ıentali, intrapsichi-
nibiscono la spon-
bilità nel risolvere i
.n relazione con le
Al di là del copio-
cita personale, che
ı successo le crisi
creatività, la com-
della vita ed il
crescita psichica e

:rimento l'uscita dal
la definizione che io
a convinzione, e il
l essa associato, che
ıò accadere, e per
azione sia, io ap-
esperienza.

# CURARE, CAMBIARE, EDUCARE CON L'ANALISI TRANSAZIONALE: APPROCCIO CLINICO E APPROCCIO EDUCATIVO

**di Ferdinando Montuschi**

Il verbo curare nel linguaggio comune ha una pluralità di significati: si può curare il giardino come la redazione di un libro, si può aver cura del proprio abito come della propria immagine psicologica. Ma dove l'azione di «portare cure» è rivolta alla malattia, alle ferite, ad un fatto patologico di qualunque natura, curare ha un solo scopo: quello di *guarire* per ripristinare la precedente situazione di «normalità» attraverso la eliminazione della causa patogena.

Questa mentalità «medica» di curare per guarire viene utilizzata anche per disturbi non propriamente organici e, in particolare, per quei fenomeni che riguardano la vita psichica e la vita educativa. In questo caso il trasferimento della concezione «medica» può creare qualche problema interpretativo e operativo.

La guarigione, come risultato di un intervento psicoterapeutico ed educativo, assume un significato ben diverso dal «guarire» la ferita. In alcuni casi questo «ritorno alla norma» è del tutto impossibile e perfino non realistico: ciò non toglie che la cura non possa essere considerata ugualmente utile ed efficace.

Nel campo psicoterapeutico ed educativo il risultato ottimale può essere identificato non tanto nel raggiungere traguardi di «normalità» quanto piuttosto nel raggiungere risultati *differenziati*, rispetto a standard oggettivi, e *ottimali* rispetto alle capacità e risorse dei singoli.

In questo senso il «curare» si identifica non tanto con l'azione che porta a guarire quanto piuttosto con l'azione che consente di raggiungere un risultato programmato, focalizzato, rapportato ai bisogni della persona in cura. Il discorso si complica ulteriormente se si considera poi la particolare «natura» del risultato psicoterapeutico ed educativo: che non è il semplice «effetto» dell'azione della cura, ma è anche e fondamentalmente il risultato della utilizzazione originale e personale che il cliente ha fatto dell'azione di cura (1).

Dato il concetto atipico di malattia e di norma, non solo, dunque, non si può ragionare in termini di malattia e di scomparsa della malattia, ma lo stesso concetto di intervento diventa mediato e filtrato dalla persona del cliente così che dare cure sono azioni che si confondono, si integrano e sfuggono definitivamente ad ogni causalità, ad ogni determinismo.

La definizione di questo tipico scenario dell'attività terapeutica ed educativa apre alcuni interrogativi a proposito di due tipici approcci: quello *clinico* e quello *educativo*.

(1) BERNE, E., 1966.

Ci si può chiedere in che cosa consista il «curare» in termini clinici e in che cosa si differenzi dal «curare» in termini educativi.

## Curare ed educare

Potremmo entrare più specificamente nel merito della questione e distinguere ulteriormente fra «curare» ed «educare». L'interesse non è tanto terminologico quanto concettuale, e ciò che non vale la pena di chiarire non è tanto il significato dei termini quanto piuttosto la correttezza delle diverse procedure che vengono attivate.

Si tratta di tracciare e di descrivere dei confini operativi, rapportati a criteri di intervento, che possono costituire punti di riferimento stabili per i «contratti» di cambiamento da definire e da realizzare, nei diversi campi di lavoro.

Il dato che crea maggiori fraintendimenti e difficoltà nella identificazione dei confini fra campi clinici e campi educativi riguarda *l'analogia dei risultati* che abitualmente si ottengono operando nei due diversi versanti.

Un intervento educativo condotto nella scuola da un insegnante — e nel rispetto pieno delle regole di comportamento fissate dal proprio ruolo — può produrre risultati analoghi a quelli che può ottenere uno psicoterapeuta nel proprio ambiente di lavoro, con ruolo diverso, con diverse modalità e tecniche di lavoro. Risultati formativi e di sviluppo possono essere raggiunti sia con interventi di tipo educativo sia con interventi di tipo clinico: si pensi, ad es., ai risultati relativi alla sicurezza personale, al cambiamento della immagine di sé, alla capacità di socializzazione, alla acquisizione di una padronanza logico concettuale, all'apprendimento di nuove risposte — affettive, logiche, comportamentali — di fronte a situazioni frustranti o a critiche esterne, e così via.

