieri semplici, complessi, sequenziali o meno...

11) ragionamento più o meno semplice, induttivo, deduttivo...

12) ipotesi semplice, occasionale, dedotta da stimoli precedenti...

13) problem solving (operativo, cognitivo)...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 4/21** tratta la *motricità globale*

- 1) stazione eretta: stare fermo in piedi con appoggio... stare su un piede con appoggio... stare in equilibrio armonico su un piede... calciare la palla con intenzionalità... essere in grado di equilibrarsi sulle punte...
 - 2) deambulazione e corsa: camminare con appoggio... camminare da solo... camminare all'indietro... camminare sulle punte dei piedi... correre...
 - 3) salto: saltare a piedi uniti ricadendo... saltare a piedi uniti avanzando... saltare ritmicamente sulle punte dei piedi... saltare con un piede... saltare ostacoli...
 - 4) modalità di salire e scendere le scale: salire un gradino, con aiuto e marcando il tempo – cioè appoggiando i due piedi in ciascun gradino-... scendere le scale, con aiuto, marcando il tempo... salire le scale senza appoggio marcando il tempo... salire le scale senza appoggio alternando i piedi... scendere le scale da solo marcando il tempo... scendere le scale solo alternando i passi...
 - 5) motricità degli arti superiori: scagliare una palla... afferrare una palla piccola, grossa... colpire un bersaglio... palleggiare con una mano... palleggiare a mani alternate da fermo, in corsa, in movimento...
 - 6) motricità fine: impugnare, lisciare, stringere...
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 4/22** tratta dello *schema corporeo*

- 1) riconoscimento di nessuna, di alcune, di tutte le parti del proprio corpo: toccare, indicare, nominare, esercitare...
 - 2) riconoscimento di parti del corpo su altri, sulla bambola-omino, sulle figure...
 - 3) localizzare e verbalizzare le parti del corpo su di sé oppure su un altro...
 - 4) imitazione di posture, di movimenti, di espressioni del volto, della voce...
 - 5) capacità di assumere posizioni e/o movimenti su consegna verbale...
 - 6) capacità di rilassamento corporeo autoindotto o guidato da un altro
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 4/23** espone alcuni punti inerenti la *lateralizzazione*

- 1) mano utilizzata per la manipolazione e per svolgere attività varie: la destra, la sinistra, tutte due quasi indifferentemente –ambidestro-, incertezza nella lateralizzazione manuale...
 - 2) piede utilizzato per dare un calcio, per saltellare: destro, sinistro, ambidestro, incerto...
 - 3) occhio utilizzato per guardare dentro un foro: destro, sinistro, ambidestro, incerto...
 - 4) identificazione della destra e/o della sinistra su di sé oppure sul corpo altrui...
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 4/24** tratta dell'*orientamento spazio-temporale*

- 1) conoscenza o meno delle coordinate di base o dei punti di riferimento spazio-temporali...
- 2) assenza di orientamento negli ambienti frequentati...
- 3) capacità di riconoscimento di alcuni ambienti...
- 4) autonomia negli spostamenti da un posto ad un altro...
- 5) uso autonomo di autobus, del treno...
- 6) stima sufficientemente esatta di distanze tra posti familiarizzati, di percorsi fatti...
- 7) capacità di sequenziare temporalmente le principali azioni della giornata...
- 8) comprensione temporale di: prima, dopo, oggi, ieri, domani...
- 9) conoscenza dei giorni della settimana, dei mesi, delle stagioni....
- 10) conoscenza e uso del calendario...
- 11) conoscenza dell'orologio...
- 12) esecuzione di azioni dopo un tempo assegnato – per es. 10'circa-...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 4/25** affronta il complesso problema della *coordinazione visuo-motoria*, particolarmente mediante la motricità fine e il grafismo largamente inteso.

A – *Coordinazione semplice e complessa*

- 1) azioni quotidiane indicative: stringere oggetti, strappare, schiacciare, modellare plastilina o altro, avvitare-svitare, piegare la carta, tagliare la carta con le forbici, ritagliare figure, fare un nodo, abbottonare-sbottonare, arrotolare il filo, sfogliare le pagine, incollare, eseguire collages, travasare, incastrare oggetti tipo “Lego” o mosaici, inserire la chiave in una serratura, aprire-chiudere, infilare anelli, fare costruzioni definite come una torre...
- 2) Utilizzo di tutte le azioni elencate per familiarità imitativa, per interesse ludico, per intenzionalità, per progettualità cognitiva definita e/o concordati...
- 3) uso del movimento per azioni funzionali più o meno semplici...
- 4) esplorazioni mirate, più o meno varie, dell'ambiente...
- 5) ricerca spontanea e ludica di persone, di oggetti...

Altro.....

B – *Grafismo largamente inteso*

- 1) totale disinteresse, rifiuto per “la matita”...
- 2) scarabocchio...
- 3) utilizzo della matita in vari modi e con competenze diverse...
- 4) pittura con le dita...
- 5) uso del pennello...
- 6) capacità di tracciare, di scrivere... nello spazio definito da due righe...
- 7) colorazione di figure...

- 8) copiare figure geometriche...
- 9) completare l' "omino" graficamente...
- 10) disegno della figura umana...
- 11) riproduzione della figura umana in varie posizioni e in movimento...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 5/26** sviluppa l'argomento della *intenzionalità e consapevolezza comunicativa* e della *comunicazione non-verbale*

A – Livello evolutivo acquisito da dichiarare: Corpo, Sé, Io, Simbolo, Significato-Pensiero.

B – *Intenzionalità comunicativa* per i bisogni primari corrisposti nel rapporto simbiotico M-Bo, per familiarizzazione similsimbiotica con i caregiver..., per spinta motiva e/o per attrazione attivata da forti stimoli..., per modalità interattive spontanee...

C – *Consapevolezza comunicativa*: assente, presente...

- 1) comunicazione solo con persone significative...
- 2) comunicazione presente in alcune situazioni, assente in altre...
- 3) uso della ludicità, dell' umorismo, della ironia...
- 4) capacità comunicativa sufficientemente consapevole...
- 5) capacità di autovalutazione+/- e/o di eterovalutazione+/-, espresse mediante i segni, le parole...

Altro.....

D – *Comunicazione non verbale*

- 1) attraverso lo sguardo...
- 2) attraverso la mimica...
- 3) attraverso la gestualità...
- 4) attraverso oggetti...
- 5) attraverso il linguaggio del Corpo:
- 6) posizionamento del corpo nello spazio: posizioni statiche, cinetiche, parti corporee utilizzate...
- 7) tensione muscolare: rilassamento, irrigidimento...
- 8) forme del corpo: aperte-chiuse, di difesa-di offesa...
- 9) prossemica: contatto, distanza, allontanamento, evitamento...
- 10) finalizzazione del movimento ad azioni costruttive globali, alla saturazione di bisogni...
- 11) utilizzo del "linguaggio simprassico" cioè collegato con l'azione...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 5/27** tratta del *linguaggio interno*

- 1) "spazio temporale pensoso" prima di un'azione...
- 2) fantasticare "ad occhi aperti"...
- 3) isolamento in soliloqui con distensione, con agitazione, con gesticolazione...

- 4) isolamento con sorriso, mimica e gestualità...
- 5) solitudine con espressioni affettivo-emotive di tristezza, di rabbia, di ansia...
- 6) condotte “strane” collegate al linguaggio interno, presumibilmente derealistico...
- 7) comportamenti istintivi di vario tipo, presumibilmente guidati da intenzionalità reattiva, compensatoria: agiti reattivi, distruttivi, angosciati, depressi, catatonici...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 5/28** tratta il complesso argomento del *linguaggio verbale produttivo*

- 1) non emettere alcun suono, solo suoni gutturali...
- 2) scialorrea, lingua grossa...
- 3) sapere soffiare con la bocca e/o con il naso...
- 4) respirare dal naso e/o dalla bocca...
- 5) modo di parlare a bocca piuttosto chiusa o a bocca quasi spalancata, rigida, disarmonica...
- 6) assenza, presenza di mimica facciale...
- 7) assenza, presenza di espressività affettiva, di emozioni, di attività immaginativa...
- 8) utilizzo di una parola per esprimere cose diverse...
- 9) sostituzione di parole con gesti: alzare la mano per il “ciao”, scuotere la testa per il “no”...
- 10) parola-frase...
- 11) associazione di due parole...
- 12) frase contratta, sufficientemente comprensibile...
- 13) utilizzo di domande semplici, complesse...
- 14) descrizione dell’utilizzo di oggetti comuni...
- 15) racconto, anche sintetico, di fatti, di eventi, di storie...
- 16) porre domande che presuppongono un pensiero interno...
- 17) rispondere solo se richiesto...
- 18) parlare in continuazione e/o con tutti...
- 19) parlare da solo...
- 20) esprimersi diversamente : con coetanei, con adulti, con familiari, con estranei...

Altro.....

– Accenni ad alcuni deficits:

– Ecolalia...

– Parola conglutinata...

– Dislalia...

– Disartria...

– Disritmia-balbuzie...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 5/29** delinea indicativamente *il linguaggio verbale recettivo*

- 1) nessuna reazione alla voce umana...
- 2) reazione al proprio nome...
- 3) comprensione di parole che esprimono eventi comuni e semplici...
- 4) comprensione di richieste semplici...
- 5) comprensione ed esecuzione di ordini complessi, cioè di almeno 2 oppure 3 istruzioni...
- 6) indicazione di oggetti comuni, o delle rispettive figure, di cui è stato descritto l'uso...
- 7) pronunciare almeno il proprio nome sotto richiesta...
- 8) rispondere adeguatamente a domande semplici come: dove-quando-perché-cosa succede se...?
- 9) partecipare a conversazioni semplici o anche relativamente complesse... con/senza turnazione...
- 10) rispondere a domande implicanti ragionamenti, induzione, deduzione, sintesi...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 5/30** descrive alcuni punti del *linguaggio scritto*

- 1) assenza totale di interesse e di abilità...
- 2) scarabocchio...
- 3) ideogrammi...
- 4) lettere, sillabe, parole riferite ad oggetti di largo uso...
- 5) stampatello maiuscolo, minuscolo...
- 6) corsivo...
- 7) scrittura servile o per imitazione...
- 8) scrittura per dettatura...
- 9) scrittura spontanea a vari livelli...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 6/31** illustra l'argomento della *espressività*

I – *Disegno e colorazione*

- 1) nessun interesse...
- 2) scarabocchio...
- 3) figure semplici, complesse, collegate...
- 4) preferenze per animali, piante, paesaggi...
- 5) figura umana statica, più o meno completa...
- 6) figura umana in diverse posizioni, specialmente se in movimento...
- 7) famiglia...
- 8) disegno spontaneo su imitazione...
- 9) abilità coloriche nulle, scarse, sufficienti...

