

I Salotti del Benessere. Embodied education per la relazione d'aiuto

Embodied education for the helping relationship: I Salotti del Benessere

Sara Diamare¹, Maria D'Ambrosio², Enrico Guida³, Claudia Ruocco⁴, Marina Salerno⁵, Giancarlo Pocetta⁶

¹ *Dirigente Psicologa, Psicoterapeuta U.O.C. Controllo Qualità - ASL Napoli 1 Centro*

² *Docente di Pedagogia generale e sociale - Università Suor Orsola Benincasa, Facoltà di Scienze della Formazione Direttore U.O.C. Controllo Qualità - ASL Napoli 1 Centro*

³ *Tirocinante Psicologa U.O.C. Controllo Qualità - ASL Napoli 1 Centro*

⁴ *Dottoranda in Humanities and Technologies Università Suor Orsola Benincasa*

⁵ *Docente di Igiene e Medicina Preventiva, Università di Perugia, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria*

Parole Chiave: salutogenesi, caregivers, didattica embodied, empowerment psico-corporeo©, osservazione del movimento, integrazione multidisciplinare, Salotti del Ben-Essere©, educazione alla salute, valutazione stili di vita.

RIASSUNTO

Obiettivi: questo studio è finalizzato alla valutazione dell'efficacia del metodo di promozione della salute i *Salotti del Ben-Essere* © (1) applicato in contesto didattico a n. 52 studenti del Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione (Università Suor Orsola Benincasa, Napoli) iscritti al Laboratorio "La relazione con l'Altro".

Metodi: il setting co-costruito ai fini di una valutazione *quali-quantitativa* partecipata, ha adottato un modello integrato multidisciplinare di salutogenesi (2) denominato *Salotti del Ben-Essere* © implementato dall'UOC. Controllo Qualità della ASL Napoli 1 Centro. Tale metodo si avvale di focus group (3) e circle time (4) (5) per la parte di elaborazione cognitiva sulla tematica affrontata e sul vissuto emerso dai laboratori che coinvolgono i partecipanti nell'esperienza psicocorporea. I laboratori impiegano tecniche del rilassamento muscolare progressivo (6) Bioenergetica (7), EEICC © (8), DanzaMovimentoTerapia (9) per motivare all'adozione di migliori stili di vita.

Risultati: dalla somministrazione dei test ex ante/post: Scheda Diade rev.3 (10), Test SF12™ (11) è emerso che è migliorata la percezione della qualità della comunicazione non verbale e quella della salute fisica.

Conclusioni: il metodo salutogenetico i *Salotti del Ben-Essere* © applicato in un contesto educativo e didattico consente di osservare e migliorare la qualità della propria relazione con l'altro e di sviluppare

Autore per corrispondenza: sara.diamare@aslnapoli1centro.it

quell'empowerment psico-corporeo¹ (12) che consente ad un futuro educatore di migliorare le proprie competenze salutogeniche in una relazione pedagogica.

Keyword: salutogenesis, caregivers, embodied education, psycho-body empowerment, motion observation, multidisciplinary integration, Well-Being's Salon, health education, lifestyle evaluation.

SUMMARY

Objectives: the research is the result of the quali-quantitative evaluation of the educational impact of the Laboratory "Relationship with the Other", carried out through the method "The Wellness Salons", aimed at studying the development of psycho-body empowerment and the improvement of relational quality and addressed to 52 students of the Course Degree in Educational Sciences of the Faculty of Education Sciences of the University of Suor Orsola Benincasa, and therefore future educators.

Methods: the setting, which was co-built for a participatory assessment, adopted an integrated multidisciplinary model of health promotion called "The Wellness Salons", implemented by the UOC. Quality Control of ASL Napoli1 Center and activated through salutogenetic techniques of body expressiveness (Dance Movimento Terapia, Bioenergetica, muscle relaxation, etc.) to motivate the adoption of better lifestyles. Such a methodology allows the practitioner to help themselves get involved, observe and improve the quality of their relationship with other people.

Results: the ex ante / ex post administration of two tests: Diade rev.3 test and SF12TM, showed that the perception of the quality of non-verbal communication and physical health has improved. Participants reached levels of deeply cognitive and emotional understanding of the others thanks to interaction through movement and play; this has allowed the elements of personal stiffness and hyper-control too often present in relationship with each other to crumble and considering possible alternatives for building new and more functional meanings for sharing.

Conclusions: our experience has allowed co-construction of meaningful motives and motivations to adopting healthier lifestyles aimed at psychological and physical well-being. The methodology of the Lab "Relationship with the Other", based on the method "The Wellness Salons", can find extensive applications in the field of health promotion and become a tool for future educators, to prevent and deal with the discomfort associated with inadequate lifestyles and the co-construction of multidisciplinary settings.

Background

L'integrazione multidisciplinare e l'orientamento salutogenico (2) nell'approccio al caregiver, al paziente, all'operatore ed alla comunità rappresenta la sfida attuale nella educazione alla salute, per motivare a sani stili di vita a partire da un empowerment che sia anche psico-corporeo, attraverso processi di embodied che costituiscono le nuove frontiere di una didattica inclusiva.

Vi è una crescente esigenza di esplorare e sperimentare nuove metodologie educative che sviluppino un'integrazione multidisciplinare nella promozione della salute di tutta la comunità in un'ottica salutogenica.