Questa affermazione potrebbe essere piemente documentata e analiticamente esemplificata: non credo tuttavia che questo costituisca il punto controverso. La ulteriore distinzione circa la problematica dei soggetti destinatari dei diversi interventi non sembra modificare di molto l'affermazione-constatazione della similarità dei risultati ottenuti da educatori e da psicoterapeuti. Si pensi, ad esempio, al lavoro educativo svolto dagli insegnanti a favore dei soggetti portatori di handicap previste dalla normativa scolastica (Legge n. 517/1977 ) che prescrive il loro inserimento in classi comuni. Le problematiche personali degli alunni, nella loro gravità, non sembrano differenziare nè la richiesta di aiuto, nè le attese di «guarigione» rivolte tanto agli educatori che agli psicologi.

Osservando il problema da questo punto di vista potremmo dire che, sia l'insegnante che lo psicoterapeuta, «curano» il soggetto. I termini *curare* ed *educare* tendono così a sfumare la loro differenza, e la loro distinzione sembra perdere di significato qualora si considerino le finalità formative e gli esiti finali.

Tutto questo non significa che non esista distinzione fra intervento educativo e intervento clinico: vuol solo significare che la loro differenza non può essere colta attraverso l'esito finale che entrambi tendono a raggiungere; e, inoltre, che la equivalenza di tali risultati non autorizza ad identificare i diversi interventi, a confondere e a perdere di vista anche la differenza terminologica con cui vengono identificati processi educativi ed interventi psicoterapeutici.

## La ricerca di punti di riferimento

La distinzione e la caratterizzazione dell'intervento clinico sembra allora doversi ricercare altrove: particolarmente nella diversità delle procedure e delle tecniche adottate e, soprattutto, nel tipo di contratto

naliticamente esem-
tavia che questo co-
overso. La ulteriore
roblematica dei sog-
iversi interventi non
molto l'affermazione-
imilarità dei risultati
: da psicoterapeuti. Si
al lavoro educativo
i a favore dei soggetti
cap previste dalla
(Legge n. 517/1977 )
inserimento in classi
itiche personali degli
avità, non sembrano
hiesta di aiuto, nè le
:» rivolte tanto agli
:ologi.
ema da questo punto
e che, sia l'insegnante
«curano» il soggetto.
*lucare* tendono così a
:renza, e la loro di-
rdere di significato
le finalità formative e

gnifica che non esista
nto educativo e inter-
)lo significare che la
uò essere colta attra-
e entrambi tendono a
e, che la equivalenza
torizza ad identificare
confondere e a per-
la differenza termi-
gono identificati pro-
venti psicoterapeutici.

i riferimento

caratterizzazione del-
:mbra allora doversi
ticolarmente nella di-
ire e delle tecniche
, nel tipo di contratto

professionale in base a cui si opera, nel rispetto dello status, del ruolo e della competenza specifica dei vari operatori.

La distinzione fra campi clinici e campi «sociali» proposta da J. I. Clarke ( 1981) può in qualche modo aiutare a far chiarezza; ma solo in parte possiamo utilizzarla perchè il campo così detto «sociale» rappresenta una realtà ancora generica e indifferenziata rispetto al campo della educazione e, particolarmente, della educazione scolastica che è ancor più specifico e definitivo.

L'educazione scolastica può essere considerata un sottoinsieme specifico e tipico del «campo sociale» comunemente inteso. La nozione di campo sociale inizialmente adottata dall' ITAA ha subìto una precisa evoluzione anche nel linguaggio ufficiale e nei documenti associativi internazionali. Questo termine generico è stato disaggregato e precisato con la indicazione di ambiti precisi: educazione, organizzazione, formazione aziendale, management, ecc. In questa distinzione, che si è gradualmente resa necessaria anche per definire il training formativo e l'ambito di lavoro degli analisti ad indirizzo transazionale, il campo educativo sembra caratterizzarsi per le maggiori somiglianze al campo clinico, pur conservando alcune peculiari e fondamentali differenze.

La caratteristica individuata da J.I. Clarke per i campi sociali di «effettuare interventi solo a favore del gruppo e dell'apprendimento in gruppo» non sembra perdere la sua validità per il campo educativo.