- 10) colorazione realistica...
- 11) figure preferenzialmente rappresentate: la casa, gli animali, la mamma...
- 12) contesti e contenuti affettivo-emotivi...
- 13) commenti spontanei, interpretativi dei disegni e delle colorazioni...

II – Altre manifestazioni espressive

- 1) espressioni varie del volto, con le mani, con tutto il corpo...
- 2) manipolazione di materiale preferito come il pongo...
- 3) drammatizzazione: racconti, favole, burattini, animazione...
- 4) contesti di realtà per la drammatizzazione...
- 5) teatro...
- 6) gioco individuale, sociale, da tavolo, all'aria aperta...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 6/32** esprime alcuni punti riguardanti *la competenza prassica*

- 1) prassia semplice...
- 2) prassia complessa...
- 3) prassia programmata per linguaggio interno e, in vario modo, preannunciata...
- 4) prassia come scarico immediato di tensioni psicofisiche...
- 5) prassia accompagnata da parole singole, da verbalizzazione conversazionale...
- 6) prassia ripetuta e/o centrata su particolari interessi soggettivi...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 6/33** esplicita alcuni punti sulla *competenza scolastica*

A – Lettura:

- 1 – nessuna capacità, anche se ci sono tentativi di imitazione e/o di copia...
- 2 – riconoscimento delle lettere...
- 3 – lettura sillabica...
- 4 – lettura corrente di parole, di frasi...
- 5 – lettura espressiva, modulata su contenuti affettivo-emotivi...
- 6 – comprensione del testo semplice, complesso...

Altro.....

B – Scrittura :

- a – assenza pressoché totale, scarabocchio...
- b – scrittura di lettere e sillabe...
- c – scrittura di parole in coppia...
- d – scrittura di parole, di semplici frasi sotto dettatura...

- e – scrittura spontanea più o meno fluida...
- f – errori ortografici della parola...
- g – errori grammaticali, sintattici della frase, del periodo...
- Altro.....

C – Calcolo :

- 1 – mancanza completa di interesse e di capacità...
- 2 – presenza della nozione di numero, anche se iniziale...
- 3 – addizione... sottrazione... moltiplicazione... divisione...
- 4 – conoscenza graduale delle tabelline...
- 5 – risoluzione di facili problemi concreti o di esperienza quotidiana...
- 6 – risoluzione di problemi complessi...
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 6/34** affronta l'argomento della *competenza ludica*

- Livello evolutivo acquisito da definire: Corpo, Sé, Io, Simbolo, Significato-Pensiero.

- a – assenza di interesse, di motivazione al gioco...
- b – partecipazione incompetente al gioco...
- c – gioco solitario e solo se stimolato e sostenuto dall'esterno...
- d – preferenze: giochi corporei... giochi da tavolo: solitari o collettivi come mosaico e carte... giochi all'aperto come "nascondino", pallone...
- e – giochi quasi esclusivamente con individui preferiti e/o per imitazione...
- Altro.....
- Note.....

– La **scheda 6/35** tratta della *competenza lavorativa*

- 1) nessun interesse per le semplici attività quotidiane: spazzare, mettere in ordine, chiudere porte o finestre, utilizzare semplici attrezzi...
- 2) assenza di consapevolezza dell'attività lavorativa come manifestazione del Corpo, del Sé, dell'Io...
- 3) considerazione del lavoro come un gioco...
- 4) motivazione al lavoro: scarsa, discontinua, sufficiente...
- 5) autonomia sufficiente nell'ambito di lavori definiti e finalizzati, anche se semplici: agricoltura, cucito e Maglia, bigiotteria, giardinaggio, allevamento, attività lavorative varie del legno, del ferro, di altro tipo...
- 6) lavoro solo esecutivo...
- 7) lavoro solo ripetitivo...
- 8) attività lavorativa con nessuna, scarsa, sufficiente, ossessiva continuità...

9) tipo di interesse per la valutazione sociale del “prodotto lavorato” come l’elogio, la paga, lo scambio, l’esposizione o mostra, la prezzatura, il guadagno...

Altro.....

Note.....

– La **scheda 7/36** tratta il tema della *socializzazione* e delle *competenze sociali*

A – Livello evolutivo acquisito da definire: Corpo, Sé, Io, Simbolo, Significato-Pensiero.

B – *Socializzazione*:

1) sviluppo di ogni tipo di attività quotidiana, da solo, vicino a coetanei oppure ad adulti-operatori, senza alcuna attenzione nei loro confronti: attività e/o gioco parallelo, mancanza di condotte interattive...

2) rifiuto attivo di quanti cercano di giocare, di condividere, di lavorare con lui...

3) rifiuto, accettazione, ricerca di manifestazioni attive e/o passive di affetto come essere accarezzare...

4) accettazione di interventi di coetanei e/o di operatori nel gioco e/o nell’attività corrente...

5) adeguamento del comportamento ad interventi correttivi, elogiativi...

6) presenza di comportamenti collegabili alla pronuncia del nome come protendersi, girarsi, guardare, porre attenzione...

7) tentativi di prendere oggetti offerti da adulti o da coetanei...

8) attesa impaziente, disturbante, sufficientemente tranquilla nelle più varie situazioni gratificanti...

9) differenziazione dei comportamenti in corrispondenza della diversità degli individui...

10) imitazione dei gesti, delle parole, delle azioni altrui...

11) aiuto spontaneo verso gli altri, nelle attività routinarie o in particolari situazioni...

12) comportamenti interattivi nelle attività quotidiane come collaborare, offrire-ricevere oggetti, guardare insieme immagini...

13) preferenza di persone...

14) sviluppo di attività cooperative, per tempi prolungati, senza notevoli reazioni emotive...

15) imitazione di ruoli e/o di funzioni...

16) adeguamento attivo, assente, passivo a regole di gruppo...

17) condivisione, dopo richiesta, di giocattoli, di cibo...

18) esecuzione di invito-ordine molto semplice come “vieni! siediti! aspetta!...”...

19) richiamo dell’attenzione sulla propria esigenza, sulla propria attività...

20) richiesta di aiuto, se in difficoltà, per rispondere ai bisogni fisiologici, per mangiare, per vestirsi...

21) saluto spontaneo...

22) comunicazione verbale dei propri stati d’animo...

23) richiesta di autorizzazione per azioni quotidiane, per partecipare al gioco...

- 24) ringraziamento verso chi compie azioni gradevoli...
- 25) avversità più o meno profonda e con o senza reazioni aggressive verso chi è in vario modo frustrante...
- 26) riconoscere sbagli, involontarie offese...
- 27) parlare anche con persone sconosciute...
- 28) adattamento alle norme di convivenza...
- 29) accettare responsabilità in mansioni domestiche...
- 30) comportamenti nel gruppo: imitazione, adeguamento, contrasto... preferenze personali...

C – Competenze sociali:

I – Discriminazione

- 1) discriminazione di monete e banconote...
- 2) abbinamento monete-banconote...
- 3) significato e vari usi del denaro...
- 4) valore delle cose, degli oggetti...
- 5) collegamenti tra denaro, lavoro, autonomia...

II – Utilizzo

- 1) uso del telefono: fare il numero, discriminare diversi segnali acustici, conversare in modo appropriato, uso dell'elenco telefonico, uso attivo e adeguato del telefono...
- 2) uso dei mezzi pubblici come autobus, treno...
- 3) utilizzo di mezzi privati di spostamento come bicicletta, motorino, macchina...
- 4) possesso di patentino, di patente...

Altro.....

Note.....

[N.26: *L'autonomia di cui si parla è quella che riguarda il Corpo e il Sé che sono "accuditi" da un Io soggettivo sufficientemente presente a se stesso nella vita quotidiana; è certamente un'autonomia basilare e in gran parte dinamica che interpreta l'autoinvestimento e la sufficiente autoreferenza nelle esperienze individuali-soggettive; si tratta quindi dell'Area dell'autonomia nella quotidianità, nella quale, al minimo, c'è il "senso esistenziale e relazionale" ma anche la intenzionalità e specialmente l'iniziale consapevolezza.*]

[N.27: È notoria la complessità anche di questo tipo di **prassie** che, in vario modo, rende dinamicamente presente tutta la "storia personale" o la "life history" che può trovare conclusione positiva e/o negativa nell'immagine di Sé, nel vissuto corporeo, negli investimenti affettivi primari...]

[N.28: Gli orari sono semplicemente indicativi.]

[N.29: L'attenzione di cui si parla è collegata sostanzialmente alla intenzionalità non-consapevole che può diventare vagamente consapevole; si fa presente inoltre che l'imitazione non

necessariamente è consapevole; v. K.Kaye, Cap. 2°-2 del Manuale; v. pure la scheda 7/36, di seguito.]

[N.30: Risulta di notevole importanza la teoria e la prassi del *Training Autogeno*, applicabile a vari livelli e seguendo un indirizzo cognitivistico oppure psicodinamico: v. J.H.Schultz, E.Jacobson...]

[N.31: In argomento, si può rileggere la “*Ricerca di équipe pluriprofessionale sulla comunicazione di “7 soggetti diversamente abili”: la prevenzione quaternaria*” nel Cap 3°-II del Manuale.]