La UOC. Controllo Qualità della ASL Napoli 1 Centro si è fatta promotrice di una progettualità di Promozione della salute e di miglioramento della qualità relazionale "I Salotti

1. Copyright Sara Diamare, 2018

del benessere" (1), adottando un modello sperimentale rivolto a pazienti, caregivers, operatori della riabilitazione cardiologica, della salute mentale, del dipartimento delle fragilità.

Tali iniziative si propongono di sviluppare una visione consapevole della malattia nei diversi attori, un controllo nonché la comprensione dei disagi correlati alla patologia affrontata, la motivazione al cambiamento di quegli stili di vita che potrebbero risultare compromessi dalla relazione dei vari attori con la malattia.

Il modello dei *Salotti del Ben-Essere* ©², adottando una metodologia trasversale e consentendo all'operatore stesso di mettersi in gioco e di essere sostenuto nella valutazione dei propri comportamenti assistenziali, ha messo in atto, come da protocollo sperimentale, le tecniche seguenti:

- 1) *Rilassamento muscolare progressivo*
- 2) *Bioenergetica/ Vegetoterapia*
- 3) *Danza Movimento Terapia*
- 4) *Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole – Arteterapia*

1) *Rilassamento muscolare progressivo (RMP)*

La tecnica di *rilassamento muscolare progressivo* è stata ideata da Edmund Jacobson (6) ed adottata dall'Istituto RIZA Psicosomatica, consiste nel portare in tensione e poi in distensione i vari distretti muscolari (mani, braccia, piedi, gambe, glutei, schiena, collo, addome, spalle e viso), per consentire una maggiore percezione corporea (13).

2) *Vegetoterapia/ Bioenergetica*

Il corpo esprime nella sua nudità più profonda i vissuti, le emozioni, le modalità di reazione personale agli stimoli e dunque la storia dell'individuo (14).

Attraverso il corpo si manifesta fenomenologicamente (15) la cronicizzazione delle difese dell'Io: nella visione di W. Reich (16), le emozioni, se rifiutate e rimosse, rimangono *imprigionate* nella muscolatura creando in tal modo una corazza muscolo-tensiva.

La *Bioenergetica* di A. Lowen (7) approfondisce l'aspetto posturale ed energetico dell'approccio di W. Reich ed ha la funzione di individuare le parti del corpo bloccate o tese e i punti carenti di energie per ristabilire un equilibrio; utilizza esercizi posturali di carica e scarica energetica, in sincronia con la respirazione, restituendo al soggetto la sensazione di un terreno sicuro sul quale appoggiarsi.

3) *Danza Movimento Terapia APID* ³

La *Danza Movimento Terapia* (DMT), secondo gli standard formativi dell'APID

2. Il modello ha suscitato l'interesse di varie Università di Napoli e l'inserimento nei programmi CSE.SI del Master di Promozione della salute dell'Università di Perugia.

3. Ass.Prof.Ital.Danzamovimentoterapia www.apid.it

Associazione Professionale Italiana DanzaMovimentoTerapia (17-19) è una modalità specifica di trattamento della patologia psichica, somatica e relazionale, ma anche una possibilità di positiva ricerca del benessere e di evoluzione personale. Il movimento è caratterizzato da due elementi principali: la spontaneità e il controllo. *La spontaneità* è una funzione dell'espressione del sé nella relazione emozionale con l'altro; *il controllo* ha, invece, lo scopo di rendere l'azione più efficace. Attraverso il controllo dell'Io, l'azione motoria viene incanalata per raggiungere il fine desiderato. Un controllo sano, non diminuisce la spontaneità dell'azione motoria (20).

4) *Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole* © (8)

La EEICC© stimola l'utilizzo consapevole della capacità percettiva ed estetica attraverso un percorso di riappropriazione corporea e di decodificazione imitativa dell'opera d'arte (20) utilizzando l'empatia come risorsa (21-22). Inoltre, permette di ampliare la capacità immaginativa per esplorare nuove potenzialità interiori, per sviluppare capacità di coping e analizzare i contenuti intrapsichici legati a connotazioni simboliche (23) di disturbi psicosomatici (24-25).

Tale modello di salutogenesi propone infatti uno spazio multicentrico di promozione della salute per la valutazione e la diffusione di sani stili di vita.

Nei Salotti del Benessere (26) una équipe di personale esperto nella metodica (medici, nutrizionisti, psicologi, fisioterapisti, dietiste, DMT-APID⁴) svolge un programma multidisciplinare di promozione della salute, di educazione e formazione, di prevenzione e di cura, attraverso l'utilizzo di tecniche di consapevolezza psico-corporea (27-28) finalizzate a modificare alterati stili di vita in modo efficace e duraturo, nell'ottica di un approccio olistico alla persona e al disagio (29).

Il metodo è infatti connotato da laboratori esperienziali psico-corporei che hanno una forte valenza nell'educazione a sani stili di vita e nella prevenzione e cura di disturbi con forti connotazioni psico-somatiche e comportamentali.

Tale spazio, inoltre, attiva percorsi di consapevolezza e di empowerment sui reali bisogni di salute, sostenendo il superamento di un atteggiamento di dipendenza dai messaggi promozionali volti al consumo.

Aspetto essenziale de *I Salotti del Benessere* è la valutazione dello stesso per la quale è stato adottato un modello integrato quali-quantitativo destinato a verificarne l'efficacia attraverso un approccio di empowerment dei partecipanti.