Gli interventi «individualizzati» e «personalizzati» sono ormai riconosciuti caratteristici, e quindi irrinunciabili, da tutta la letteratura pedagogica, oltre che dalla più recente legislazione scolastica italiana.

Il problema delle differenze fra campo educativo e campo clinico — caduto questo primario riferimento — tende a farsi più difficile e sottile. Le differenze essenziali, a questo punto, sembrano da ricercare esclusivamente nelle tecniche e nelle procedure definite, in forma esplicita e implicita, nel contratto istituzionale di lavoro.

## Il contratto dell'educatore

La differenza fra interventi clinici e interventi educativi, al di là di ogni astratta considerazione, può essere utilmente e concretamente colta «sul campo», mentre si struttura e si realizza il «contratto» istituzionale. Per quanto riguarda particolarmente il campo educativo-scolastico la modalità e la qualità degli interventi sono da ricercare nei vari «contratti» che le diverse figure di educatore strutturano con l'istituzione di appartenenza.

E' come dire che la discussione su che cosa è «clinico» e su che cosa è «educativo» pone altri interrogativi del tipo: che interventi vengono richiesti, specificamente, all'insegnante di classe, all'insegnante di sostegno, all'insegnante che interagisce con gli altri operatori scolastici all'interno della équipe socio-medico-psico-pedagogica, e così via.

In questa prospettiva il discorso assume connotazioni specifiche concrete e merita di essere adeguatamente articolato. Assumendo come punto di riferimento il contratto istituzionale dell'operatore in campo educativo possiamo elencare con sufficiente precisione le mete formative, i metodi di intervento, gli strumenti di lavoro ed anche i limiti invalicabili per gli interventi da adottare.

Nella istituzione scolastica oltre alla pluralità delle figure di educatore — con i loro differenti ruoli, compiti e contratti — vi sono due livelli di intervento da considerare: uno a responsabilità individuale diretta, e l'altro caratterizzato dalla corresponsabilità, dalla condivisione della responsabilità con gli altri operatori scolastici: corresponsabi-

lità che viene esercitata negli organi collegiali di gestione della scuola (programmazione, valutazione, ammissione o non ammissione degli alunni alle classi successive, sperimentazione, attività di aggiornamento...).

Da questi sommari riferimenti alla realtà educativo scolastica risulta evidente come una completa teorizzazione e, soprattutto, una completa elencazione delle differenze fra i vari tipi di intervento (clinico ed educativo) risulti estremamente difficoltosa. Rimanendo ancorati al «contratto» istituzionale, è tuttavia possibile individuare alcuni punti di riferimento concretamente osservabili.

## Competenza clinica e competenza educativa

Un primo elemento da considerare riguarda il tipo di competenza dell'educatore. A questo riguardo penso valga la pena di affermare subito che non esistono confini da rispettare: più approfondita sarà la competenza più ricche saranno infatti le opzioni e le possibilità educative.

L'insegnante può utilmente avere al proprio attivo anche una formazione di tipo clinico, un training di analisi personale e conoscere teorie e tecniche psicoterapeutiche. Tutto questo non gli è richiesto dal suo rapporto di lavoro, tant'è che non è stato nè selezionato nè assunto in base a questo tipo di competenza. Questa preparazione potrà tuttavia essergli di grande utilità nell'esercizio corretto della sua professione e nessuna norma contrattuale potrà ostacolare il suo ulteriore progresso in questa direzione.

Il problema si pone quando l'insegnante, forte della sua competenza, volesse utilizzarla direttamente con la pretesa di trasformare la sua professione di docente nell'attività propria dello psicoterapeuta adottando interventi, tecniche e strumenti estranei all'attività della scuola e incompatibili con le sue finalità istituzionali.

L'insegnante che è anche psicologo o psicoterapeuta non è infatti, perciò stesso, autorizzato a cambiare la sua attività di docente per trasformarsi in psicologo o in psicoterapeuta. Sarebbe questo un modo distorto di utilizzare la propria ulteriore competenza perché porterebbe ad una unilaterale modificazione del proprio contratto e del proprio ruolo. L'insegnante può invece utilizzare la sua competenza aggiuntiva inventando risposte nuove per la sua professione che, pur nella loro originalità, siano anche rispettose del ruolo, delle funzioni e dei compiti contrattati con la istituzione cui appartiene.