[N.32: Nella parte teorica del Manuale si accenna alla *Prossemica*, in particolare in A.Imbasciati e in K.Kaye. È necessario ricordare che *la comunicazione non-verbale può essere semplicemente intenzionale ma può anche essere consapevole.*]

[N.33: V. pure la successiva scheda 7/36.]

[N.34: V. anche T.Cappelletto e AA. ('90) op. cit.]

[N.35: V. modello precedente in T.Cappelletto op. cit. pagg. 34-41]

[N.36: Nel Modulo, *tutte le risposte esplicitate per la Dimensione, per il Livello evolutivo e per la Comunicazione sono semplicemente indicative o presuntive del grado di maturità evolutiva raggiunto*, da parte del soggetto, nella prestazione osservata.]

[N.37: Si riportano due semplici esempi di trascrizione di dati verificati sul campo, senza alcuna quantificazione e valutazione statistica, che si riferiscono alla ricerca sulla Comunicazione, riportata nel Cap.3°-II del Manuale. La “*scatola dei giochi*” conteneva molti oggetti di largo uso; **G.S.** è un paziente di 19 aa., con accentuata disartria che spinge l'osservatore/registratore ad utilizzare un “linguaggio baby”(K.Kaye); nel primo minuto G.S.”apre la scatola e guarda dentro, prende poi le forbici dal tavolo e fa il gesto di tagliare guardando l'osservatore non-partecipe (insegnante): nel caso, si registra la presenza di comunicazione “+”; nel minuto successivo, G.S. prende una caffettiera dalla scatola, la manipola e dice “Cocco”, senza alcuna comunicazione, “-...; **M.B.** ha 16 aa. ed è diagnosticato come soggetto autistico: gli viene proposta direttamente l'attività e il modello della costruzione di una torre con materiale di plastica; egli si avvicina alla scatola, prende oggetti vari, pronuncia parole casuali e scollegate dalla proposta, sorride, saltella in varie direzioni, nel tempo di tre minuti... e senza comunicazione,“-“; v. T.Cappelletto ('92) p.95.]

[N.38: Ad esempio, dal “**Modulo inclusivo**” risulta che “*saltare*” è un termine che esprime una U.C. della categoria 4 “Attività motoria”; si può quindi codificare “*saltare/4*”.]

[N.39: la formula è data dal totale degli accordi diviso la somma degli accordi e dei disaccordi, il tutto moltiplicato per 100; **l'80% di accordo sembra un valore sostenibile, all'interno delle Comunità-Istituzioni.**]

[N.40: Il riferimento diretto è alla “*significazione soggettiva*”, alla “*simbolizzazione*”, alla “*posizione mentale*” e alla *interpretazione psicodinamica* delle quali si è parlato più volte nel Test. Si sottolinea il fatto che è sempre molto opportuna la videoregistrazione dell'attività osservativo-sanitaria per poter rivedere, in occasioni diverse, alcuni aspetti cruciali del comportamento, per

referire in convegni scientifici, per raccogliere materiale utile in un laboratorio interno di psicologia sperimentale ed applicata. Si ritorna su una sottolineatura fondamentale: “*i soggetti psicofisicamente fragili*” hanno diritti primari di vita, di benessere e di evolutività, quella possibile, che devono essere assicurati non solo per la adultità umana di tutte le persone in vario modo collegate ma anche per la deontologia professionale e per i codici civili.]

[N.41: L’U.T. può essere seguita accuratamente, dal suo inizio alla fine, con numeri progressivi (v. nota 15 di questo Cap.). Si apre una possibilità molto larga di *approfondimenti sulla “modalità comportamentale”*: la ripetitività di azioni, la loro essenzialità, la dispersività, la distruttività... la qualificazione affettivo-emotiva...; interrogativi successivi possono essere i seguenti: “perché l’individuo si comporta così?”, “da quanto tempo agisce e/o reagisce in questo modo?”...; ulteriori interrogativi che fanno parte della interpretazione e che sembrano “dare spiegazione vera o esistenziale” delle possibili evoluzioni/involuzioni trasformative dell’Io; altre domanda sono : “quale è il significato soggettivo?”, “qual’è il simbolo sottostante?”, “si tratta di un simbolo positivo o negativo?”, “quali sono le verità soggettive e i simboli che possono essere comunicati e che possono essere condivisi tra il soggetto osservato e l’operatore sanitario?”...; “sostanzialmente, il soggetto osservato comunica la sostenibilità o la insostenibilità della sua attuale esperienza collocata in questo spazio-tempo-ambiente di vita?”, “quali possibilità evolutivo-trasformative ci sono per questo soggetto (gruppo, comunità-istituzione)?”...]

[N.42: Si veda in particolare D.Meltzer cit. ma anche D.Winnicott...]

[N.43: La proposta osservativa utilizza largamente il contenuto teorico e pratico del *Comportamentismo* e del *Cognitivismo*, ritrovando la centralità del soggetto nelle verità soggettive e nei simboli, identificabili mediante una modalità operativa sanitaria anche di tipo psicodinamico e che è propria anche della *Psicologia dell’Io*. La “**Psicologia dell’Io**” esprime una teorizzazione psicanalitica americana, dagli anni ’30 in poi; essa è preceduta da Harry Stack Sullivan (cit.) e da Karen Horney (cit.) e ha inizio con Heinz Hartmann (cit.), austriaco trapiantato negli Stati Uniti, David Rapoport (cit.), e Anna Freud (cit.); *attualmente è continuata dalla psicanalisi relazionale ed intersoggettiva* (R.D.Stolorow et al. (cit.). L’Io, anche nelle situazioni di forte conflitto intrapsichico, originariamente ha energie che sostengono processi funzionali liberi rispetto allo stesso conflitto esistenziale, sempre aperti e orientati a stare e ad adattarsi... nella/alla realtà; quindi *l’Io non è solo in difesa rispetto al radicale conflitto Es >< Super-Io* di S.Freud. L’Io ha *tre elementi strutturali costitutivi: l’eredità biologica, la pulsionalità, l’esperienza di realtà*. Per Hartmann, l’Io ha “*funzioni autonome primarie*” proprie della sviluppo – percezione, motricità, intenzionalità, anticipazione, intelligenza, linguaggio, volontà, verbalizzazione, pensiero – e “*funzioni autonome secondarie*” che si formano e si organizzano come difese rispetto alla pulsionalità esperita nello sviluppo e che poi si autonomizzano – v. in particolare le funzioni dell’arte, della creatività...-. *L’Io evolve mediante l’adattamento, reso possibile se il Bo trova un ambiente sano e gratificante, “ambiente medio prevedibile”, che è prima biologico e poi sociale* in

riferimento alle relazioni oggettuali, alla cultura...; *c'è quindi lo spazio per l'interpretazione, da parte della psicoterapia psicanalitica, delle situazioni più o meno problematiche.*]

[N.44: È molto stimolante il discorso portato avanti da **D.Meltzer** sulla **dimensionalità psicologico-mentale**, in riferimento alla integrale esperienza dell'Io e alle possibili patologie psichiche: la *uni-dimensionalità* dell'agire e del reagire raffigurabile con la linea geometrica, la *bi-dimensionalità* dell'agire e del reagire con l'apporto progressivo della rappresentazione consapevole e quindi anche dei significati-pensieri raffigurabile con il piano geometrico e la *tri-dimensionalità* dell'agire e del reagire e del significare, con l'apporto dell'affettività-emotività e del “fantasticare” esperienziali esprimibili con il simbolo molto dinamico, raffigurabile con il volume-spazio e comunque “contenitivo di verità soggettive e di simboli”. Nel Manuale, si trovano evidenti collegamenti teorici con questo tipo di tridimensionalità anche da parte di A.Imbasciati, di K.Kaye, di D.Stern, B.Gibello, di S.Freud, di M.Mahler, di J.Bowlby e di W.Bion.]

[N.45: Si pensa che “**le attenzioni affettivo-emotive**” rivolte verso gli animali... siano riferibili più alla “intenzionalità” che alla “consapevolezza”... e che abbiano stretti legami con il Corpo-Sé-Io, inconsciamente ri-vissuti e non sufficientemente saturati nelle risposte ai bisogni primari di tipo simbiotico e similsimbiotico affettivo-emotivo; perciò sembra importante anche “la presenza di animali” nella vita quotidiana di “soggetti diversamente abili” come in quella di “anziani soli”...; il termine “intenzione” è ripreso più volte nel Testo, il significato si ritrova anche in K.Kaye, Cap. 2°-2.]

[N.46: V. anche T.Cappelletto ('76,'77,'78) rispettivamente: “*La parola, la comunicazione*”, “*Alla base della comunicazione*”, “*Comunicazione empatica prima, durante e dopo il linguaggio*” in *I Care*, C.R.O., Firenze.]

[N.47: *L'ampiezza dei dati raccolti e codificati rende possibile “avere in mente” un'ampia serie di elementi qualitativi – positività, reciprocità, piacevolezza, negatività, depressione, passività... – legati alla soggettività, alla life history, al contesto relazionale-sociale, alla patologia...*]

[N.48: Sulla Comunicazione, si può vedere, nel Cap.3°-II, la “*Ricerca di équipe pluriprofessionale sulla comunicazione di soggetti diversamente abili*”; in particolare, sembrano stimolanti i due profili di pazienti a confronto: si tratta di **G.S.** con diagnosi “*Insufficienza mentale media, disarmonica*” e di **M.B.** con diagnosi di “*Psicosi autistica*”, quindi con due profili clinici molto differenti; in seguito alla ricerca, per loro sono state progettate due diverse linee di intervento terapeutico-abilitativo e cioè: per G.S. l'intervento si è incentrato dinamicamente sulla relazione interpersonale propria di un Io-soggetto, mentre per M.B., sostanzialmente a livello Corpo-Sé, la relazione a distanza ha potuto avere qualche lontana risonanza imitativa, mentre sono stati evitati sia l'interlocuzione diretta che ogni coinvolgimento diretto in un gruppo; si tratta di progetti di interventi a termine, mai definitivi.]