Descrizione del laboratorio: la Relazione con l'altro con il metodo i Salotti del Benessere

L'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa di Napoli, Facoltà di Scienze della Formazione, Cattedra di Pedagogia della Comunicazione, nel quadro della promozione della Cura del Sé e della Cultura del Benessere (30), ha inteso proporre un percorso

4. DanzaMovimentoTerapeuti riconosciuti dall'Ass.Prof.Ital.Danzamovimentoterapia

formativo laboratoriale per implementare il modello dei Salotti del Ben-Essere © con i propri studenti, futuri Educatori⁵ (31) e la Direzione Strategica della ASL NA 1 Centro con la UOC. Controllo Qualità ha voluto sostenere tale processo.

Aver proposto tale formazione corrisponde all'obiettivo di aprire spazi multidisciplinari di promozione della salute in vari contesti (strutture sanitarie, scuole, università, ecc.) per consentire l'Ascolto e l'identificazione del disagio e di bisogni sommersi (32), oltretutto acquisire tecniche per sostenere e promuovere il mantenimento di uno stile di vita sano sperimentandone in prima persona l'efficacia.

La modalità formativa prevede infatti il 90% di laboratori esperienziali sulle tematiche e sugli argomenti previsti dai Salotti. Inoltre, si è all'uopo attivato un processo di Peer Education⁶ (33) che consente agli studenti dei laboratori precedenti di essere parte della formazione a cascata rivolta ai partecipanti dei successivi laboratori.

Scopo della ricerca

Lo scopo della ricerca qui presentata è stato quello di valutare l'impatto del corso sulla qualità della comunicazione non verbale dei partecipanti. Si è poi voluto poi indagare se la partecipazione al corso abbia avuto un effetto anche sulla percezione della Qualità della Vita collegata alla Salute. Ed infine, verificare se la relazione tra il livello di comunicazione non verbale e le dimensioni della qualità della vita.

La valutazione quali/quantitativa integrata nel metodo Salotti del Ben-Essere © quale strumento di autoconsapevolezza, consente di stimare la domanda di salute, utilizzando indicatori sanitari monitorabili, la verifica dell'efficacia di azioni di promozione della salute attraverso un processo di empowerment dei partecipanti, favorendo inoltre, la disseminazione di una cultura del BenEssere.

5. L'educatore professionale in Italia è un professionista sociale e sanitario che attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà (<http://www.trovanorme.salute.gov.it/dettaglioAtto?id=18707>)

6. La peer education si inserisce nell'orizzonte teorico-pratico della *care by the community* (comunità che si prende cura di se stessa) e si iscrive nell'ambito della psicologia di comunità avvalendosi dei contributi teorico-pratici della ricerca-azione di Lewin, dell'animazione sociale e culturale e dell'animazione di comunità, che implicano il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti impegnati nel percorso e considerano il gruppo quale risorsa. La prospettiva di lavoro con i ragazzi è quella dell'*action learning* (apprendimento della rielaborazione dell'azione) e dell'azione di comunità come azione auto ed etero formativa. Nei processi di empowered peer education, il setting di gruppo dovrà essere contenuto all'interno di un macrosetting istituzionale, funzionale e promozionale, in cui gli adulti stessi si mettono in gioco, attivando nel tempo essi stessi processi di reciproco riconoscimento.

Metodi e Strumenti

Per gli scopi della ricerca una batteria di test è stata somministrata da 2 psicologi all'inizio ed a conclusione del percorso formativo:

A. *SCHEDA DIADE® di Lettura del Movimento rev.3*⁷

B. *Test SF12*^{TM8}

La Scheda DIADE di Lettura del Movimento (34) (rev.3): Revisione della Scheda Dia. De© calibrata per monitorare le caratteristiche posturali, espressive e morfologiche delle diverse parti del corpo e del movimento di un soggetto, integra due chiavi di Lettura del comportamento non verbale: l'Analisi del Carattere di W.Reich e l'Analisi del Movimento (LMA) di R. Laban⁹ (35-37).

Rudolf Laban con la sua accurata Analisi del movimento ha, per primo, consentito di mettere in evidenza il legame tra motivazione interiore ed espressività (38). Tale metodo infatti, sviluppa la capacità di discernimento dello stile personale di movimento ed aumenta la coscienza dell'espressività (39).

Wilhelm Reich con la descrizione di "blocchi" o contratture muscolari, quali espressione posturale "dell'armatura caratteriale" consente l'analisi del carattere in un'ottica psicosomatica, integrando la decodifica del linguaggio corporeo quale via di autoconsapevolezza (40-41), ai concetti di S. Freud sulla necessità di rendere coscienti in un processo di psico-analisi i processi inconsci deleteri che sottendono le psicopatologie (42). Queste chiavi di lettura possono essere applicate alla comprensione di tutte quelle aree dove il movimento corporeo è coinvolto: la danza, il teatro, il mimo, il mondo dell'educazione, dello sport, della terapia e della comunicazione non verbale.

La Scheda Diade rev.3 (10) si ispira a tali concetti selezionando delle categorie di movimento significative per la valutazione di efficacia di percorsi educativi, didattici o terapeutici basati sulla metodologia *embodied*.