L'insegnante che ha competenza psicologica e psicoterapeutica sarà in grado di cogliere meglio i problemi dei soggetti, delle situazioni e delle istituzioni: e questa conoscenza più competente potrà utilizzarla per agire con gli strumenti del suo mestiere. La sua attenzione tenderà ad essere concentrata su comportamenti o reazioni il cui significato abitualmente sfugge allo sguardo superficiale: e potrà strutturare dialoghi appropriati, predisporre attività proporzionate ai bisogni e avviare processi di apprendimento capaci di valorizzare risorse e stimolare talenti ancora inespressi.

L'educazione, come la psicoterapia, aiuta e facilita i processi di identificazione dei soggetti: ma ciascuna con i propri mezzi, con le proprie risorse, con le proprie attività. A differenza della psicoterapia, l'educazione scolastica si pone come obbiettivo, accanto a quello della formazione personale, quello specifico della *alfabetizzazione culturale* degli allievi: una finalità che caratterizza gran parte dell'attività che viene svolta nella scuola e verso la quale convergono anche gli esiti formativi personali. Nella scuola, infatti, non esiste l'«apprendimento» in astratto, ma la «persona che apprende».



**Psicoterapia ed e**
**strumenti di lavo**

Gli strumenti ed
il contratto, caratte
cativi da quelli psi
educativa scolas
attività sono pens
dell'*apprendimen*
di un sapere disci
stesso ma che c
giungere a livelli
affettiva e sociale
buona educazion
degli esiti terape
presentano come
se di grande imp
cessi di apprendi

E' allora possib
differenza fra
intervento clinico
co punta direttar
struttura della pe
di copione del sc
psichica e socia
può far ottenere
ma indiretta, a
processi di ap
diluiti nel temp
che la scuola, ri
rapeutica, preve
mi articolati e
all'interno della f

La maggior p
attività scolastic
da un lato, all'ap
dall'altro, a fav
sonale; mentre
tecniche e inte
rettamente al ca
escludere quel
su di sè, su gli
nali che C. Rog
al cambiamento.

La adozione
esempio, che si

rumenti estra-
incompatibili
ali.
psicologo o
perciò stesso,
ua attività di
sicologo o in
o un modo di-
ulteriore com-
una unilatera-
contratto e del
può invece
za aggiuntiva
per la sua
oro originalità,
l ruolo, delle
ıtrattati con la

ıpetenza psico-
arà in grado di
ei soggetti, del-
zioni: e questa
potrà utilizzarla
el suo mestiere.
ad essere con-
o reazioni il cui
ugge allo sguar-
ıtturare dialoghi
attività propor-
are processi di
dorizzare risorse
inespressi.
sicoterapia, aiuta
ntificazione dei
i propri mezzi,
e proprie attività.
apia, l'educazio-
obbiettivo, accan-
personale, quel-
*zazione culturale*
caratterizza gran
ene svolta nella
vergono anche gli
Nella scuola, in-
ndimento» in a-
apprende».

## Psicoterapia ed educazione: gli strumenti di lavoro

Gli strumenti ed i metodi di lavoro, dopo il contratto, caratterizzano gli interventi educativi da quelli psicoterapeutici. Nell'attività educativa scolastica strumenti, metodi, attività sono pensati e utilizzati in funzione dell'*apprendimento formativo* : in vista cioè di un sapere disciplinare che non è fine a se stesso ma che consente alla persona di giungere a livelli di maturazione mentale, affettiva e sociale. Potremmo dire che una buona educazione scolastica fa registrare degli esiti terapeutici: esiti tuttavia che si presentano come effetti secondari — anche se di grande importanza — a corretti processi di apprendimento realizzati.

E' allora possibile focalizzare una tipica differenza fra intervento educativo e intervento clinico: mentre l'intervento clinico punta direttamente al cambiamento di struttura della personalità, al cambiamento di copione del soggetto, di relazione intrapsichica e sociale, l'intervento educativo può far ottenere analoghi risultati, in forma indiretta, attraverso l'attività ed i processi di apprendimento disciplinare diluiti nel tempo. Non è un caso, infatti, che la scuola, rispetto alla attività psicoterapeutica, preveda tempi lunghi, programmi articolati e livelli differenziati anche all'interno della formazione di base.

La maggior parte delle tecniche e delle attività scolastiche sono dunque finalizzate, da un lato, all'apprendimento disciplinare e, dall'altro, a favorire il cambiamento personale; mentre nel campo clinico metodi, tecniche e interventi sono finalizzati direttamente al cambiamento, senza tuttavia escludere quel particolare apprendimento su di sè, su gli altri e sui processi relazionali che C. Rogers presenta come essenziali al cambiamento.

