

Tommaso Biccardi
Psicologo psicoterapeuta
Didatta ordinario SIPI

PER UN MINISTERO DELLA SOGGETTIVITA' E DELLA INTERSOGGETTIVITA': FORMAZIONE, PREVENZIONE E CURA...TRA SOGNO E REALTA'

*Se non si parla di una cosa è come se non
fosse mai accaduta. Si dà realtà alle cose
solo quando se ne parla.*
Oscar Wilde

PREMESSA

-Siamo una cooperativa di psicologi e medici psicoterapeuti che per due anni ha lavorato in rete, nelle scuole di un territorio "difficile" come quello del comune di Casoria, portando avanti un progetto di prevenzione e cura di minori con disagio psicologico, finanziato dalla legge 285/97.

- Lo scopo era di evitare la cronicizzazione di bambini ed adolescenti. Soprattutto nella nostra realtà, i minori sono trattati o nei centri di Fisiokinesiterapia da terapisti della riabilitazione o con cure farmacologiche. Le scuole sono i maggiori invianti.

- La rete era costituita dalle istituzioni presenti sul territorio: l'Ente Locale, gli istituti scolastici, l'ASL NA 3, la nostra cooperativa "Integrazioni", la SIPI (Società Italiana di Psicoterapia Integrata)¹;

- Per tutti i nostri interventi, di prevenzione, cura e formazione, condotti nel rispetto pieno del *paradigma bio-psico-sociale (BPS)* (vedi prf. 3), abbiamo utilizzato il *modello strutturale integrato (m.s.i)*².

- Il *m.s.i* ci ha consentito di attuare interventi medici, psicologici, riabilitativi e fornire formazione agli altri membri della rete, per es. insegnanti, operatori scolastici, operatori sociali, ecc.(De Caterina, 2002).

Le riflessioni che presento, nascono dal bisogno di dare un senso più ampio al lavoro svolto in questi due anni. Stare profondamente nelle esperienze, permette di ricavare idee o sogni, che a loro volta possono generare pro-getti ("gettare avanti")...o altri sogni...

¹ La SIPI lavora nel campo della salute mentale dal 1976. L'associazione si occupa di didattica, ricerca e psicoriabilitazione; gestisce la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Integrata riconosciuta dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, nonché il settore Counselling, Formazione Professionale ed E.C.M.

² Il modello strutturale integrato è un metamodello costruito da Giovanni Ariano, in quasi trenta anni d'esperienza clinica e formativa. Oggi è applicato in diversi ambiti della salute (scuola, famiglia, religione, sport, ecc.) e della malattia mentale (nevrosi e psicosi). Si è dimostrato d'estrema validità nella cura dei pazienti psicotici.

L'articolo tratta quattro aspetti che ritengo costitutivi d'ogni agire che abbia come obiettivo la *salute/benessere* delle persone:

- il primo riguarda il concetto di salute e il paradigma bio-psico-sociale.
- il secondo dell'incongruenza tra istituzioni, prassi e paradigmi scientifici.
- il terzo dell'importanza di pensare e "sognare"
- il quarto della responsabilità civica e professionale.

1. IMPOSTAZIONE DEL PROBLEMA: CONCETTO DI SALUTE-BENESSERE.

"Salute" (dal latino *salvus*), come concetto pone l'accento sull'interezza e sull'integrità.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), definisce la salute come "...lo stato di benessere completo, fisico, mentale e sociale". Per Galimberti (1999, p. 926), è:

"La condizione di piena efficienza funzionale che nell'uomo comprende anche funzioni logiche, affettive, relazionali in contesti interpersonali e sociali...la salute è qualcosa di più della semplice assenza di malattia e per questo non può essere ridotta a categoria medica. Se è specifico dell'uomo essere al mondo per decifrarne i significati, ogni compromissione di questa capacità di lettura investe globalmente il suo stato di salute..."

Per il *m.s.i.* la salute dell'essere umano non può prescindere dalla salvaguardia della soggettività e della intersoggettività.

Che cosa intendiamo con questi due termini?

1.1 LA SOGGETTIVITÀ

L'essenza del concetto di soggettività è la capacità di simbolizzazione spontanea e riflessa dell'individuo. L'essere "consapevole di...", rende l'uomo primariamente consapevole della sua esistenza e pertanto responsabile di essa ovvero del suo autodeterminarsi all'interno di un orizzonte di valori.