Per la ricerca qui presentata, è stata usata tale riduzione semplificativa in 8 items della Scheda Diade (rev.3) quale scheda di autosservazione e di valutazione del proprio comportamento motorio. Le categorie esaminate sono rappresentative della qualità

7. Revisione n.3 in 8 items, la cui riduzione è stata curata a fini di ricerca scientifica dalla dr.ssa S. Diamare.

8. Aaronson et al. (1998) permette di descrivere la salute di un gruppo di persone facendo uso di 2 domande per ciascuna delle seguenti scale del SF36: attività fisica [PF], ruolo e salute fisica [RP], ruolo e stato emotivo [RE] e salute mentale [MH]. Le rimanenti scale - dolore fisico [BP], salute generale [GH], vitalità [VT] e attività sociali [SF] - vengono descritte con una sola domanda ciascuna. Numerosi studi empirici hanno mostrato che gli indici sintetici del questionario SF-12 correlano con i corrispondenti indici del questionario SF-36 con un range di valori compresi tra 0,93 e 0,97.

9. L'analisi del movimento di R. Laban, sviluppatosi alla metà del XX sec., è basata sull'analisi di 18 categorie di azione motoria.

della comunicazione non verbale agita nella relazione e riguardano elementi indicativi della gestualità e della qualità del movimento maggiormente sensibili alla rilevazione delle modifiche dell'aspetto relazionale. Riportiamo qui di seguito la descrizione di ogni singolo Item (Tabella 1):

Estensione del movimento nello spazio/ chinesfera				
Vicino	2	3	4	5 Lontano
Centralità del movimento				
Periferico	2	3	4	5 Centrale
Strutturazione del movimento				
Strutturato	2	3	4	5 Spontaneo
Ritmo del movimento				
Disarmonico	2	3	4	5 Armonico
Coordinazione				
Scoord.	2	3	4	5 Coord.
Flusso del movimento				
Arresto	2	3 Interrotto	4	5 Continuo
Rigidità nel Controllo motorio				
Alta	2	3	4	5 Bassa
Intensità del movimento				
Debole	2	3	4	5 Forte

Tabella 1- Item scheda DIADE rev.3

- 1) *Chinesfera*: lo spazio di equilibrio sperimentato dal soggetto a partire dal proprio baricentro corporeo;
- 2) *Centralità*: impulso motorio che nasce dal centro corporeo, dalla zona viscerale;
- 3) *Strutturazione*: movimenti con una forma definita contenuti in canovacci tecnici, studiati, non spontanei;
- 4) *Ritmo*: accordo motorio con la musica, con i tempi proposti dal conduttore per l'esercizio prescelto e con il movimento globale del gruppo;
- 5) *Coordinazione*: armonia nella modalità di esecuzione del gesto o nell'esecuzione finalizzata di un'azione;
- 6) *Flusso*: passaggio dell'energia motoria da un punto all'altro del corpo con/senza barriere/blocchi tonico-muscolari;
- 7) *Rigidità*: livello di controllo tonico-muscolare globale del corpo in presenza di contratture difensive;
- 8) *Intensità*: movimenti che partendo dal centro del corpo infondono pathos nell'espressione del gesto.

Nella rev. 3 il punteggio è espresso su Scala Likert in cui 1 corrisponde al valore minimo attribuito e 5 al valore massimo tranne che per l'item "rigidità del controllo motorio"

che si esprime con un valore invertito in cui 1 corrisponde ad una rigidità alta, 5 ad un livello basso di rigidità. In particolare, una delle caratteristiche della valutazione qui utilizzata è che si avvale di un metodo soggettivo di ascolto di sé nella relazione motoria ed espressiva con l'altro nonché dell'auto osservazione qualitativa. La Scheda Diade può essere somministrata individualmente o collettivamente.

Nella nostra esperienza, la compilazione è stata effettuata quale parte integrante di una performance espressivo-motoria di soggetti con diverse caratteristiche e diversi background¹⁰. SF-12TM Tale Test è la versione breve del questionario SF-36TM. Esso consente un'auto-somministrazione in gruppo che ha la durata di circa 10 minuti. Si compone di 12 items per il calcolo di due indici sintetici, che indagano la percezione sullo stato di salute globale del soggetto relativamente a due componenti (Tabella 2):

I due indici sintetici riflettono una combinazione di "function" e "wellbeing" sia mentali che fisici, grado di "disability" a livello sociale e personale, e "personal evaluation" della salute in generale.

	Molto basso	Molto alto
PCS (Physical Component Summary)	Sostanziali limitazioni nella cura di sé e nelle attività fisica, sociale e personali; importante dolore fisico; frequente stanchezza; la salute è giudicata scadente	Nessuna limitazione fisica, disabilità o diminuzione del benessere generale; elevata vitalità; la salute è giudicata eccellente
MCS (Mental Component Summary)	Frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente	Frequente attitudine psicologica positiva; assenza di disagio psicologico e limitazioni nelle attività sociali e personali dovute a problemi emotivi; la salute è giudicata eccellente