La adozione di questi criteri eviterà ad esempio, che si utilizzino in forma diretta nella scuola le tecniche di regressione, le modalità dell'analisi dei sogni, i lavori di gestalt emotivamente coinvolgenti, le ridecisioni tecnicamente condotte, e così via.

Gli effetti che tali tecniche garantiscono nella psicoterapia possono essere raggiunti attraverso altre esperienze tipicamente scolastiche: il dialogo, i temi, le recite, la drammatizzazione, le discussioni, l'apprendimento di gruppo...(Montuschi, 1982; 1984; 1987).

Si tratta di occasioni offerte al gruppo classe e anche a singoli. La vastità del repertorio scolastico, ed i tempi lunghi di permanenza nella istituzione, configurano una sorta di seminagione diffusa a differenza della coltivazione intensiva, propria della psicoterapia, dove gli interventi sono focalizzati e diretti, ed i risultati contrattati e controllati.

## Dal campo clinico al campo educativo

Acquisiti alcuni criteri generali di differenziazione — senza peraltro addentrarsi in iperdettagliamenti rigidi e inutilizzabili — può essere utile verificare come poter effettuare degli interscambi fra interventi clinici e interventi educativi: in altre parole, che cosa l'educatore può mutuare dal campo clinico, rimanendo nel suo territorio e che cosa, a sua volta, il clinico può mutuare dal campo educativo nello svolgere la sua specifica attività .

Questi interrogativi potrebbero aprire un utile campo di ricerca; allo stesso modo potrebbe risultare di grande interesse individuare il tipo di linguaggio da adottare nelle varie situazioni educative, pur rimanendo fedeli a quei concetti che fondano e giustificano gli interventi sia nell'uno che nell'altro ambito.

Il rischio che si può correre nell'utilizzazione del linguaggio A.T., soprattutto in campo educativo, è infatti duplice:

da un lato la banalizzazione e dall'altro la tecnicizzazione. Si tratta di temi che non desidero qui affrontare ma che penso valga la pena di tenere presenti per le ampie prospettive che possono aprire sul piano teorico e sul piano pratico.

## Indicazioni conclusive

L'analisi finora condotta ci consente di giungere a qualche conclusione circa il significato da attribuire ai termini da cui siamo partiti.

Il termine «curare» nel suo significato corrente richiama il corrispondente termine «guarigione» con la relativa scomparsa della causa che ha prodotto la malattia. Se rimaniamo però fermi a questa accezione i termini utilizzati per curare e guarire, comportamenti e problemi psicologici, possono risultare impropri e incapaci di descrivere con correttezza i processi che vengono attivati.

Curare e guarire in campo psicologico assumono un significato diverso dal curare e guarire in campo medico: il rapporto di causa-effetto fra cura e guarigione viene meno; il concetto di «cura» diventa sfumato e soprattutto «mediato» dal soggetto interessato che lo utilizza e vi reagisce in modo personale, creativo, imprevedibile.

Si tratta infatti di una complessità di situazione e di una pluralità di soggetti agenti nella cura; così come si tratta di risultati estremamente differenziati in tutto il processo di guarigione che possono essere identificati, e quindi contrattati, nella loro diversità, ma che solo in minima parte possono essere paragonati agli esiti di una guarigione organica.

I confronti fra i risultati di una psicoterapia e quelli di altre forme di cure mediche non sono possibili e non hanno pertanto alcuna utilità; tanto meno hanno senso i sentimenti di inferiorità per la guarigione atipica e per i risultati sempre così sfumati e differenziati che si possono ottenere nel trattamento delle problematiche di personalità.

La discussione intorno al termine «cambiamento» sembra aprire un'utile possibilità di confronto fra i diversi tipi di intervento volti a cambiare i comportamenti umani. In particolare, i cambiamenti con interventi di tipo clinico, rapportati ai risultati che si ottengono con interventi di tipo educativo-scolastico, possono fare intravvedere affinità e differenze, utili a precisare il ruolo e i compiti sia dell'educatore che dello psicoterapeuta.

L'analisi condotta sembra indicare come elementi comuni la competenza degli operatori e i possibili risultati finali delle due modalità di intervento.

La differenza rimane nei contratti dei diversi operatori che caratterizzano i fini primari da raggiungere, le tecniche da utilizzare, le attività da svolgere.