[N.49: Nei due ipotetici “estremi” *si escludono quindi, da una parte, le gravi patologie organiche che comportano spesso e comunque grave “ipodotazione globale dell'individuo” e,*

dall'altra, le gravi patologie del pensiero che si riscontrano nelle dissociazioni, nelle allucinazioni, nei deliri, inclusi quelli dei quali si è parlato nel Cap.1°: "Introduzione antropologico-culturale in "ottica psicodinamica".]

[N.50: Sono da tenere presenti i contenuti teorici di tutti gli Autori citati nel Cap. 2° del Manuale "**Presentazione di alcuni punti teorici di base**".]

[N.51: È necessario riferirsi ai contenuti teorici di J.Piaget, di B.Gibello, di K.Kaye... riportati nel Manuale al Cap. 2°; v. pure L.Camaioni e altri. Circa il "**Cognitivismo**", si osserva semplicemente che U.Neisser (op.cit.), negli anni '60, pose le premesse teoriche cognitive, ad integrazione se non in contrasto con altre teorie come il Comportamentismo: la posizione cognitivista sostiene la centralità dell'individuo che agisce nel contesto ambientale, mediante *il pensiero, come un elaboratore di informazioni*; lo schema comportamentistico $S \rightarrow R$ è diventato $S \rightarrow I \rightarrow R$. Per A.Miller, E.Galanter, K.Pribram (op.cit.), il comportamento umano è regolato da un *meccanismo di retroazione, definito TOTE [Test-Operate-Test-Exit]*; esso rappresenta il modo in cui l'individuo realizza un'azione: esamina cioè la situazione esistente che viene messa a confronto con lo scopo da raggiungere, elabora un progetto per realizzare il cambiamento desiderato, svolge le azioni ritenute necessarie, analizza nuovamente la situazione: se lo scopo viene raggiunto l'azione finisce, altrimenti questa procede fino al raggiungimento del risultato voluto (v. anche in K.Kaye). **Si sottolinea il fatto che l'individuo di cui si parla è qualsiasi individuo che abbia però maturato un suo preciso livello evolutivo di soggettività: frequentemente, non è il caso dei "soggetti diversamente abili".**]

[N.52: Si crede che in una progettualità di intervento abilitativo-riabilitativa, ***l'operatore debba comunque essere certo della "sufficiente comprensione razionale" del progetto-proposta-riciesta da parte dell'individuo-soggetto in cura-care***: questo elemento è fondamentale per i motivi sostanziali dei quali si è parlato nel Manuale; talvolta semplici "domande-questionario" possono essere utili per lo scopo.]

[N.53: Come si è già detto, dopo la Dimensione identificata dagli osservatori e registrata dai codificatori come la principale, si può esprimere in sequenza, tra parentesi, anche una seconda o terza dimensione.]

[N.54: "Gli elementi costitutivi interni" delle condotte hanno diretto riferimento al "senso esistenziale e relazionale", alla "verità soggettiva" e al "simbolo" che vengono qui sondati qualitativamente con le 4 dimensioni e i 5 livelli evolutivi. In ambito sanitario, *si ritiene che, oggi, anche la Psicologia psicoterapica abbia funzioni indispensabili di interpretazione, di diagnosi e di trattamento psico-socioterapico*; altra branca fondamentale psicologica è la **statistica psicometrica**, opportuna anche ai fini di ricerche psicologiche scientifiche.]

[N.55: Si possono vedere alcuni profili nella ricerca sulla Comunicazione, in Manuale, cap.3°-II.]

[N.56: Si parla di *statistica funzionale alla ricerca in ambito psicologico*: quindi essa si riferisce alle componenti numeriche o matematiche lette e interpretate mediante la complessa prospettiva e professionalità psicologica; oltre a V.Rubini si veda anche C.Caudek e R.Luccio.]

[N.57: *Sembra necessario che l'équipe integrata programmi un curricolo-progetto sanitario, educativo, riabilitativo... che includa obiettivi generali, obiettivi specifici e modalità operative d'intervento; si sostiene la necessità deontologica di progettazione e di esecuzione di curricoli rispetto ad ogni contesto sanitario e ad ogni soggetto assistito, dal catatonico grave all'Io con strutturazione nevrotica*. Come esemplificazione, ci si riferisce sinteticamente ad una ricerca sull'*attività pre-lavorativa e lavorativa di adolescenti*, accolti in un Istituto scientifico privato operante in ambito sanitario nazionale: adolescenti con déficits compatibili con una relativa "*capacità d'impegno*"; la capacità d'impegno dimostrabile sia come *capacità esecutivo-prestazionale* che come "*occupabilità dell'Io*" in quanto caratteristica complessa dinamico-strutturale dell'Io motivato-intenzionale e sufficientemente consapevole, significativa. L'obiettivo generale era il consolidamento della capacità d'impegno; l'obiettivo specifico era l'evoluzione della occupabilità piacevole dell'Io nella composizione del mosaico in tessere lignee; le modalità operative d'intervento includevano la progettazione del gruppo, l'esecuzione in determinati tempi lavorativi, il grado di interesse dei soggetti sperimentali al riconoscimento sociale del manufatto...; la ricerca ('85) "*L'inserimento lavorativo degli adolescenti con handicap neuropsichico*" (a cura di A.Martini, T.Cappelletto, M.Cerrai, AM.Gnesi, P.Poli, A.Raho) è stata finanziata dal Ministero della Sanità e assegnata all'Istituto Scientifico "Fondazione Stella Maris" di Calambrone-Pisa"; in argomento, al Convegno internazionale "Personalità e psicopatologia"('90) hanno curato una *Comunicazione* T.Cappelletto, E.Fornaro, F.Posteraro, cit.. Nel Cap.3°-III "Il metodo osservativo e la prevenzione primaria, secondaria, terziaria in psicologia sperimentale dell'età evolutiva" vengono riportati opportuni dati statistici su due interessanti fenomeni sociali e cioè la tossicodipendenza e la tipologia clinica "ad alto rischio psicopatologico" e "a basso rischio psicopatologico".]

[N.58: Si veda la matrice "Soggetti-Categorie in U.t." nell'All. n.7 del Manuale; altri esempi si possono ritrovare in L.Camaioni et al. come la tabella n. 9 e le figure nn. 5 e 6.]

[N.59: V. nel cap.3°-II: *Ricerca di équipe pluriprofessionale sulla comunicazione di "soggetti diversamente abili": la prevenzione quaternaria.*]

[N.60: "Turnazione in" esprime l'iniziativa nell'interazione, "Turnazione out" esprime la risposta ad una interazione altrui; in argomento, si può consultare, nel Manuale, quanto proposto da K.Kaye nel Cap.2° – 2,5.]

[N.61: V. il Manuale, Cap.6°-III, "Parte applicativa"-III: Codifica delle registrazioni; si veda pure la Tab. n.13 in L.Camaioni et al.]

[N.62: ***Il tipo di organizzazione comunitaria-istituzionale è fondamentale per sostenere e rendere possibile la vivibilità contestuale, per allentare le note di burn-out degli operatori, per definire livelli invalicabili di abbandono alla inattività, alla esauribilità delle proposte, alla insostenibilità dei "ritmi di consumo e di dequalificazione" inconsapevole da parte degli utenti-***

pazienti verso ogni tentativo “virtuoso” di innovazione e di creatività degli operatori...; si può consultare anche la tab. n.10 in L.Camaioni et al..]

[N.63: Nel Manuale, si ritorna più volte sull’argomento della *assolutezza della (individualità)-soggettività* – di ogni soggettività – sulla *centralità dinamica dei simboli soggettivi*, sulla *necessità della supervisione per l’équipe pluriprofessionale e per la comunità-istituzione*, sul *tipo di leadership...*: questi “temi esperienziali” ma “rigidamente professionali e istituzionali”, insieme a pochi altri, se attivamente e positivamente presenti nella comunità-istituzione, costituiscono la condizione essenziale dell’agire sanitario con la “posizione mentale” e con possibilità trasformativo-evolutive.]

[N.64: *Per semplice parallelismo, si potrebbe pensare al fattore G – generale – e ai fattori s – specifici – in ambito di psicologia fattoriale, secondo C.Spearman (1863-1945)*; in questo testo, non ci si riferisce allo specialistico modello matematico-statistico sulla “correlazione” utilizzato da Spearman per leggere le interconnessioni tra le risposte ai vari items di un test ma si cerca di cogliere-interpretare gli elementi contestuali e le condotte globali individuali per fare risaltare la loro influenza sulla esperienza quotidiana specifica dei soggetti in trattamento e sulle specifiche indicazioni di trattamento.]

[N.65: È il caso della sperimentazione riportata da L.Camaioni et al.: i bambini di 1° elementare del 1978 eseguono, a livello cognitivo “basso”, per il 90% di tempo, l’attività n.8 cioè “interazione non strutturata” e a livello “alto”, per il 93,75, le attività 13 e 16 cioè “letto-scrittura-calcolo e attività specifiche dirette dall’adulto”; invece, i bambini del 1979, nelle stesse attività curriculari, registrano rispettivamente il 95,35 e il 25,50.]

[N.66: Qualcuno, “piuttosto difeso” rispetto alla *realtà clinica del “tremendo quotidiano”*, potrebbe forse erroneamente intravedere, in quanto si sostiene nel Manuale e in quanto si è appena scritto, una forma comoda di “velato romanticismo della negatività pura”; per una indiretta risposta, si può leggere attentamente tutto il Cap.5° e ri-presentare alla propria mente l’entropia che può demolire-mortificare alcuni-molti sistemi sociali chiusi – L.von Bertalanffy-.]