Tabella 2- Indici sintetici

10. Un ulteriore sviluppo si è avuto grazie all'introduzione di nuove tecnologie, come l'utilizzo della Motion Capture (MOCAP) camera Microsoft's Kinect, distribuita in Europa dal 30 Novembre 2010. Attraverso le coordinate 3D delle giunzioni del corpo dell'utente è possibile creare una raccolta dati capace di analizzare le qualità del movimento del soggetto. Nella nostra esperienza, mediante l'utilizzo del sensore Kinect ci si è posti l'obiettivo di giungere ad una valutazione oggettiva del movimento per confrontarla con l'autovalutazione soggettiva tramite la scheda DIADE. La possibilità di introdurre un elemento distraente dalla spontaneità del movimento nella relazione, come l'occhio video-fotografico della Kinect, è stata considerata e tenuta sotto controllo da proposte motorie che integravano tale strumento di valutazione. L'induzione al movimento da parte del conduttore del laboratorio, ai soggetti osservati dalla video camera della Kinect, è stata quella di essere degli educatori che, attraverso il movimento, consentano agli altri partecipanti di esplorare le proprie capacità espressivo-motorie. L'induzione didattica proposta come possibilità di focalizzazione dell'azione motoria rivolta agli altri del proprio gruppo di pari, ha permesso agli studenti via via osservati dalla Kinect (3 per volta) di proporre movimenti espressivi guidando il proprio gruppo che, a specchio, imitava i movimenti del proprio leader (in osservazione). Lo sguardo e l'approvazione dei coetanei sarebbe stato - ed è stato senz'altro - più importante della presenza potenzialmente inibente di uno strumento osservativo quale, in questo caso, la registrazione del movimento attraverso la Kinect.

I peggiori stati di salute riflettono sostanzialmente limitazioni funzionali, importanti disabilità sociali e personali, disagio psicologico e un giudizio sfavorevole sul proprio stato di salute generale. Va ricordato, data la natura bipolare dello strumento in questione, che punteggi molto alti si possono ottenere solo in caso di assenza di limitazioni e disabilità e con livelli molto alti di benessere, oltretutto in presenza di valutazioni molto favorevoli del livello della salute in generale.

Target

Hanno preso parte alla valutazione 52 studenti (di cui n. 51 donne) di età compresa tra i 21 ed i 23 anni, della Facoltà di Scienze della Formazione – corso di Laurea in Scienza dell'Educazione – dell'Università Suor Orsola Benincasa (Napoli), partecipanti al programma Salotti del Ben-Essere © nell'anno accademico 2015/2016.

Il Test SF12 è stato somministrato alla totalità dei partecipanti; mentre la Scheda DIADE rev.3, è stata somministrata a 20 soggetti, in quanto 32 partecipanti non hanno effettuato l'autoosservazione finale, come invece previsto dal Programma sperimentale.

Analisi statistica

I risultati relativi al test DIADE e ai due Indici PCS e MCS dell'SF12 sono espressi come valori medi (SD). La significatività ($p < 0.05$) della variazione dei punteggi al test SF12 prima e dopo il corso è stata testata con il t di Student, per le variabili che esprimono un andamento normale (PCS) e con il test di Wilcoxon per le variabili non normali (MCS). Per quanto riguarda l'ipotesi di associazione tra DIADE e SF12 è stata eseguita una correlazione bivariata non parametrica tra i punteggi totali delle tre variabili: PCS, MCS, Scheda Diade. Tutte le analisi sono state eseguite usando il software SPSS * per Windows (versione 18.0).

Risultati

La qualità della comunicazione non verbale (Scheda DIADE rev.3)

Dei 20 soggetti partecipanti, 17 hanno evidenziato un miglioramento dei punteggi totali. Dei 3 rimanenti, di sesso femminile: due hanno riportato una variazione negativa, l'altro nessuna variazione (Tabella 3).

Il Figura 1 illustra la variazione dei punteggi totali relativi alle singole dimensioni del test DIADE prima e dopo la partecipazione al corso.

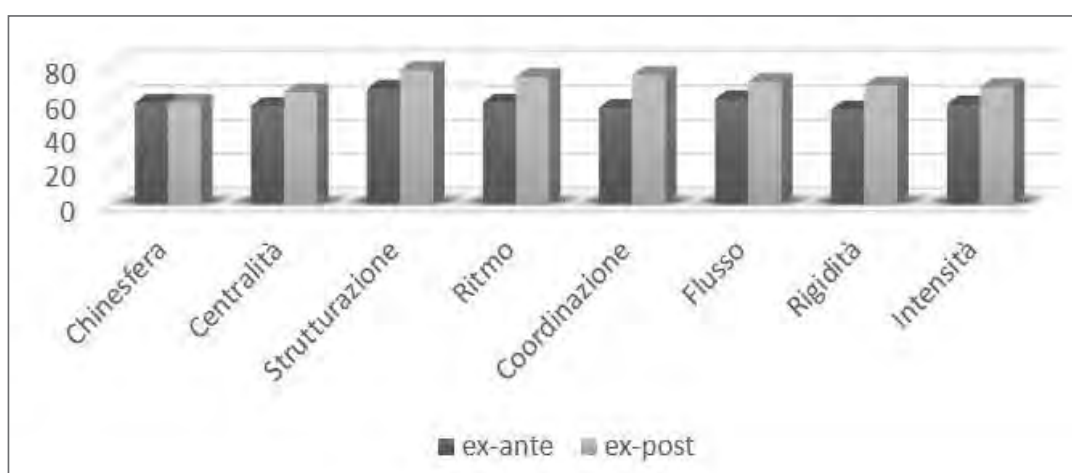
Analizzando le differenze tra i punteggi medi ex ante/ex post prima sul totale delle dimensioni poi singolarmente (Tabella 4), rispetto all'insieme delle dimensioni, è riscontrabile una differenza significativa indicativa di una variazione delle caratteristiche esaminate dal test.