Fine primario per l'educazione rimane l'apprendimento disciplinare realizzato attraverso processi formativi personalizzati che inevitabilmente producono anche effetti «terapeutici». A questo risultato gli insegnanti possono pervenire rimanendo nel ruolo di docenti: guidando esperienze di apprendimento, attività espressive e comunicative, relazioni interpersonali e di gruppo; inventando e realizzando esperienze finalizzate su problemi specifici di singoli e di gruppi di allievi. Tutto questo, rimanendo all'interno del proprio ruolo, nell'ambito dei programmi didattici e delle finalità educative scolastiche.

Da queste attività rimangono escluse le tecniche del cambiamento diretto e focalizzato, proprio del campo clinico: regressione, ridecisione, reparenting, gestalt... Si tratta infatti di tecniche estranee alle finalità e alle attività della scuola, ma la



cui idea centrale
sata e realizzata
fine di aiutare g
nuove risposte cc

In questo sens
nelle istituzioni sc
geniale inventore
e un abile traduttc
gico, del linguagg

Il vero proble
sistere non tanto
forma esaustiva
interventi clinici
quando piuttosto
originali risposte
forma e significa
abituale.

Questo sembra
evitare le inutil
«saccheggi», le s
per maturare in
tiva cultura inte

## Riassunto

I termini
vengono analiz
rente e rappor
lizzazione, sia
tività psicotera

Vengono poi
di intervento n
educativo scol

## Abstract

The term
analysed in
their diverse

cui idea centrale può essere colta, ripensata e realizzata con metodi scolastici al fine di aiutare gli allievi ad apprendere nuove risposte comportamentali (2).

In questo senso l'educatore che opera nelle istituzioni scolastiche può diventare un geniale inventore di nuovi metodi scolastici e un abile traduttore, in linguaggio pedagogico, del linguaggio clinico.

Il vero problema sembra dunque consistere non tanto nel ricercare ed elencare in forma esaustiva tutte le differenze fra interventi clinici e interventi educativi, quando piuttosto nell'inventare nuove e originali risposte educative dando nuova forma e significato al lavoro professionale abituale.

Questo sembra anche il modo migliore per evitare le inutili «copiature», gli indebiti «saccheggi», le sterili invasioni di campo, e per maturare invece una corretta e produttiva cultura interdisciplinare.

## Riassunto

I termini curare, cambiare educare vengono analizzati nel loro significato corrente e rapportati, nella loro diversa utilizzazione, sia alla pratica medica sia all'attività psicoterapeutica ed educativa.

Vengono poi discusse affinità e differenze di intervento nel campo clinico e nel campo educativo scolastico.

## Abstract

The terms to treat, change, educate are analysed in their current meanings and, in their diverse uses, are considered as relating to the medical practice as well as to psychotherapeutic and educational activities.

Affinities and differences of intervention in the clinical field and school education are discussed.

---

(2) MONTUSCHI, F, 1987, pp. 51-55; 1982, pp. 127-136; 1984, pp. 13-18.

## Bibliografia

BERNE, E., *Principles of group treatment*, New York, Grove Press. Inc. 1966 (tr. it. di Maddaloni, *Principi di terapia di gruppo*, Roma, Astrolabio, 1986).

CLARKE, J.I., «Difference Between Special Fields and Clinical Group», *T.A. Journ*, XI, 2, 1981, (tr. it. «Differenze tra gruppi di campi speciali e gruppi clinici, *Riv. It. di A.T. e Metod. Psicoter.*, II, 2/3, 1982).

LAWRENCE, G., HUNTER, M., *Parent-Theacher Conferencing*, T.I.P., Pub., El Segundo, California, 1980.

MONTUSCHI, F., «Interventi sul copione nell'esperienza educativa scolastica», *Riv. It. di A.T. e Metod. Psicoter.*, VII, 12/13, 1987, pp. 51-55.

MONTUSCHI, F., «Il gruppo A.T. nella scuola», *Riv. It. di A.T. e Metod. Psicoter.*, II, 2/3, 1982, pp. 127-136.

MONTUSCHI, F., «Stati dell'Io: una griglia per la interpretazione e attivazione di comportamenti», *Riv. It. di A.T. e Metod. Psicoter.* IV, 7, 1984, pp. 13-18.

ROMANINI, M. T., «La nascita psicologica», *Riv. It. di A.T. e Metod. Psicoter.* V, 8-9, 1985, pp. 7-51.

ROMANINI, M.T., «Le frontiere della teoria transazionale oggi», *Atti 2° Convegno It. di A.T.*, AIAT-IRPIR-SIMPAT, Bologna, 1985, pp. 1-15.