[N.67: Si sottolinea nuovamente che il “senso esistenziale relazionale primitivo”, che la soggettività vera e “assoluta”, il simbolo “buono” condiviso e la interpretazione psicodinamica da “posizione mentale” degli eventi interattivi e contestuali offrono la “necessaria chiave di lettura” per ogni intervento sanitario, in particolare per l’osservazione proposta nel Testo; ***è assolutamente necessario che i contesti di convivenza siano introdotti ed esercitati nella “posizione mentale” che non è solo oggettivo-scientifica e che include realisticamente criteri di sostenibilità umana [positiva e piacevole] anche per tutti gli operatori sanitari coinvolti.***]

[N.68: Si può vedere anche la tab. n. 10, alla pag. 87 in L.Camaioni et al..]

Note del Capitolo Settimo

[N.1: Quasi sempre l'Istituzione è il risultato della idealità e spesso essa viene condotta secondo linee di rigidità dogmatico-dottrinale-“political correct”, secondo linee di pre-potenza di singole funzioni e/o di formalizzazione cristallizzante ruoli e funzioni... e quindi di negazione delle verità soggettive e dei simboli umani...; il significato di questa ipotesi declaratoria si ritrova nel Cap.1° del Manuale: “Introduzione antropologico-culturale in “ottica psicodinamica”.]

[N.2: Recuperando “la catena dinamica della complessità” – Cap. 3°-I1 – si fa presente che l'operatore sanitario a diretto contatto con il paziente interpreta la circolarità normale e psicopatologica, cioè lineare e intercalare, tra i 5 livelli evolutivi: ad esempio, il modo soggettivo dell'educatore di appercepire la realtà “scontra” con modi dispercettivi del paziente provocando in lui stress, contenuti profondi affettivi avversativi...(v – w.Bion Cap. 2°-9). Di seguito, al n. 7, si sintetizza la proposta osservativo-interpretativa complessiva nella “*posizione mentale positiva*” per tutti gli operatori sanitari. Si precisa che, in queste note conclusive, si toccano argomenti che esigono approfondimenti ulteriori che esulano dal Testo come *il processo educativo* (v. Man. Cap. 3°-I6), *l'organizzazione dei servizi sanitari e sociali, l'assistenza sanitaria...*]

Note del Capitolo Ottavo Allegati

Scheda preliminare e successiva All.1*

- Obiettivo dell'osservazione.....
.....
.....
- Situazione sperimentale Soggetti [Gruppo] Età
Individuale spontanea : S.I.s. [S.G.s.]
Individuale guidata : S.I.g. [S.G.g.]
.....
.....
- Prima** – Informazioni sul singolo (famiglia, sintesi clinica e tecnico professionale...).....
.....
.....
- Informazioni sul gruppo/reparto (numero, organizzazione strutturale e dinamica...).....
.....
.....
- Informazioni sul contesto comunitario-istituzionale (organizzazione, clima relazionale...).....
.....
.....
- Altro.....
- Dopo** – Informazioni sul singolo.....
.....
.....
- Informazioni sul gruppo/reparto.....
.....
.....
- Informazioni sul contesto comunitario-istituzionale.....
.....
.....
- Altro.....

Nota*: in questa scheda, semplicemente indicativa, vengono raccolti i dati conoscitivi contestuali preliminari e successivi che riguardano l'individuo nella sua "life history"; il gruppo, anche nella sua organizzazione non-manifesta e sociometrica(J.L.Moreno), nella conduzione, nella esplicitazione dei fini istituzionali...; il contesto in quanto caratterizzazione comunitaria o istituzionale, i rapporti degli individui sperimentali con l'ambiente, eventi particolari....

Data..... per l'Equipe.....

Scheda per l'osservatore non-partecipe* All.2

Data.....

-Obiettivo dell'osservazione.....

-Situazione sperimentale Soggetti [Gruppo] Età

Individuale spontanea: S.I.s. [S.G.s.]

Individuale guidata: S.I.g.[S.G.g.]

Prima.....

.....

.....

Durante.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dopo.....

.....

.....

.....

Nota*: vengono qui raccolti dati osservativi dell'operatore non-partecipe: annotazioni sintetiche sui preparativi, sulle difficoltà... del "prima"; il "durante" riguarda gli appunti su tutto quanto succede nel tempo osservativo tra l'osservatore diretto e l'individuo e/o il gruppo, il reparto, la classe... sperimentali ma anche nell'ambiente circostante che influisce sulle condotte osservate; il "dopo" si riferisce ai comportamenti, immediatamente successivi all'attività osservativa, dei soggetti sperimentali e del contesto.

Osservatore non-p.....

Scheda per il registratore-osservatore* All.3

Data.....

Obiettivo dell'osservazione.....

-Situazione sperimentale: Soggetti [Gruppo] Età

Individuale spontanea: S.I.s. [S.G.s.]

Individuale guidata: S.I.g. [S.G.g.].....

O.r.1	A	B	C	D	E	F	GI	GII1	GII2	GII3	GII4 In -
Cat./UU	U.t	Descrizione	Interpretazioni	Com	Liv.1°	2°3°4°	Acc.	Acc.	Acc.	Acc.	terpreta-
.CC.		condotte/ UU.TT	(dA/dE/dC/dR)	+ o -	5°		Dis.	Dis.	Dis.	Dis.	zioni
							in C	in D	in E	in F	diverse
O.r.2											
O.r. 3											
A	B	C	D	E	F		GI- xC	GII1 xD	GII2 xE	GII3 xF	GII4

Nota* Totali/somme

A= Cat./UU.CC.; B= U.t.; C= Descriz. UU.TT.

D= Interpretazioni sulle dimensioni [dA,dE,dC,dR].

E= Comunicazione [“+” % : 25,50,75,100; ”o”; ”-“]

F= Livelli ev.[1°/Corpo, 2°/Sé, 3°/Io, 4°/Simb., 5°/Signif.]

GI/C Acc.: dal 76 al 100; acc. sufficiente dal 51 al 75; Dis.

lieve dal 26 al 50; Dis. dallo 0 al 25 (sulle UU.TT.)

GII1/D Acc.-Dis. sulle Dimensioni: in acc. si premette il 2 alla Dim. attribuita; in dis. si scrivono le scelte di ciascuno.

GII2/E Acc.-Dis. sulla Com.: è accordo con due segni uguali (tipo:++); negli altri casi è disaccordo.

A..... A..... A+..... A..... - ----
 As..... D..... Ao..... DI..... - ---- -
 DI..... A-..... De..... - ----
 D..... D+o..... Dme.... - ----
 D-o..... - ----
 D-+.... - ----

GII3/F Acc.-Dis. sul Liv.ev.: è accordo con l'assegnazione di due livelli uguali; negli altri casi è **dis.** lieve con un dislivello, elevato con due dis., molto elevato con tre dis..

GII4= Spazio per osservazioni, interpretazioni essenziali...

Note.....

Registratore.....

Osservatore

Scheda per il codificatore* All.4

Data.....

Obiettivo dell'Osservazione.....

-Situazione sperimentale Soggetti [Gruppo] Età

Individuale spontanea: S.I.s. [S.G.s.]

Individuale guidata: S.I.g. [S.G.g.]

.....

Cod.1 A	B	C	D Siglat.	E	F Siglat.	GI	GII1	GII2	GII3	GII4 In -
Cat./	U	Siglatura di C	di D (dim.)	Siglat.	Livel.	Acc-	Acc-	Acc-	Acc-	terpreta-
UU.CC.	t.	- UU.TT.		Com.		dis.(C)	d.(D)	d.(E)	d.(F)	zioni
Codif. 2										
Codif. 3										

A	B	C	D	E	F	GlxC	GII1 xD	GII2 xE	GII3 xF	GII4
---	---	---	---	---	---	------	------------	------------	------------	------

Nota* Totali (somme e %)

A=Cat./UU.CC.; **B**=U.t.; **C**=Sigle C degli Osservatori (UU.TT);

D= Sigle di D (Dimensioni);

E= Sigle della Comunicazione;

F= Sigle dei Livelli evolutivi;

GI= Somme e % di Acc-Dis. di C (UU TT) [100,76,51,26]

GII1= Somme e % di Acc.-Dis. di D (Dim.) [4 acc. e 6 dis.]

GII2= Somme e % in E (Com.) [3 acc. e 3 dis.]

GII3= Somme e % in F [5acc e 10dis:4lievi, 3elevati, 2molto el.]

GII4= Numero delle diverse interpretazioni tra Osservatori e Codificatori in condivisione interprofessionale.

<i>A</i>	<i>AdA</i>	<i>A+</i>	<i>A1°-1°</i>.....	.....
<i>suf</i>	<i>dE</i>	<i>o</i>	<i>2°-2°</i>.....	.....
<i>lie</i>	<i>dC</i>	-	<i>3°-3°</i>.....	.....
<i>D</i>	<i>dR</i>	<i>D+/o</i> ...	<i>4°-4°</i>.....	.....
<i>DdA-dE</i> ...	-/+...	<i>5°-5°</i>		
<i>dE-dC</i> ...	-/o...	<i>Dl.1°-2°</i> ...	<i>2°-3°</i> ..	
<i>dE-dR</i> ...		<i>3°-4°</i> ...	<i>4°-5°</i>	
<i>dC-dR</i> ...		<i>Del.1°-3°</i> ...	<i>2°-4°</i>	
<i>dA-dC</i> ...		<i>3°-5°</i>		
<i>dA-dR</i> ...		<i>Dme.1°-4°</i> ...	<i>2°-5°</i> ...	

Note:.....

.....

.....

.....

Codificatori

.....

Scheda di codificazione All.5

Data.....

-Obiettivo dell'Osservazione.....

.....

.....

-Situazione sperimentale Soggetti [Gruppo] Età

Individuale spontanea: S.I.s. [S.G.s.]

Individuale guidata: S.I.g. [S.G.g.]

.....

<u>Co</u> <u>d.</u> <u>U.</u> <u>t.</u>	<i>Cat.</i> UU. CC.	<i>Di-</i> dA	<i>men-</i> dE	<i>sio-</i> dC	<i>ni</i> dR	<i>Comu-</i> “+”	<i>nica-</i> “o”	<i>zione</i> “-“	<i>Livel-</i> 1°	<i>li e-</i> 2°	<i>volu-</i> 3°	<i>ti-</i> 4°	<i>vi</i> 5°
2'													
3'													
4'													

→15'

-Dati analitici opportuni per indirizzare nuove indagini-----

Note.....