Escluse le dimensioni *Chinesfera* e *Centralità*, tutte le altre evidenziano una variazione

	DIAD Ex ante	Diade Ex post	Diff Ante/post
Media	23.60	27.95	4.35
DS	4.122	3.692	
Min	19	22	-3
Max	33	35	2

Tabella 3- Differenza tra i punteggi DIAD rev.3

Figura 1- Dimensioni Test DIAD rev.3



	Ex ante (SD)	Ex post (SD)	Z	p < 0.05
Tutte le dimensioni	23.60 (4.122)	27.95 (3.692)	3.187	0.001
Chinesfera	2.95 (.605)	2.95 (.887)	0.061	0.9
Centralità	2.85 (.988)	3.25 (.851)	1.636	0.102
Strutturazione	3.25 (.933)	3.90 (.852)	2.000	0.046
Ritmo	2.95 (.887)	3.70 (.865)	2.365	0.018
Coordinazione	2.80 (.696)	3.75 (.786)	3.226	0.001
Flusso	3.05 (.826)	3.55 (.887)	1.996	0.046
Rigidità	2.75 (.967)	3.45 (.826)	2.841	0.005
Intensità	2.90 (.788)	3.40 (.754)	2.140	0.032

Tabella 4- Differenze tra i punteggi medi ex ante/ex post delle singole dimensioni DIAD rev.3

significativa dei valori in aumento tra ex-post ed ex-ante l'intervento.

Tali dati esprimono un miglioramento globale delle dimensioni esaminate.

Nello specifico, potremmo dire che i movimenti diventano più spontanei, attestando una riduzione dello studio meramente tecnico del movimento; anche la modalità di esecuzione del gesto è più armonica, ovvero più in sintonia con la musica. Un altro dato

significativo è l'aumento della *Intensità*, o “pathos” del movimento.

La dimensione della *rigidità nel controllo motorio* diminuisce ed il movimento si esprime in maniera più fluida, ovvero diminuiscono le eventuali contratture difensive che si esprimono a livello tonico-muscolare globale.

Resta invariata invece la *chinesfera*, rivelando probabilmente la necessità di rimanere in un proprio abituale spazio di equilibrio.

La qualità della vita legata alla salute (Test SF12)

Rispetto alle due dimensioni che costituiscono il test: l'Indice di Peso Fisico (PCS) e l'indice di Peso Mentale (MCS), dai dati fin qui considerati, possiamo rilevare un aumento della percezione totale della Salute Fisica e Mentale; ciò sta ad indicare un senso di accresciuto benessere generale.

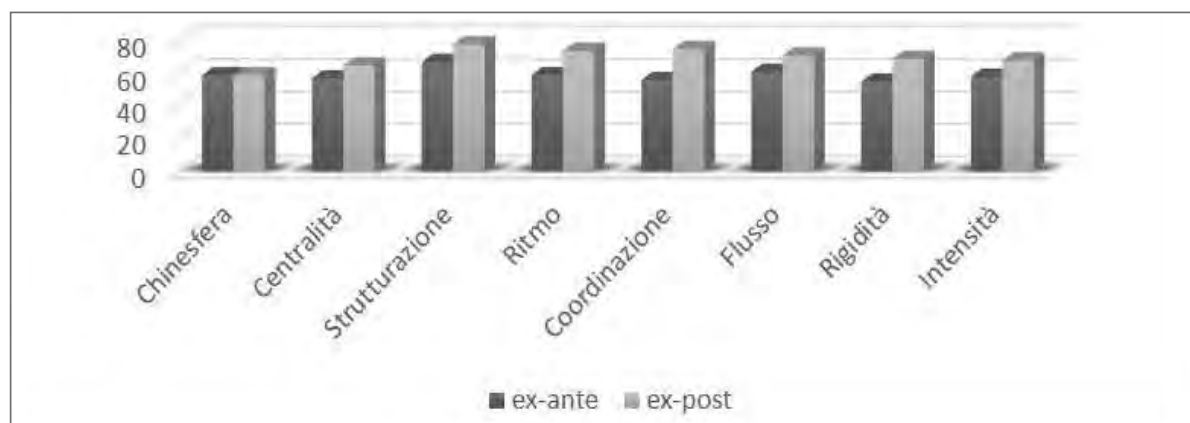
Riguardo all'ipotesi di una variazione dei punteggi prima e dopo la partecipazione al progetto, i risultati dei due Indici esprimono effetti diversi (Tabella 5).

	Media (DS) Range	Media (DS) Range	
	Ex ante	Ex post	p > 0.05)
PCS	50,73 (6,863) 36 - 63	53,33 (5,121) 38 - 63	t = -2,983 0.004
MCS	38,50 (9,656) 23 - 56	40,40 (9,367) 19 - 56	0.101

Tabella 5- Valori numerici dell'SF12 prima e dopo la partecipazione al corso

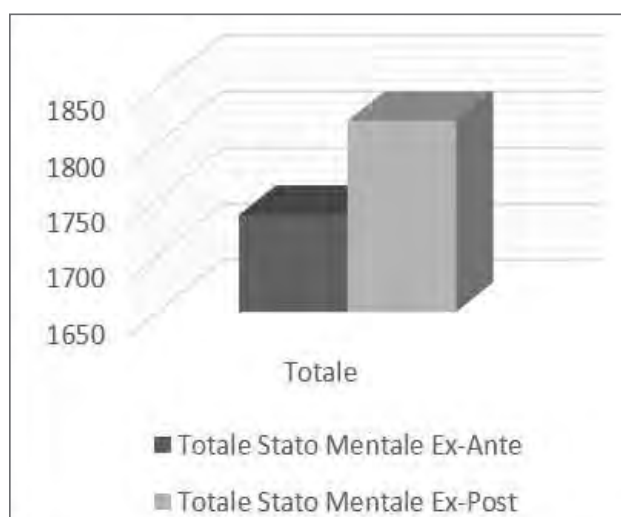
Per quanto riguarda l'Indice PCS (Figura 2), il risultato del test indica che l'ipotesi nulla può essere rigettata ($p = 0.004$) e che quindi i due campioni sono significativamente diversi. La situazione delineata per il gruppo completo di osservazioni non cambia se si esclude l'unico maschio.