1.2 L' INTERSOGGETTIVITÀ

La propria esistenza, è sempre un esistere con altre esistenze. Siamo delle "soggettività intersoggettive".

Non è possibile un'esistenza senza l'altro: l'*io* e il *tu* sono coesenziali, sia per la costruzione della soggettività, sia dell'intersoggettività.

"Nel *m.s.i.* si vuole evidenziare l'impossibilità dell'esistenza di una soggettività, se non si è capaci di entrare in relazione con un tu cui si attribuisce gli stessi diritti che rivendico per me. Non riconoscendo un tu, non sono neanche un io riconosciuto da un tu...Solo insieme creano l'orizzonte che permette loro di esistere come soggetti in relazione che condividono un mondo" (SIPI, 2000, p. 26).

2. SOCIETÀ E SALUTE.

Anche in modelli di società opposti tra loro, come quello "socialista" e quello "capitalista", usando una terminologia obsoleta, constatiamo come l'ideale del benessere/salute, sia per entrambi, la conquista della soggettività ovvero la ricerca e lo sviluppo nell'individuo della sua capacità di "essere soggetto *con* soggetti".

"Perché il Socialismo...non si è fatto semplicemente per avere delle belle fabbriche, ma lo stiamo costruendo per l'*uomo integrale*. L'uomo deve trasformarsi contemporaneamente alla produzione che progredisce; non svolgeremmo un compito adeguato se fossimo solamente produttori d'articoli, di materie prime e non fossimo allo stesso tempo *produttori di uomini*. Qui è uno dei compiti della gioventù comunista: spingere, dirigere con l'esempio la produzione dell'uomo di domani. E in questa produzione, in questa direzione è compresa la produzione propria, perché nessuno è perfetto, anzi; e tutti devono *migliorare le loro qualità mediante il lavoro, i rapporti umani, lo studio profondo, le discussioni critiche, tutto questo è ciò che trasforma la gente.*" (Che Guerava, 1996, p. 67-8)

"La fiducia, l'amicizia, il rispetto delle regole sono esempi di *beni relazionali...sono il prodotto d'azioni umane ispirate dal principio della reciprocità...*"(Musella, 2002, p. 23).

Soddisfatti i bisogni fondamentali, i *bisogni soggettivi* (ricerca e perseguimento di valori, desiderio di una chiara visione del mondo...) e i *bisogni intersoggettivi* (rapporti umani soddisfacenti, reciprocità, condivisione di valori, affetti, senso della famiglia, amicizia...), sembrano costituire il vero *benessere privato e pubblico* di questo decennio.(Maslow, 1971; Natoli, 2002; Minardi, 2003) Se nella società e nel privato si avverte la spinta di riportare al centro l'individuo, non nell'accezione dell'individualismo, ma bensì dell'individuo-soggetto che integra soggettività ed intersoggettività, **nell'ambito delle istituzioni preposte alla prevenzione, cura e formazione dei cittadini, la soggettività stenta ad avere una propria dimensione.**

3. IL PARADIGMA BIO-PSICO-SOCIALE

Impera, già da diversi anni nella comunità scientifica e di riflesso nella nostra cultura, il paradigma bio-psico-sociale. Esso postula che sia l'interazione tra "*suscettibilità/sensibilità*" *biologica*, *soggettività* (esperienze soggettive, visione del mondo, ecc.) e *ambiente sociale* (famiglia, società, ecc.), a produrre salute o malattia.(Ciompi,1982;2001; SipiIntegrazioni, 2001)

- Con il termine *paradigma*³ ("io confronto"), s'indicano i modelli che la scienza usa per comprendere la "realtà" (Reale,Antiseri,1988); (Kuhn, 1984). Un paradigma determina la "realtà vera". Esso è un modello, uno schema esplicativo (costitutivo) della realtà.

- Il rispetto di questo paradigma vorrebbe che nelle diverse prassi (scolastica, politica,sanitaria, ecc.), i tre fattori siano considerati coesenziali e pertanto declinati insieme ogni qualvolta che si debba parlare di prevenzione, cura o formazione di un

³ Per Platone un paradigma (l'idea), rappresentava il termine di paragone assoluto, immutabile ed eterno, conoscendo il quale era possibile decidere se qualcosa era conforme (quindi vera) o meno ad essa. Kuhn gli dà la stessa forza teoretica, ma lo storicizza; in quest'accezione è usato nel presente articolo.

essere umano. Ciò comporterebbe che così come nella teoria⁴, anche nella realtà quotidiana essi si ritrovino ad avere eguale dignità quando ci si accosta alla complessità della natura umana. Ciò non accade.