.....
.....
.....

Codificatori.....

.....

Scheda di sintesi dell'osservazione All.6

Data.....

-Obiettivo dell'Osservazione.....
.....
.....

-Situazione sperimentale Soggetti [Gruppo] Età

Individuale spontanea: S.I.s. [S.G.s.]

Individuale guidata: S.I.g. [S.G.g.]

1 – Comportamento globale.....
.....
.....

2 – Autonomia.....
.....
.....

3 – Strumenti.....
.....
.....

4 – Psicomotricità.....
.....
.....

5 – Comunicazione.....
.....
.....

6 – Competenze.....
.....
.....

7 – Socializzazione.....
.....
.....

A-Obiettivi a breve termine

.....

.....

B – Obiettivi a lungo termine

.....

.....

per l'Equipe gli Operatori

.....

.....

.....

Tabulazione Soggetti-Categorie in U.t. All.7

-Obiettivo dell'Osservazione..... data

.....

<i>C/S</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>	<i>I</i>	<i>L</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>P</i>	<i>Q</i>	<i>R</i>	<i>S</i>	<i>T</i>	<i>U</i>		<i>Tot</i>	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						

	-b		2a					
<i>in</i>	-c		-b					
	-d		-c					
<i>B</i>	-e		-d					
	Al.		-e					
<i>e</i>	3a		-f					
	-b		-g					
<i>in</i>	-c		Al.					
	-d							
<i>C</i>	-e							
	Al.							
<i>Totali</i>								

Note: * Il prospetto fa riferimento diretto alla “Scheda sintetica sulla Comunicazione” della quale si parla nel Cap.3°II: “Ricerca di équipe pluriprofessionale sulla Comunicazione di 7 “soggetti diversamente abili”: la prevenzione quaternaria”.

** *A*= elemento non-verbale; *B*= elemento verbale; *C*= comunicazione in *A* e in *B* che può essere +/o/ - ; *Tot.*= somma degli elementi osservativi raccolti.

Annotazioni.....
.....
.....
.....
.....
.....

Obiettivi operativi:

- a breve termine.....
.....
.....

- a medio termine.....
.....
.....

- a lungo termine.....

.....
.....
.....

Sintesi

finale.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Osservatori

.....
.....

→ *Bibliografia generale*

- AA.VV. ('78) "Percezione e psicomotricità" O.S., Firenze
- Abraham K. "Opere" ('21-'75) vol 1° e 2°, Boringhieri, Torino
- Ainsworth M.D.S. ('92) "Gli attaccamenti oltre l'infanzia" in "Adolescenza" 3,2
- Ammaniti M. (a cura di) ('89) "La nascita del Sé" Laterza, Bari
- Ammaniti M. e Stern D.M. ('97) "Rappresentazioni e narrazioni" Laterza, Bari
- Ammaniti M. ('01) "Manuale di psicopatologia dell'infanzia" R.Cortina, Milano
- Argyle M. ('77) "Il linguaggio del corpo" Zanichelli, Bologna
- Ariès Ph. ('77-'80) "L'uomo e la morte: dal Medioevo ad oggi" Laterza, Roma-Bari
- Aucouturier B. ('84) "La simbologia del movimento" Armando, Roma
- "B. A. B." ('86) Centro Erikson, Trento
- Barone R, e AA. ('10) "Gruppo analisi e comunità terapeutica. Uno strumento di lavoro basato su supervisione, valutazione e ricerca" Franco Angeli, Milano
- Basaglia F. ('78) "L'istituzione negata" Einaudi, Torino
- Bateson G. ('80) "Verso una ecologia della mente" Adelphi, Milano
- Becchi E.,Vertocchi B. (a cura di) ('84) "Manuale critico della sperimentazione e della ricerca educativa" Franco Angeli, Milano
- Beebe B, Lackmann F.M. ('03) "Infant research e trattamento degli adulti: un modello sistemico-diadico delle Interazioni" Raffaello Cortina, Milano
- Bellack L. ('71) "Il dilemma del porcospino" O.S., Firenze
- Belsky J., Nezworski I. (a cura di) ('88) "Clinical implications of attachment" Erlbaum, Hillsdale, N.Y.
- Benson H., Proctor W. ('11) "Rilassati e guarirai" BIS Edizioni, Cesena
- Berger P., Luckmann T. ('66-'69) "La realtà come costruzione sociale" Il Mulino, Bologna
- Bertini M. ('80) "Alla ricerca del primo dialogo" in Amerio P. e Quaglino G.P.(a cura di) "Mente e Società nella ricerca psicologica" Book Store, Torino
- Bertini M. ('88) "Psicologia e salute" La Nuova Italia Scientifica
- Bion W.R. ('73) "Trasformazioni" Armando, Roma
- Bion W.R. ('73) "Attenzione e interpretazione" Armando, Roma
- Bion W.R. ('81) "Il cambiamento catastrofico" Loescher, Torino
- Bleger J. ('89) "Il colloquio psicologico e contributi per una psicopatologia psicanalitica" Loreto, Ancona
- Bollas C. ('00) "Il mistero delle cose" Cortina, Milano
- Bollea G. ('80) "Compendio di psichiatria dell'età evolutiva" Bulzoni, Roma
- Bodei R. ('10) "Ira, la passione furente", Il Mulino, Bologna
- Bottaccioli F. ('95) "Il sistema immunitario: la bilancia della vita nella salute e nella malattia" Edizioni Medico Scientifiche, Torino

Bower T.G.R. ('74-'80) "Introduzione allo sviluppo della 1° infanzia" Zanichelli, Bologna

Bowlby J. ('82) "Costruzione e rottura dei legami affettivi" Cortina, Milano

Bowlby J. ('84) "Una base sicura" Cortina, Milano

Box S. ('85) "Psicoterapia familiare: un approccio psicanalitico" Liguori, Napoli

Brandimonte M.A. ('04) "Psicologia della memoria" Carocci, Roma

Brazelton T.B. ('73) "Madri e bambini: differenze nello sviluppo" Armando, Roma

Brenner C. ('75) "Breve corso di psicanalisi" Martinelli, Firenze

Bruner J. ('80) "Under Five in Britain" McGrew, Holliday

Bruner J. ('87) "Il linguaggio del bambino" Armando, Roma

Brunori L., Raggi C. ('08) "Le comunità terapeutiche" Il Mulino, Bologna

Buica D. ('96) "Charles Darwin" Armando, Roma

Burkert W. ('03) "La creazione del sacro" Adelphi, Milano

Camaioni L., Bascetta C., Aureli T. ('88) "L'osservazione del bambino nel contesto educativo" Il Mulino, Bologna

Cancrini L. ('82) "Quei temerari sulle macchine volanti" NIS, Roma

Cancrini L., La Rosa C. ('91) "Il vaso di Pandora" NIS, Roma

Canevaro A. (a cura di) ('95) "La formazione dell'educatore professionale" La Nuova Italia Sc., Roma

Cannao M., Moretti G. ('82) "Il grave handicappato mentale" Armando, Roma

Cappelletto T. ('75) "Il gruppo spontaneo" Centro documentazione, Pistoia

Cappelletto T. et al. ('90) "L'inserimento degli adolescenti con handicap neuropsichico" in Atti "Personalità e psicopatologia" ETS, Pisa

Carli L.L., Rodini C. (a cura di) ('08) "Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali" Raffaello Cortina, Milano

Carli R., Mosca A. ('80) "Gruppo e istituzione a scuola" Bollati, Torino

Carli R., Paniccia R.M. ('86) "Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni" Il Mulino, Bologna

Carli R. (a cura di) ('99) "Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare" Cortina, Milano

Caudek C., Luccio R. ('01) "Statistica per psicologi" Laterza, Bari

Cazenave M. ('97) "Jung: l'expérience intérieure" Le Rocher, Munchen

Cerrai M. ('08) "L'intervento riabilitativo in psichiatria dell'adolescenza" ETS, Pisa

Chamberlain D. ('98) "I bambini ricordano la nascita" Bonomi, Pavia

Chiozza E. ('81) "Corpo, affetto, linguaggio" Loesher, Torino

Chiti V. ('11) "Religioni e Politica" Giunti, Firenze

Cioni G. (a cura di) ('91) "Il bambino impara a muoversi" Pacini, Pisa

Classificazione internazionale ('92) "ICD-10", Manuale, Masson, Milano

Classificazione internazionale ('94) "0-3", Masson, Milano

Classificazione internazionale ('95) "DSM-IV", Manuale, Masson, Milano

Colozzi I. Donati P. (a cura di) ('95) "Famiglia e cure di comunità" F. Angeli, Milano

Conforto C. e AA. (a cura di) ('99) "Comunità, Natura, Cultura...terapia" Bollati Boringhieri, Torino

Conti G. ('89) "La pedagogia psicoanalitica" Borla, Roma

Correale A. ('91) "Il campo istituzionale", Borla, Roma

Correale A. ('98) "Introduzione" alla Sezione Seconda di A. Ferruta, G. Foresti, E. Pedriali, M. Vigorelli (a cura di), La comunità terapeutica. Tra mito e realtà. Cortina, Milano

Corulli M. (a cura di) ('97) "Terapeutico e antiterapeutico. Cosa accade nelle comunità terapeutiche?" Bollati Boringhieri, Torino

Cresti L., Farneti P., Pratesi C. ('01) "Osservazione e trasformazione. *L'Infant Observation* nella Formazione, la Prevenzione e la Ricerca" Borla, Roma

Darwin C. (1872-1982) "L'espressione delle emozioni" Boringhieri, Torino

Del Noce A. ('64) "Il problema dell'ateismo" Il Mulino, Bologna

Del Noce A. ('78) "Il suicidio della rivoluzione" Rusconi, Milano

De Robertis D., Tricoli M.L. ('90) "Psicanalisi e istituzioni" C.D.P., Genova

Deutsch F. ('75) "Il misterioso salto dalla mente al corpo" Martinelli, Firenze

"Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo" O.N.U. (Parigi '48)