Figura 2- Dimensioni Test DIADE rev.3



Per quanto riguarda l'Indice MCS (Figura 3), non risulta una differenza significativa tra lo stato dei partecipanti prima e dopo la partecipazione al progetto ($p = 0.101$).

Figura 3- Indice MCS



L'Associazione tra DIADE e SF12

In questa analisi sono stati presi in considerazione i 20 soggetti che avevano completato entrambi i test (SF12 e Diade) prima e dopo la partecipazione al laboratorio.

Anche in questo sottogruppo è stata messa in evidenza una variazione in positivo delle medie dei punteggi (Tabella 6).

A livello di correlazione, tra i tre indici si dimostra che non vi è alcuna correlazione statisticamente significativa ($p < 0.05$).

	Ex Ante Media (DS) (Range)		Ex Post Media (DS) (Range)	
Indice di peso fisico (n. 20)	49,05	(6,262) (36 – 56)	51,20	(5,644) (38 – 58)
Indice di peso mentale (n. 20)	39,80	(9,606) (24 – 56)	43,75	(8,045) (29 – 56)
Diade (n. 20)	23,60	(4,122) (19 – 33)	27,95	(3,692) (22 – 35)

Tabella 6- Medie dei punteggi - associazione DIADE ed SF12

Discussione e conclusioni

La finalità generale del presente progetto di ricerca valutativa associato al Laboratorio “La relazione con l’altro” con il metodo i Salotti del Ben-Essere© era quella di studiare l’impatto della partecipazione degli studenti con una modalità capace di contribuire allo sviluppo di empowerment psico-corporeo, in coerenza con la natura di promozione della salute del metodo i Salotti del Ben-Essere© di cui il laboratorio ne è stata espressione.

A questo scopo è stata scelta e condivisa con i partecipanti una strategia valutativa basata sulla autosservazione delle componenti sottoposte a valutazione, ovvero: il test DIADE e

il test SF12 (nelle sue due componenti: PCS e MCS rispettivamente).

In generale, quanto esaminato è in linea con i risultati attesi dal programma.

In sintesi, le conclusioni della valutazione possono essere riassunte in tre punti:

- La partecipazione al corso influenza positivamente la qualità della comunicazione non verbale espressa dalla scheda DIADE rev.3 anche se questo non riguarda tutte le dimensioni che la compongono;
- La partecipazione ha un impatto diverso sulle due dimensioni dell'SF12: positivo sulla componente fisica (PCS), indifferente su quella mentale (MCS);
- Nel sottogruppo che aveva completato entrambi i test, la partecipazione non ha alcun impatto sulla Qualità di vita collegata alla Salute.

Possiamo concludere che i risultati confermano gli obiettivi proposti dal corso di formazione.

Il gruppo degli studenti è stato impegnato concretamente nel percorso proposto; percorso che, con le sue esperienze laboratoriali, ha reso possibile adoperare – migliorandola – una comunicazione non/verbale attraverso il corpo, al fine di migliorare la relazione con l'altro. Sappiamo che il corpo ha un linguaggio che si esprime attraverso la gestualità, la mimica, il tono muscolare, lo sguardo, la postura, il contatto fisico, il comportamento spaziale, l'orientamento e altri aspetti non verbali: tutte dimensioni che dai Test risultano migliorate.

I partecipanti hanno raggiunto livelli di comprensione cognitiva ed emotiva dell'altro particolarmente profondi, grazie all'interazione attraverso il movimento ed il gioco; questo ha permesso di mettere in crisi gli elementi di rigidità personale e di ipercontrollo motorio troppo spesso presenti nella relazione con l'altro e la presa in considerazione di alternative possibili per la costruzione di significati nuovi e più funzionali alla condivisione.

Rispetto alle finalità del corso, ciò ha consentito la co-costruzione di significati e spinte motivazionali all'adozione di stili di vita più salutarì volti al Benessere psicocorporeo.

Crediamo che queste nuove metodologie possano trovare ampie applicazioni nel campo della promozione della salute e divenire strumento per i futuri educatori per prevenire ed affrontare il disagio correlato a stili di vita perniciosi, in tutte le sue forme nella co-costruzione di setting multidisciplinari.