3.1 DISSOCIAZIONE TRA TEORIA E PRASSI

- Il fattore biologico/medico, attrae gran parte delle risorse finanziarie, umane e logistiche della società. Pensate ai bilanci del ministero della Sanità e degli assessorati regionali, pensate al numero di persone che impiegano, agli immobili (ospedali, uffici e presidi vari) che dispongono.

- Il fattore sociale, solo grazie a politiche sociali più accorte, negli ultimi anni sta ottenendo normative e risorse (la legge 285 è del 1997, la 328 è una legge del 2000). Esse finanziano progetti di natura socio-assistenziali destinati alla salute/benessere sociale.

- Il fattore psicologico rimane il fanalino di coda. Nei progetti socio-assistenziali il taglio progettuale ed operativo va verso il sociale. La dimensione della soggettività, dello "psicologico" non è focalizzata o, confusamente, rimane sullo sfondo. (De Caterina, 2002)

4. CONSEGUENZE SOCIALI DEL PRIMATO "ORGANICISTA"

La situazione appena descritta, producendo un sovrappeso della parte bio-sanitaria, realizza nel quotidiano, una "schizofrenia". Teoria e pratica non s'incontrano più: una cosa è "chiacchierare" del paradigma BPS, un'altra è operare, rispettandolo. Questa dissociazione produce tre conseguenze che non aiutano a far evolvere una prassi congruente agli scopi che si pone, vale a dire salute e benessere pubblico e privato.

4.1 "...E' UN PROBLEMA MEDICO!"

Prima conseguenza di tale scissione è l'identificare tutta la sofferenza e/disfunzionalità degli esseri umani con "malattia biologica" affidando la cura ad organizzazioni sanitarie che praticano "cure" spersonalizzanti ad oggetti-individui che proprio perchè "curati", in quest' unica accezione, sono misconosciuti nella loro specifica soggettività.

4.2 FARMACI, MERCATO E PRESCRIZIONI

Seconda conseguenza è che se la malattia è organica, la cura si fonda prevalentemente sul farmaco.⁵

Il farmaco diventa ovviamente il centro del trattamento, con tutte le ricadute economiche e sociali che conosciamo. Il medico è "formato" dalle aziende, attraverso la rete degli informatori scientifici del farmaco, alla "cultura del farmaco" e di

⁴ Solo come esempio. Una nuova disciplina come la psiconeuroendocrinologia (Pnei), si definisce come la scienza che "...studia l'organismo umano nella sua interezza e nel suo fondamentale rapporto con l'ambiente...l'organismo umano funziona come una rete, un network, che influenza e può essere influenzato dall'identità psichica individuale. Non si può separare la psiche dalla fisiologia...(Bottaccioli, 2000)

⁵ La cultura del farmaco alimenta una mentalità imperante illusa di un benessere senza peso e senza fatica, sulla quale s'innesta l'uso delle sostanze psicoattive che producono "felicità". La prima di esse è l'alcool: tra i giovani si sta sempre più diffondendo il fenomeno di bere per arrivare all'ubriachezza (bingedrinking). Al secondo posto, ci sono i derivati dalla *cannabis* e poi le *sostanze inalanti* (solventi, colla, aerosol...).

conseguenza, alla prescrizione. Circa duecento aziende tra italiane e multinazionali si dividono il mercato farmaceutico: fatturato, profitto ...corruzione⁶.

4.3 L'ILLUSIONE

Eliminando gli altri due fattori apparentemente si semplifica l'intervento; ma se c'è un problema complesso non basta eliminarne degli aspetti per credere di avere trovato la soluzione, anzi la negazione aumenta la patologia del sistema. Nel quotidiano i politici, i responsabili istituzionali, e di conseguenza molti degli operatori dei vari ambiti, ragionano e procedono in questo modo: eliminare il fattore soggettività ogni qual volta si presenta come problema nella loro operatività (nella loro vita).

5. PARADIGMA BIO-PSICO-SOCIALE E SALUTE MENTALE

Nell'ambito della salute mentale, che nei fatti è il nostro ambito, risuona anch'esso da tempo, l'invito ad evitare riduzionismi o cadere nello scontato dualismo di attribuire ai fattori biologici la responsabilità dei disturbi mentali o rivendicare, di contro, all'ambiente sociale e alle esperienze soggettive le ragioni del disagio/sofferenza mentale.

"...C'è molto di "fisico" nei disturbi "mentali" e molto di "mentale" nei disturbi "fisici"(DSM-IV, 1996, p. 7). A livello teorico il paradigma BPS è universalmente accettato, ma nella prassi, così come abbiamo visto per la salute in generale, non riceve altrettanto seguito.

5.1 TRENTA ANNI D'ATTESA

Jervis pubblica, nel 1975, il suo "Manuale critico di psichiatria". Il primo capitolo ha per titolo: "*Benessere, malattia, sistema sanitario*". Rileggerlo a distanza di quasi trent'anni è un pugno nello stomaco. Non è cambiato quasi nulla!

"Il sistema sanitario è una struttura complessa che non obbedisce alla finalità primaria di curare i malati ma ad altre finalità del tutto diverse che ne determinano le caratteristiche. Interessi industriali contribuiscono in modo preminente ad orientare una serie di scelte: occorre vendere certi prodotti...queste cose non sono fatte nell'interesse del malato...La produzione di prestazioni terapeutiche e assistenziali è il mezzo per ottenere queste finalità, ma viene falsamente presentata come fine...il denaro pubblico speso si traduce solo in piccola parte in servizi utili e serve soprattutto al mantenimento e all'espansione dell'istituzione stessa e di chi campa e specula su di essa. I malati sono lo strumento cardine di questa operazione. Le scelte concrete fatte dall'istituzione (assunzione di personale, acquisto d'apparecchi, uso dei farmaci, espansioni organizzative ed edilizia, ecc.) non vengono quasi mai calibrate sugli interessi della popolazione, ma su quelle che sono le finalità reali dell'istituzione stessa...Gli sviluppi tecnici della medicina tendono a ridurre la persona del paziente ad

⁶ Già quasi vent'anni fa, Gianni Rognoni allora direttore del laboratorio farmacologico dell'Istituto Mario Negri, denunciava: "...sui banconi delle farmacie ci sono decine di medicinali dai nomi suggestivi che non curano assolutamente niente. O meglio, sono gabellate per "novità", specialità che riproducono farmaci già in commercio da anni....Centinaia di ricercatori sono utilizzati per fare ricerche "stupide" o per copiare medicinali già noti, magari modificando la formula quel tanto che serve..." (Lonardi, 1986)

un corpo passivo. Si viene così a rendere superfluo fino a cancellarlo, il ruolo della soggettività del paziente, cioè di come il paziente si sente e di quello che pensa...La negazione della soggettività del malato lo allontana dalla possibilità di comprendere il rapporto che può esistere "fra come si sente" e "come funziona il suo corpo" (Jervis, 1979, p. 33-38)

5.2 LA SALUTE MENTALE OGGI

" Mio figlio di 28 anni continua a girare specialisti che si contendono la sua diagnosi, oscillando tra una psicosi, una schizofrenia, bipolarismo e disturbi vari di personalità: un caleidoscopio di sentenze ma senza alcun riscontro terapeutico, tra farmaci, iniezioni retard e controlli ematici (tipo litiemia). Sono disperata: *ma che scienza è questa, che fa di un ragazzo un pupazzo su cui esprimere sentenze e tentare, come si fa con le cavie in laboratorio, una terapia piuttosto che un'altra?* Che devo fare? Siamo distrutti e mio figlio si sente davvero "perso". (lettera a Roberto Cafiso, *Grazia*, marzo 2003)

" Ho 50 anni e non ho mai avuto problemi d'erezione fino a 5 anni fa. *Mi prende il famoso groppo allo stomaco, ho paura di non farcela e di non soddisfare mia moglie.* Sono un tipo ansioso lo so, infatti, *se resto tranquillo tutto va bene.* Sento il bisogno di fare l'amore tutti i giorni il desiderio c'è, tanto, ma... Sono imbarazzato a parlarne con il mio medico, eppure leggo che ci sono tante possibilità terapeutiche, sia *psicologiche che medicinali* ma non posso decidere da solo... per via del lavoro e dei figli abbiamo sempre poco tempo, per avere un rapporto dobbiamo ricorrere a sotterfugi... se poi in quell'oretta *mi prende la tensione* tutto diventa più difficile."

Risponde il prof... urologo ed andrologo dell'Università di...
"Molto spesso l'ansia di prestazione, cioè il timore di non riuscire ad ottenere e mantenere l'erezione alimenta e sostiene i fallimenti della prestazione stessa. Questo stato d'animo... determina la secrezione ... di adrenalina, noradrenalina, che sono responsabili dei fenomeni neurovegetativi come tachicardia, sudorazione, vasocostrizione delle arterie, anche del pene, e quindi della mancata erezione o perdita della stessa... questo stato ansioso viene accresciuto dalla mancanza di privacy... si associano anche comportamenti errati come il volersi continuamente verificare... In questi casi... il soggetto ha bisogno di certezze, di rapporti sessuali soddisfacenti. *E per questo motivo è consigliabile l'utilizzo del sildenafil (Viagra) o del Cialis⁷ per riuscire ad ottenere delle valide erezioni e quindi rapporti sessuali soddisfacenti*, in modo da allontanare definitivamente il timore e la paura del rapporto sessuale... ". (Salute, inserto settimanale di "la Repubblica" 2003, p. 32)

Ciò che accomuna i due casi, e gran parte degli interventi nell'ambito dei disturbi mentali, è l'assenza della dimensione della soggettività nella cura proposta ovvero della negazione dei significati profondi che i sintomi portano.

⁷ Dopo il famoso Viagra (Pfizer), continuano ad arrivare in commercio altri prodotti. I più recenti sono Levita (Bayer), Vivanza (Glaxo-SmithKline), Cialis (Lilly) che è il preferito per la sua lunga durata d'azione. In Inghilterra, Paul Newman è il testimonial di Cialis con questo slogan: "Sei impotente? Curati!".

Nel primo caso, il rischio è la cronicizzazione del paziente, che da "perso" si trasformerà, per i farmaci, in uno *zombie*; nel secondo, un mio paziente, con la stessa sintomatologia, le volte che spinto dalla rabbia colpevolizzante e castrante della partner, ha usato il Viagra, in seduta ha espresso questo giudizio, amareggiato e triste: "Mi sentivo come chi si fa una "sega assistita" !"

6. PREVENIRE, CURARE E FORMARE "SOGGETTIVITÀ"

Se la visione dell'uomo è quella di un individuo bio-sociale, le istituzioni che abbiamo, indipendentemente dal loro grado d'efficacia, sono costitutivamente congrue nel perseguire obiettivi come prevenire, curare e formare. Se invece si eleva l'uomo a soggetto che costruisce esistenze con altri soggetti, le attuali istituzioni non bastano. La prevenzione, la formazione e la cura della soggettività richiedono tempi, modi e competenze diverse da quelle proposte dalle nostre istituzioni.

La cura di un soggetto-persona, per esempio, è diversa dalla cura di un suo arto (la frattura della tibia). *Ci vogliono tempo e relazioni per risolvere problemi di natura psicologica.* La cura è la relazione, il farmaco è l'operatore.

Così come un farmaco per essere efficace, richiede alle case farmaceutiche anni d'investimenti per la ricerca, uno psicoterapeuta, un operatore psico-sociale, un insegnante per diventare un "farmaco" efficace, ha bisogno di anni per svilupparsi (formarsi) e poi, come per la ricerca, continuare a formarsi.

Solo così può veramente "curare", costruire ponti tra soggettività, "aiutare a crescere", in quanto capace di interagire con sé e con gli altri. La cura per questo tipo di sofferenza è una relazione affettivamente sana che consente alla persona che soffre, uno spazio ove poter esistere per quello che è, sintomi compresi. Su questa base è possibile far nascere e sviluppare un processo di trasformazione/evoluzione che porti dalla semplicità alla complessità (dalla disfunzionalità alla funzionalità): l'assistere alla nascita di un mondo che scaturisce proprio dall'interazione delle soggettività.

7. WE HAVE A DREAM

Esistono istituzioni che affrontano la sofferenza psicologica della persona (bambini, adolescenti, adulti, anziani) che non siano gestiti dall'ASL (il cui assunto dominante è quello medico-sanitario) o dall'Ente Locale (il cui assunto è quello socio-assistenziale)?

Esiste un'istituzione, non un progetto (progetti occasionalmente promossi dalle ASL, dagli Enti Locali, si possono ritrovare), la cui missione è prevenire, curare e formare tenendo al centro la soggettività del cittadino? La risposta è no. Non esiste un'istituzione del genere; al massimo, come si accennava prima, esistono dei progetti come quello portato avanti dalla nostra Cooperativa per due anni e poi abbandonato dal Comune di Casoria.⁸ (De Caterina, 2002)

⁸ Ci si augura che in un futuro prossimo i progetti possano diventare servizi /istituzioni destinati realmente ai cittadini, fuggendo il dubbio che leggi come la 285 e la 328, siano occasioni per distribuire risorse finanziarie "a pioggia" agli Enti Locali!

Anni fa Skinner, "sognò" e progettò per un paese del Sudamerica il Ministero dell'Intelligenza. Non ricordo se poi fu realizzato e con quali esiti...

I "sogni" non nascono dal nulla, ma da un humus storico, antropologico ed economico che permea l'individuo o il gruppo che "sogna". (Prandstraller, 1978; Bronowski, 1981; Fromm, 1982; Ariano, 2000; Falco, 2000). Il nostro sogno nasce in una società dove vige la negazione della soggettività.

L' "I have a dream!" di Martin Luter King, diventa il nostro: "We have a dream!".

L'idea-sogno-provocazione di "SipiIntegrazioni" è quella di istituire, di poter far nascere istituzioni preposte alla soggettività della persona umana: un Ministero della Soggettività e dell'Intersoggettività, un'Azienda Psicologica Locale, un Assessorato alla Persona,⁹ così come esistono gli Assessorati alle Politiche Sociali.

7.1 COME CURARE E FAR CRESCERE LE ISTITUZIONI.

Come psicoterapeuti siamo chiamati a curare le persone e per questo scopo ci siamo formati e continuiamo a formarci. Ma se usciamo dai nostri studi e ci avviciniamo a tematiche come la tutela dei pazienti psichiatrici, la prevenzione di minori, la formazione permanente di operatori psico-sociali, siamo costretti a prendere atto che i "pazienti" non sono le persone, ma bensì le istituzioni.

Sono esse da curare e far crescere per poi "curare" le persone che esse istituzioni sono preposte a formare, a curare, a fare prevenzione!

8. SULLA RESPONSABILITÀ

In quanto cittadini adulti e operatori, la responsabilità ci "tocca" due volte: verso l'alto e verso il basso.

Verso l'alto intendo che siamo responsabili delle istituzioni che abbiamo.

Le istituzioni sono dei "genitori" da non mettere mai in discussione, da obbedire e rispettare sempre? O vanno criticate? Non tocca a noi cittadini verificare la congruità tra lo scopo per il quale un'istituzione è stata istituita e la funzione (servizio) che produce? Se scopriremo delle incongruità, *dobbiamo spingere per cambiare, rinnovare e fondare nuove istituzioni?*

Penso di sì. Se vogliamo una società più pregna di soggettività ed intersoggettività, è il tempo di sognare, di provare a costruire istituzioni che la promuovano.

In particolare noi psicologi, non possiamo accontentarci d'affermazioni come:

"...Gli psicologi hanno contribuito a creare le premesse per la modifica della denominazione di questi servizi e dello stesso Ministero competente, che non si chiama più della "Sanità", per curare direttamente la malattia, bensì della "Salute", per costruire positivamente il benessere." (Sardi, 2003, p. 1) !!!

Verso il basso ci troviamo con una responsabilità ancora più precisa: la responsabilità di far crescere persone e cittadini in quanto soggetti. E' il passaggio da un "uso" dei nostri figli, i nostri allievi, i nostri pazienti, ad una loro presa in carico all'interno di una responsabilità intersoggettiva. Infatti, anche *la responsabilità possiamo e*

⁹ L'idea è di Giovanni Ariano. L'occasione per approfondirla è stata data dalle conversazioni avute con lui, per il mio ruolo di moderatore nella preparazione del Convegno "La scuola e le istituzioni: prevenzione, cura e formazione" Casoria, 16 marzo 2002.

dobbiamo declinarla con il paradigma BPS: delle volte rispondiamo a bisogni "biologici", altre volte a bisogni sociali; è più difficile rispondere ai bisogni del loro mondo interno. Questo è più complicato. Credo che sia necessariamente questa la sfida che noi adulti abbiamo il dovere di porci, se non vogliamo che concetti come soggettività e intersoggettività, restino parole. Bellissime parole.

BIBLIOGRAFIA

- ABBAGNANO N., *Introduzione all'esistenzialismo*, il Saggiatore, Milano, 2001
 ARIANO G., *Diventare uomo*, Armando Editore, Roma, 2000
 ARIANO G., *Comprendere i sogni*, Armando Editore, Roma, 2002
 A.A.VV., *In principio era la cura*, Laterza, 1997
 A.A.V.V., *Curare e prendersi cura*, Carocci Editore, Roma, 1999
 A.A.V.V., *DSM- IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1996
 BOTTACCIOLI F., *Psiconeuroimmunologia*, Red, Como, 2000
 BRONOWSKI J., *Il senso del futuro*, Edizioni di Comunità, Milano, 1981
 CHE GUERAVA E., *I giovani*, Baldini & Castaldi, Milano, 1996
 CIOMPI L., *Logica Affettiva*, Feltrinelli, Milano, 1982
 CIOMPI L., *I fondamenti emozionali del pensiero*, CIC, Roma, 2001
 CORNAGLIA FERRARIS P., *Primari a delinquere?*, Frilli Editore 2002
 COSMACINI - SATOLLI, *Lettera ad un medico sulla cura degli uomini*, Laterza, 2003
 DE CATERINA G. (a cura di), *Nuovo welfare e salute mentale. Il ruolo del terzo settore*, Edizioni Athena, Napoli, 2002
 DEL PRETE F., *L'indirizzo fenomenologico-esistenziale e gli psicofarmaci in psicoterapia*, in Atti del convegno "Fenomenologia e integrazione", AIPPIFE, Roma, 2001
 DEVOTO G., *Dizionario etimologico*, Le Monnier, Firenze, 1968
 FALCO A., *Fattori comuni, eclettismo e integrazione nella psicoterapia fenomenologica-esistenziale*, in Atti del convegno "Fenomenologia e integrazione", AIPPIFE, Roma, 2001
 FROMM E., *La disobbedienza ed altri saggi*, Mondadori, Milano, 1982
 GALIMBERTI U., *Psicologia*, Garzanti, Torino, 1999
 IONTA L., *Con la mente e con il cuore*, Edizioni Psicologia, Roma, 2002
 JERVIS G., *Manuale Critico di Psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1979
 JERVIS G., *Presenza e Identità*, Garzanti, Milano, 1984
 MASLOW A. H., *Verso una psicologia dell'essere*, Ubaldini, Roma, 1971
 MUSELLA M., *Salute mentale e riforme del Sistema di Welfare*, in *Nuovo Welfare e Salute Mentale* a cura di G. De Caterina, Edizioni Athena, Napoli, 2002
 NATOLI S., *La felicità. Saggio di teoria degli affetti*, Feltrinelli, Milano, 2001

- PRANDSTRALLER G. P., *Felicità e società*, Edizioni di Comunità, Milano 1978
- REALE, ANTISERI, *Il pensiero occidentale dalle origini ad oggi*, Editrice La Scuola, Brescia, 1983
- “SALUTE” (supplemento de *la Repubblica*), Roma, n.347- febbraio 2003
- SARDI P., *La psicologia della salute* in “ *La professione di psicologo*”, n. 1, Aprile 2003, Ordine Naz. Psicologi, Roma
- SCAPICCHIO - TRABUCCHI (a cura), *I servizi psichiatrici nella sanità riformata*, Il Mulino, Bologna, 1999
- SIPI, *Attività di specializzazione*, (stampato in proprio), Avellino, 2000
- SIPI Integrazioni, *Dal manicomio alla riconquista della vita*, (stampato in proprio), Avellino, 2001
- STIGLITZ J., *Roaring Nineties. Seeds of Destruction*, Penguin, 2003
- KUHN T., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1984
- WILDE O., *Aforismi*, Mondatori, Milano, 1987