"Dichiarazione dei diritti del bambino" O.N.U. ('59)

Diks H.V. ('67) "Mental Tensions" Routledge and Kegan Paul, London

Di Maria F. e Lo Verso G. ('95) "La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche" Liguori, Napoli

Disanto A.M. ('90) "Il conflitto educativo" Borla, Roma

Dodds E.R. ('03) "I Greci e l'irrazionale", Sansoni, Firenze

Doman G e Doman J. ('09) "Sì, il tuo bambino è un genio! Come potenziare ed arricchire il pieno potenziale del tuo bambino" Armando, Roma

Drevermann E. ('93) "Psicanalisi e Teologia morale" Queriniana, Brescia

Duekheim F. ('56-'79) "Educazione come socializzazione" La Nuova Italia, Firenze

Dufour D. e Palacio Espasa F. ('95) "La diagnosi strutturale in età evolutiva" Masson, Milano

Eckman P. (a cura di) ('78) "L'espressione delle emozioni" Bollati, Torino

Edelman G.M. ('92-'99) "Sulla materia della mente" Adelphi, Milano

Edelman G.M. ('06-'07) "Seconda natura" Cortina, Milano

Erickson Milton H, Rossi E.L. ('82) "Ipnoterapia" Astrolabio, Roma

Fairbairn W.R. ('70) "Studi psicanalitici sulla personalità" Boringhieri, Torino

Fenichel O. ('51) "Trattato di psicanalisi" Astrolabio, Roma

Ferreiro E. ('85) "La costruzione della lingua scritta nel bambino" Giunti Barbera, Firenze

Ferruta A, Foresti G., Vigorelli M. (a cura di) ('12) "La realtà terapeutica oltre il mito. Psicotici, borderline, adolescenti e minori" Raffaello Cortina, Milano

- “Festinger L., Aronson E. (’50) “Arousal and reduction of dissonance in social contexts” in “Group Dynamics” (pagg. 125-136) N.Y., Harper
- Festinger L. (’73) “Teoria della dissonanza cognitiva” F. Angeli, Milano
- Foglio Bonda P. (’94) “I disturbi psicologici dello sviluppo infantile” F. Angeli, Milano
- Fornari F. (’64) “Psicanalisi della guerra atomica” Comunità, Milano
- Fornari F. (’75) “Genitorialità e cultura” Feltrinelli, Milano
- Fornari F. (’78) “Psicanalisi e istituzioni” Le Monnier, Firenze
- Fornari F. (’79) “I fondamenti di una teoria psicanalitica del linguaggio” Boringhieri, Torino
- Foulkes S.N. (’67) “Analisi terapeutica di gruppo” Borla, Torino
- Francescato D., Ghirelli C. (’88) “Fondamenti della psicologia di comunità” N.I.S., Roma
- Freud A. (’97) “L’Io e i meccanismi di difesa” Ed. Psycho, Roma
- Freud S. (’13-’69) “Totem e Tabù” in “Opere” Boringhieri, Torino
- Freud S. (’78) “L’interpretazione dei sogni” in “Opere” vol III, Boringhieri, Torino
- Frydenberg E., Lewis R. (’93) “The Adolescent Coping Scale. Manual Australian Council For Educational Research” Melbourne
- Galimberti U. (’99) “Enciclopedia di Psicologia” Garzanti, Milano
- Garvey C. (’85) “I discorsi dei bambini” Armando, Roma
- Giommi R. (’03) “Educazione emotiva affettiva sessuale” D’Anna, Messina-Firenze
- Giordano P. (’12) “Il corpo umano” Mondadori, Milano
- Goffman E. (’72) “Asylums. Le istituzioni totali” Einaudi, Torino
- Goffman E. (’74-’82) “Modelli di interazione” Il Mulino, Bologna
- Green A. (’91) “Il linguaggio nella psicanalisi” Borla, Roma
- Grimberg L. (’76) “Identità e cambiamento” Armando, Roma
- Grimberg L. (’93) “Introduzione al pensiero di Bion” R. Cortina, Milano
- Grossman V. (’08) “Vita e destino” Adelphi, Milano
- Guerra Lisi S. (’80) “Comunicazione ed espressione nella globalità dei linguaggi” Ventaglio, Roma
- Guerra Lisi S. (’87) “Integrazione interdisciplinare” Il pensiero scientifico, Roma
- Guerra Lisi S. (’90) “Come non spezzare il filo”(Centri per gravi) Borla, Roma
- Guidi A. (’88) “L’Altra gente” Nuova Eri, Roma
- Hartmann H. (’51-’64) “Saggi sulla psicologia dell’Io” Boringhieri, Torino
- Hartmann H. (’58-’78) “Psicologia dell’Io e problema dell’adattamento” Bollati Boringhieri, Torino
- Hinde R. (’77) “Le basi biologiche del comportamento” Zanichelli, Bologna
- Horney K. (’73) “Genesi del complesso di castrazione nelle donne” in “Psicologia femminile” Armando, Roma
- Iaccarino B. (’87) “La valutazione dell’interazione non verbale nell’intervento breve con gli adolescenti” in “Prospettive psicanalitiche nel lavoro istituzionale” 5, 2
- Imbasciati A. (’78) “Eros e logos” La Scuola, Brescia
- Imbasciati A. (’83) “Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo” Il pensiero scientifico, Roma

- Imbasciati A. ('85) "Dipendenza, autorità, identità" in "Pedagogia e vita" n.6
- Imbasciati A. ('08) "Psicologia clinica. Manuale per la formazione degli operatori della salute"
Piccin, Padova
- Izard C.E. ('71) "The face of emotion": N.Y. Appleton Century Crafts
- Jacobson E. ('74) "Il Sé e il mondo oggettuale" Martinelli, Firenze
- Jacques E. in AA.VV. ('66) "Nuove vie della psicanalisi" Il saggiatore, Milano
- Jaffé A. (a cura di) ('79) "Ricordi, Sogni e Riflessioni" Rizzoli, Milano
- Jakobson R. ('68-'71) "Farsi e disfarsi del linguaggio. Linguaggio infantile e afasia" Einaudi, Torino
- Jodelet D. ('89) "Le rappresentazioni sociali" Liguori, Napoli
- Jung C.G. ('78) "Tipi psicologici", in "Opere" Boringhieri, Torino
- Jung C.G. ('79) "Psicologia e religione" Boringhieri, Torino
- Jung C.G. ('85) "L'Io e l'inconscio" Boringhieri, Torino
- Kaes R. et al. ('91) "L'istituzione e le istituzioni" Borla, Roma
- Kaes R. ('94) "Il gruppo e il soggetto del gruppo" Borla, Roma
- Kagan J. ('71-'74) "Modi dello sviluppo: continuità e cambiamento dalla nascita ai 2 anni" Franco
Angeli Milano
- Kaneklin C. et al. ('91) "Il lavoro della comunità" N.I.S., Roma
- Klein M., Rivière J. ('69) "Amore, odio e riparazione" Astrolabio, Roma
- Klein M. ('63-'76) "Il nostro mondo adulto e altri saggi" Giunti Barbera, Firenze
- Kohut H. ('76) "Narcisismo e analisi del Sé" Boringhieri, Torino
- Kuhn T.S. ('62) "The Structure of Scientific Revolutions", University of Chicago Press, Chicago
"La Bibbia" ('73), Ancora, Roma
- Lacan J. ('79) "Ornicar" voll. 1, 2, 3, Marsilio, Venezia
- Layard R. et al. ('07) "Cost-benefit analysis of psychological therapy", cit. in "La professione di
psicologo" 1, 12 (P. Porcelli)
- Langer S. ('42-'72) "Filosofia in una nuova chiave" Armando, Roma "La Sacra Bibbia", 3 voll.
('60), Marietti, Torino
- Latouche S. ('93) "Il pianeta dei naufraghi" – Saggio sul dopo sviluppo – Bollati Boringhieri,
Torino
- Latouche S. ('12) "Per un'abbondanza frugale" Bollati Boringhieri, Torino
- Lavacca W. ('11) "La palla al piede: l'io o l'handical?" Ancora, Milano
- Le Bon G. ('47-'70) "Psicologia delle folle" Longanesi, Milano
- Le Boulch J. ('78) "Educare col movimento" Armando, Roma
- Lederman L. ('11) "La particella di Dio" da Focus.it
- Levi G. (a cura di) ('99) "Una finestra sull'infanzia" Borla, Roma
- Levi-Strauss C. ('66-'79) "Il pensiero selvaggio" Il Saggiatore, Milano
- Lewin K. ('35-'72) "Teoria dinamica della personalità" Armando, Roma

- Lichtemberg J.D. e AA.(2000) “Il sé e i sistemi motivazionali: verso una teoria della tecnica psicoanalitica” Astrolabio, Roma
- Lis A., Venuti P. (’86) “L’osservazione in psicologia genetica” Giunti Barbera, Firenze
- Lopez Corvo R.E. (’07) “Dizionario dell’opera di W.R.Bion” Borla, Roma
- Lowen A. (’85) “Bioenergetica” Feltrinelli, Milano
- Lowen A. (’87) “Il tradimento del corpo” Edizioni mediterranee, Roma
- Luria S. (’73-’84) “La vita: un esperimento non finito” Zanichelli, Bologna
- Maffei L., Sale A., Berardi N. (’09) “Arricchire l’ambiente per potenziare il cervello” in “Trends in Neuronics”, Apr. 32 (4): 233-9 nella monografia “La Stella del mare”, L.D.C. Libri, Pisa, pagg.100-108. 50° anniversario della Fondazione “Istituto Scientifico Stella Maris”, Calambrone, PISA]
- Mahatma Gandhi (’95) “La mia vita per la libertà”, traduz. di B.V. Franco, Ed. L.Riverdito
- Main T.F. (’46) “The Hospital as a Therapeutic Institution” *Bull. Menninger Clinic*, 10, 66-70
- Manin B. (’10) “Principi del governo rappresentativo” Il Mulino, Bologna
- Mannelli M. (’12) “Nonni al nido” La meridiana, Molfetta
- Mannoni M. (’73) “Il bambino, la sua malattia e gli altri” F. Angeli, Milano
- Mantovani G.(a cura) (’95) “La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi” Mondadori, MI
- Martini A., Cappelletto T., Gnesi AM., Cerrai M., Raho A. (’85) “L’inserimento lavorativo degli adolescenti con handicap neuropsichico” Ricerca finalizzata: Ministero della Sanità, I.R.C.C.S. Fondazione “Stella Maris”, Calambrone-Pisa
- Martini C.M. (’08) “Conversazioni notturne a Gerusalemme” Mondadori, Milano
- Martin Luther King (’01) “ I have a Dream” Mondadori, Milano
- Marx C. (’72) “Opere” Editori Riuniti, Roma
- Masi G., Ferretti G. (a cura di) (’91) “Apprendimento e patologie neuropsichiche nei primi anni di vita” Borla, Roma
- Maslow A. (’71) “Verso una psicologia dell’essere” Astrolabio, Roma
- Masoni P. (a cura di) (’96) “La riabilitazione dell’adolescente nella comunità terapeutica” – la patologia mentale grave – Del Cerro, Pisa
- Masson J. (’88) “Against Therapy” Harper-Collins
- Mead G.H. (’34-’66) “Mente, Sé e Società” Editrice Universitaria, Firenze
- Meazzini P. (’97) “Handicap: passi verso l’autonomia” Giunti, Firenze
- Meazzini P. (’04) “Mente e comportamento: trattato italiano di psicoterapia cognitivo – comportamentale” Giunti, Firenze
- Mecacci L. (’99) “Psicologia moderna e postmoderna”, Laterza, Roma-Bari
- Meltzer D. (’75) “Studi sessuali della mente” Armando, Roma
- Meltzer D. (’82) “Lo sviluppo kleiniano” (3 voll.) Borla, Roma
- Merini A.(’86) “L’altra verità: diario di una diversa” Scheiwillen, Milano

- Miller A, Galanter E., Pribram K. ('60-'84) "Piani e strutture del comportamento" Angeli, Milano
- Milner P. ('73) "Psicologia fisiologica" Zanichelli, Bologna
- Minkowski E. ('71) "Il tempo vissuto" Einaudi, Torino
- Mithell S.A. ('02) "Il modello relazionale. Dall'attaccamento alla intersoggettività" R. Cortina, Milano
- Money Kirlle ('71) "All'origine della nostra immagine del mondo" Armando, Roma
- Montagner H. ('80) "Il bambino e la comunicazione" Borla, Roma
- Montagu A. ('89) "Il linguaggio della pelle", Vallardi, Roma
- Montecchi F. (a cura di) ('84) "La psicoterapia infantile junghiana" Il pensiero scientifico, Roma
- Morelli R. ('12) "Guarire senza medicine" Mondadori, Milano
- Moreno J.L. ('73) "Il teatro della spontaneità" Guaraldi, Firenze
- Musatti T., Mantovani S. (a cura di) ('83) "Bambini al nido: gioco, comunicazione e rapporti affettivi" Juvenilia, Bergamo
- Neisser U. ('50-'76) "Conoscenza e realtà" il Mulino, Bologna
- Neisser U. (a cura di) ('99) "La percezione del sé: le fonti ecologiche e interpersonali della conoscenza di sé" Bollati Boringhieri, Torino
- Neri C.,Correale A.,Fadda P. (a cura di) ('87) "Letture bioniane" Borla, Roma
- Neri C. ('95) "Gruppo" Borla, Roma
- Nizzoli U. ('85) "Uscire dalla droga. Le personalità dei tossicomani. Terapie differenziate" Francisci, Padova
- Olmi E. ('12) "L'apocalisse è un lieto fine" Rizzoli, Milano
- Ossicini A. ('72) "Kurt Lewin e la Psicologia moderna" Armando, Roma
- Parker C.M. et al. ('95) "L'attaccamento nel ciclo di vita" Il pensiero scientifico, Roma
- Parrini A. (a cura di) con T.Cappelletto e AA. ('78) "La norma infranta" Guaraldi, Firenze
- Pasini W. ('87) "Il corpo in psicoterapia" R. Cortina, Milano
- Pasini W. ('96) "A che serve la coppia?" Mondadori, Milano
- Piaget J. ('50-'78) "La psicologia dell'intelligenza" Giunti Barbera, Firenze
- Piaget J. ('52-'68) "La nascita dell'intelligenza nel fanciullo" Giunti Barbera, Firenze
- Piaget J. ('81) "L'equilibratura delle strutture cognitive" Boringhieri, Torino
- Popper K. ('72-'83) "Conoscenza oggettiva" Armando, Roma
- Rank O. ('24-'72) "Il trauma della nascita e il suo significato psicoanalitico" Guaraldi, Firenze
- Rapoport D. ('72) "Attività e pensiero nella teoria psicanalitica" F. Angeli, Milano
- Rapoport D. ('77) "Il modello concettuale della psicanalisi" Feltrinelli, Milano
- Reich W. ('36-'63) "La rivoluzione sessuale" Feltrinelli, Milano
- Rosenfeld H. ('73) "Stati psicotici" Armando, Roma
- Rubini V. ('75) "Basi teoriche del testing psicologico" Patron, Bologna
- Sassen S. ('07) "La città globale" Il mulino, Bologna
- Scalfari E. ('10) "Scuote l'anima mia Eros" Einaudi, Torino

- Schaffer H.R. ('77-'84) "L'interazione Madre-Bambino: oltre la teoria dell'attaccamento" Angeli, Milano
- Schilder P. ('73) "Immagine di Sé e schema corporeo" Angeli, Milano
- Schults J.H. ('86) "Il Training autogeno" Feltrinelli, Milano
- Schutz A. ('62-'79) "Saggi sociologici" UTET, Torino
- Selingheri Pes F. ('92) "Osservare il bambino" "Rivista di psicologia analitica" Astrolabio, Roma
- Severino E. ('11) "Il mio ricordo degli eterni" Rizzoli, Milano
- Siegel D.G. ('02) "La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale" Raffaello Cortina, Milano
- Solano L. (01) "Tra mente e corpo: come si costruisce la salute", Raffaello Cortina, Milano
- Spitz R. ('70) "Il no e il sì" Armando, Roma
- Stafford T. ('07) "Illusion of explanatory dept – Isn't all just obvious?" in "The Psychologist", vol. 20, University of Sheffield, London
- Stella G., Nardocci P. ('83) "Il bambino inventa la scrittura" Angeli, Milano
- Stern D.N. ('95) "La costellazione materna" Bollati Boringhieri, Torino
- Stern D.N. ('98) "Le interazioni Madre-Bambino nello sviluppo e nella clinica" Cortina, Milano
- Stern D.N., Brushweiler Stern N. ('99) "Nascita di una madre" Mondadori, Milano
- Stern D.N. (05) "Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana" Cortina, Milano
- Sullivan H.S. ('61) "La moderna concezione della psichiatria" Feltrinelli, Milano
- Sullivan H.S. ('62) "Teoria interpersonale della psichiatria" Feltrinelli, Milano
- Tolman E.C. – a cura di C.Cornoldi e E.Sanavio – ('76) "L'uomo psicologico: selezione dei saggi dell'autore" Franco Angeli, Milano
- Tremonti G. ('08) "La paura e la speranza" K.Kraus, Milano
- Tronick E.Z., Cohn J.F. ('89) "Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination" *Child Development*, 60
- Turinese L. ('90) "Biotipologia. L'analisi del tipo nella pratica medica" Ed. Medico Scientifiche, Torino
- Ugazio V. (a cura di) ('90) "Manuale di psicologia educativa" Angeli, Milano
- Uzgiris I., Hunt R. ('82) "La valutazione dello sviluppo mentale nella prima infanzia" La Nuova Italia, Firenze
- Vayer P. ('75) "L'educazione psicomotoria nell'età prescolastica" Armando, Roma
- Von Bertalanffy L. ('68-'83) "Teoria generale dei sistemi" Mondadori, Milano
- Vygotskij I. ('62-'65) "Pensiero e linguaggio" Giunti Barbera, Firenze
- Watzlavich P. et al. ('71) "Pragmatica della comunicazione umana" Astrolabio, Roma
- White R.B., Gilliland R.M. ('77) "I meccanismi di difesa" Astrolabio, Roma
- Winnicott D.W. ('74) "Gioco e realtà" Armando, Roma
- Winnicott D.W. ('79) "Sviluppo affettivo e ambiente" Armando, Roma
- Winnicott D.W. ('88) "Lettere" Raffaello Cortina, Milano

Wittgenstein L. ('53-'83) "Ricerche filosofiche" Einaudi, Torino
Zambelli F. ('83) "L'osservazione e l'analisi del comportamento" Patron, Bologna
Zanobini M. e Usai M.C. (a cura di) ('95) "Psicologia dell'handicap e della riabilitazione" F. Angeli, Milano
Zapparoli G.C. et al. ('88) "La psichiatria oggi: proposta di un modello integrato di intervento terapeutico" Bollati Boringhieri, Torino
Zazzo R. ('87) "Il paradosso dei gemelli" La Nuova Italia, Firenze
Ziegler J. ('10) "L'odio per l'Occidente" Marco Tropea, Roma

Riviste: "Bollettino di psicologia applicata" O.S., Firenze
"Gruppoanalisi" Borla, Roma
"Psicoterapia psicoanalitica" Borla, Roma
"Psicoterapia di Comunità. Rivista ufficiale online della Comunità terapeutica IL PORTO onlus" in <www.terapiadicomunita.org>
"Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza" Borla, Roma
"Riza Psicosomatica", Milano: n.29/'83 sul Linguaggio del corpo; n.44/'84 sul Corpo e la psicoterapia; n.47/'85 sul Sé; n.58/'85 su Psicosomatica e infanzia.