BIBLIOGRAFIA

1. Antonovski A. Health, Stress, and coping. San Francisco; Jossey-Bass; 1979.
2. Bachelard G. La poetica dello spazio. Bari: Dedalo; 1975.
3. Bitti E. Regolazioni delle emozioni. Roma: Carocci, 1998.
4. Camurri A, Mazzarino B, Volpe G, et al. Application of multimedia techniques in the physical rehabilitation of parkinson's patients. The Journal of Visualization and Computer Animation 2003; 14(5):269-278.
5. Cantucci E. Post n°70 Neuroestetica e neuroni mirror Synaptic Mind (blog) pubblicato il 15 Maggio 2007.
6. Cappelletto C. Neuroestetica. L'arte del cervello. Roma: Editore Universale Laterza; 2009.
7. Dalcroze EJ. Ritmo, musica, educazione. Milano: Edizioni Hoepli; 1925.
8. D'Ambrosio M. Teatro come metodologia trasformativa, La scena educativa fatta ad arte. Tra ricerca e formazione, Cartografie pedagogiche. Napoli: Ed. Liguori; 2017.
9. Desoille R. Teoria e pratica del sogno da svegli guidato. Roma: Astrolabio; 1974.
10. D'Este B. Terapia della danza e del suono. La conoscenza del proprio corpo attraverso il movimento e la musica. Torino: Cet Edizioni; 1998.
11. de Vera d'Aragona P. Curarsi danzando, il movimento come psicoterapia. Riza Scienze 1978; 13.
12. de Vera d'Aragona P. Dance Movement Therapy, autoconoscenza: la via del corpo. Riza Scienze 1996; 105.
13. de Vera d'Aragona P. Dance/Movement Therapy. Riza Scienze 1994; 84.
14. Diamare S, Montalto M. Curarsi con le immagini: EEICCC® metodica di psicopedagogia dell'arte, danza terapia e riequilibrio psicosomatico. Riza Scienze 2011; 1.
15. Diamare S, Pocetta G, Polito G. Empowerment psicocorporeo come strategia di BenEssere e prevenzione del burnout nei servizi di cura. Educazione Sanitaria e Promozione della Salute, 2010; 4: 390-404.
16. Diamare S. I salotti del Benessere. Asl Napoli1 Centro, Napoli: Flli Ariello - Editori s.a.s; 2015.
17. Diamare S, Polito G, Pasquarella M L, Pocetta G. Valutazione dell'efficacia di corsi di formazione sulla Comunicazione non verbale con tecniche di Danza MovimentoTerapia per la promozione del benessere e della resilienza di operatori sanitari. Sistema Salute, la rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2014; 58, 4: 477-487.
18. Chi D, Costa M, Zhao L et al. The emotemodel for e_ort and shape. In: Proceedings of the 27th annual conference on Computer graphics and interactive techniques. ACMPress/Addison-Wesley Publishing Co., 2000; 173-182.
19. Dychtwald K. Psicosoma. Roma: Astrolabio; 1978.
20. Feldenkrais M. Conoscersi attraverso il movimento, tr. it. Milano: Celuc libri; 1992.
21. Fornari F. Psicoanalisi della musica. Milano: Longanesi; 1984.
22. Frigoli D, Masaraki G, Morelli R Verso la concezione di un Sé psicosomatico. Milano: Cortina; 1980.
23. Galimberti U. Il Corpo. Milano: Feltrinelli; 1983.
24. Gius E, Morelli R, Tosetti C. Il sacro. Milano: Riza Libri; 1983.
25. Guyton AC. Neuroscienze. Padova: Piccin; 1996.
26. Jörg R, Dias J. Human-robot interface with anticipatory characteristics based on Laban movement analysis and bayesian models. In: Rehabilitation Robotics. ICORR, IEEE 10th International Conference, IEEE, 2007: 257-268.
27. Jung, Carl G., „Traumsymbole des Individuationsprozesses. Ein Beitrag zur Kenntnis der in den Träumen sich kundgebenden Vorgänge des Unbewußten“, in: Ders., Traum und Traumdeutung, München: Deutscher Taschenbuch Verlag 3 1991, S. 171-280.

28. Laban R. L'arte del movimento. Macerata: Ephemeria Ed.; 1999.
29. Lapierre A, Aucouturier B. La simbologia del movimento. Cremona: Edipsicologiche; 1984.
30. Lowen A. Il linguaggio del corpo, Milano: Ed. Feltrinelli; 1978.
31. Masuda M, Kato S Motion rendering system for emotion expression of human form robots based on Laban movement analysis. In RO-MAN, IEEE Press, 2010: 324 - 329
32. Merleau-Ponty M. Fenomenologia della percezione. Milano: Ed. Bompiani; 1945.
33. Palombo R. Danzaterapia: psicoanalisi, gestalt, bioenergetica. Piombino: Emotion; 1995.
34. Pankov G. Immagine del corpo e simbiosi: a proposito delle strutturazioni dello spazio potenziale, Doc. del Congr. Int. di Psicoanalisi, Milano: Ed. Feltrinelli; 1977.
35. Prester M, Kurt R. Il corpo rivela. Milano: Sugarco; 1976.
36. Pujade-Renaud C. Espressione Corporea. Linguaggio del silenzio, Milano: Ed. del corpo; 1978.
37. Reich W. Analisi Del Carattere. Milano: Sugarco; 1978.
38. Ruggeri V. L'esperienza estetica. Fondamenti psicofisiologici per un'educazione estetica. Roma: Armando Editore; 1997.
39. Schilder P. Immagine di sé e schema corporeo. Milano: Franco Angeli Editore; 1973.
40. Woo Hyun K, Jeong Woo P, Won Hyong L, et al. Lma based emotional motion representation using rgbd camera. In: Proceedings of the 8th ACM/IEEE international conference on Human-robot interaction. IEEE Press 2013; 163 – 164.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno