

Il Centro Diurno svolge funzioni terapeutico-riabilitative, attraverso una propria équipe, attuando progetti personalizzati che consentano di sperimentare e apprendere abilità, ricostituire relazioni, recuperare capacità di socializzazione, e favorire inserimenti lavorativi. Al Centro Diurno, aperto dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00, accedono persone che sono già stati visitate, seguite in terapia, ed hanno un programma di recupero-reinserimento. Si tratta spesso di pazienti cronici, con alle spalle lunghi anni di malattia, alternati a fasi di remissione o ad internamenti. Sono comunque per lo più stabilizzati. Attualmente gravitano attorno al centro diurno una ventina di pazienti, con frequenza costante, anche se non regolare. La scelta dei pazienti idonei al T.A. è stata demandata all'équipe di operatori: il direttore sanitario (medico) responsabile, le infermiere, l'educatore.

Mi sono limitata a fornire alcune indicazioni, generiche: un Io accettabilmente integro, non essere in fase acuta di malattia, non avere disturbi fisici particolarmente gravi (le note controindicazioni al T.A.), avere soprattutto desiderio di accedere a questa metodica, che gli operatori avevano presentato come "un metodo di rilassamento". Tra le adesioni ricevute, l'équipe ha selezionato in un primo tempo tre persone, a cui si è aggiunta in un secondo tempo e per un breve periodo un'altra, e successivamente altre tre. In alcuni casi il T.A. è stato proposto come una tecnica funzionale e coerente con il percorso terapeutico in atto, e quindi visto nella sua specificità e accettato nelle sue finalità.

In altri casi è stato invece utilizzato prevalentemente come mezzo per attirare al Centro qualcuno che si sapeva bisognoso di cure ma che non accettava l'impegno di frequenza regolare richiesto, oppure come concessione-premio per un determinato comportamento. In alcuni casi dunque il T.A. è stato inserito nel programma riabilitativo del Centro come mezzo terapeutico di per sé, negli altri casi, invece, come strumento ausiliario, e dunque accidentale, di un piano predisposto. Gli operatori hanno talvolta escluso dalle sedute di Training chi arrivava in ritardo al Centro, o non rispettava i turni delle piccole incombenze, utilizzando il T.A. per finalità ad esso estranee.

Ho insistito perché, pur nel rispetto delle regole, il T.A. venisse accolto nella sua autonomia di metodo e di fini. La contraddizione non è stata risolta, e del resto pare difficilmente risolvibile. Penso sia tuttavia fondamentale averne consapevolezza. Sono state scelte per il T.A. le seguenti persone: M., donna, 46 anni. In terapia da diversi anni con neurolettici. In primavera, lungo ricovero al Reparto Ospedaliero Psichiatrico; C., donna, 56 a., in cura per disturbi schizofrenici da una trentina di anni. Frequenta il Centro diurno da quando è stato istituito (8 anni). Anche nel suo caso, diversi ricoveri ospedalieri. E., donna, 35 anni. Frequenta il Centro con regolarità da pochi mesi. Dopo la morte del padre la sua condizione si è aggravata. Sente come un'imposizione la frequenza quotidiana. Pensione di invalidità. B., donna, anni 26. Malata da parecchi anni, ha sempre rifiutato qualsiasi contatto con gli operatori o le strutture terapeutiche. E' stata "agganciata" con la prospettiva del T.A., che la attira e che ha subito accettato.

Verrà al Centro solo nel giorno del T.A. Gli operatori sperano di farla fermare e di coinvolgerla in un programma riabilitativo. Parteciperà invece solo a 3 incontri di T.A. poi dirà di aver trovato un lavoro (non è vero) e non verrà più. G., donna. 58 anni. Da 17 anni in cura per depressione grave, ansia, attacchi di panico. E' lei che chiede con insistenza di praticare il T.A. Le viene concesso in cambio dell'impegno a ridurre la sua presenza al Centro per dedicare almeno un giorno alla settimana alla casa e alla famiglia. F., maschio, a. 36, in cura da 3 per disturbi psicotici. In terapia medica per una grave patologia. G', donna, a. 45, in cura da diversi anni. Soffre di attacchi di panico e alterna fasi di aggressività ad uno stato di paura

generalizzata. Si è trattato dunque di proporre il T.A. a 7 persone, per un numero di incontri variabili da tre a trenta per ognuno, protrattisi per circa un anno e mezzo. Al termine, mi sembra che l'esperienza possa suggerire alcune riflessioni.

E' stato proposto il T.A. di base in ambito non clinico, secondo la mia formazione. Evidentemente questa proposta presenta due problemi teorico-epistemologici:

a) T.A. nelle psicosi: nella letteratura troviamo a questo proposito posizioni differenziate: Schultz (ne: Il T.A. Esercizi sup. vol. II, p.389), parlando delle controindicazioni, afferma: "a tutt'oggi non ho trovato mai controindicazioni all'applicazione del metodo". Tuttavia Hoffmann (in: Manuale di T.A., p. 146): "una controindicazione assoluta riguarda le psicosi, perlomeno nelle forme schizoidi" e Bazzi T. - Giorda R. ( in: Il T.A. , p.62): "psicosi involutive, maniaco-depressiva, schizofrenica sono le indicazioni più problematiche e controverse, pur potendosi avere qualche modesto miglioramento". Ancora: Peresson L. (Psicoterapia autogena, p.212 sgg.): "Il T.A. è stato considerato dai più come una tecnica improponibile [nella psicosi involutive]. Più recentemente, ... [si è] rivalutato il T.A. anche per quanto riguarda la sua applicabilità in questo settore....Nelle psicosi maniaco-depressive...sembra che il T.A. non offra risultati apprezzabili...Possiamo [tuttavia] escludere controindicazioni...In pazienti ben allenati, le fasi maniaco depressive risultano meno intense, più facilmente sopportabili e più brevi.... L'opinione già espressa da Schultz nel 1932, secondo la quale il T.A. poteva essere utilizzato con successo 'anche nel trattamento di stati schizofrenici, sia in fase di remissione sia in fase acuta', è stata in questi ultimi anni confermata da varie esperienze cliniche" (ibid, p.218). Petziol (1976) ritiene il T.A. "una tecnica ottimale" per la riabilitazione del paziente psichiatrico. Ricordo ancora la posizione dei dott. Gastaldo e Ottobre, secondo cui "il T.A., purché applicato correttamente, cioè nella sua assoluta autogenicità...non presenta mai controindicazioni".

b) applicazione del T.A. di base in ambito non clinico con psicotici L'aggettivo "clinico" rimanda "alla diagnosi e al controllo della malattia" (Devoto-Oli). Più precisamente il metodo clinico, soprattutto in ambito psicologico, pone attenzione all'aspetto soggettivo. "Clinico" non si riferisce ad un obiettivo terapeutico, ma al "rapporto interpersonale, tipico della clinica, utilizzato come strumento di conoscenza" (Galimberti). L'ECAAT riserva l'appartenenza al settore clinico degli operatori di T.A. esclusivamente a psicologi e medici iscritti ai rispettivi albi professionali. Se nel 1° Congresso Internazionale di T.A., promosso dal CISSPAT a Campione d'Italia nel 1976, la distinzione era molto netta (ambito clinico = psicoterapia; ambito non clinico = tutto quello che non è a contatto con la malattia: sport, educazione, lavoro), oggi, anche con l'introduzione di nuove figure come il counselor, il cui intervento consiste nella relazione d'aiuto, la distinzione non è più così netta, e l'ECAAT definisce l'ambito di intervento del 1° settore non clinico quello di "situazioni di disagio esistenziale". Potrebbe essere interessante ridefinire questi ambiti. Può inoltre apparire una contraddizione in terminis proporre il T.A. di base in ambito non clinico a psicotici. Potrebbe anche apparire deontologicamente scorretto, da parte di chi (come me) non è medico o terapeuta, proporlo a psicotici, cioè a malati. Nell'esperienza in oggetto le persone erano seguite nella loro malattia da personale specializzato e costantemente, anzi, quotidianamente, monitorate. Io mi sono rivolta esclusivamente alla parte sana dei soggetti, prescindendo dalla malattia, pur non ignorandone l'esistenza, e del resto loro stessi si sono disposti verso di me presentandosi attraverso la loro parte sana, mettendo la patologia tra parentesi. Inoltre il mio status di volontaria, esterna all'istituzione, ha favorito l'instaurarsi di una comunicazione "non medicalizzata", all'infuori della dicotomia operatore = sano versus paziente = malato. E' allora possibile, restando in ambito non clinico, dunque escludendo diagnosi, interpretazioni, passi

riabilitativi, ecc, mettersi a contatto con malati in un ambito educativo e pedagogico, offrendo la possibilità di sviluppare competenze relazionali e migliorare le prestazioni psicologiche.

## **Il metodo**

Il Training è stato proposto nella forma di incontri individuali, di 30 – 45 minuti ciascuno. Ho preferito questa modalità a quella degli incontri collettivi, tenendo conto di alcuni elementi:

Le persone non erano regolari nella loro presenza, vuoi per loro instabilità, vuoi perché soggette a ricadute nella malattia ed a possibili ricoveri. Sarebbe pertanto risultato difficile procedere di pari passo con tutte.

Erano abituate ad attività in gruppo (laboratori di manualità, ginnastica, uscite collettive, ecc.) e desideravano incontri individuali, in cui si sentivano maggiormente accolte e oggetto di attenzione. Questa scelta mi consentiva una maggiore elasticità nell'adattamento ad esigenze individuali (tempi, eventuali formule di proponimento, ecc.)

## **Modificazioni e adattamento del T.A. classico**

Si è subito evidenziata la necessità di modificare le modalità canoniche di presentazione del T.A. Le modifiche hanno riguardato:

le modalità di esecuzione degli esercizi  
la ripetizione degli esercizi, a casa, tre volte al giorno  
l'ambiente  
la stesura dei protocolli

La corretta esecuzione degli esercizi prevede l'autogenicità degli stessi: questo è il punto irrinunciabile perché si possa parlare di T.A. Se gli anni '70 hanno visto il dibattito sull'induzione allo stato autogeno polarizzato soprattutto attorno alle posizioni di Granone e Wallnöfer, , oggi la maggioranza dei ricercatori (da Hoffmann a Masi) concordano sul fatto che sentir pronunciare le formule dall'operatore nelle prime sedute può essere di grande aiuto. I dottori Gastaldo o Ottobre sono forse i più attenti difensori della totale autogenicità, richiamando alla norma secondo cui i corsisti non devono mai sentire le formulazioni dalla voce dell'operatore (Il T.A. in quattro stadi, p. 32). Mi ero riproposta di presentare gli esercizi facendoli precedere da un rilassamento frazionato (alla Vogt) per predisporre a quell'atteggiamento psicofisico proprio del T.A. A quel punto, avrei introdotto le formule di Schultz, pronunciandole lentamente, e ripetendole 5 o 6 volte. Nelle intenzioni, questo è quanto sarebbe dovuto succedere unicamente nella prima, o al massimo nelle prime 2-3 sedute. In quelle successive, mi sarei limitata a spiegare gli esercizi, lasciando alle persone il compito di eseguirli, alla mia presenza. Mi sono invece trovata costretta a ripetere questo schema ogni volta, per tutte le formulazioni, su richiesta esplicita dei praticanti, che incontravano troppa difficoltà nel fare a meno della mia voce, e soprattutto, trovavano estremamente piacevole e rilassante in sé il solo abbandonarsi alle suggestioni. Consapevole del rischio di cadere in un intervento eterodiretto, contrario al principio di autogenicità e vicino a pratiche eteroipnotiche, ho tuttavia accettato di continuare, per non rinunciare del tutto alla possibilità di ottenere comunque dei benefici, e sostenuta in questa scelta dal precedente illustre dello Psychotraining di Peresson ( cfr. op. cit. p.301). Tutti – chi più chi meno - hanno progressivamente sviluppato la capacità di verbalizzare i vissuti fisici e psichici provati durante gli incontri, tutti hanno sviluppato capacità di accettazione passiva, di "lasciar

accadere” e tutti hanno sperimentato la sensazione che “qualcosa stava accadendo”, e che “accadeva da sola”. Mi sembra che questo si possa considerare come il conseguimento dell’autogenicità e questa esperienza sia stata qualcosa di più che non un semplice rilassamento. Per quanto riguarda la ripetizione degli esercizi a casa, ho ricevuto risposte diverse: qualcuno (E.) mi ha da subito dichiarato che intendeva praticare solo al Centro, come se gli esercizi a casa fossero un’inconvenienza sgradevole, altri (la maggioranza) si sono dichiarati disponibili, ma poi non hanno mantenuto l’impegno. Tuttavia in momenti particolari, ad es. di maggiore difficoltà, o davanti ad un imprevisto che generava ansia o irritazione, tutti, ognuno a modo proprio, hanno cercato, al di fuori delle sedute al Centro, di ricordare quello che avevano sperimentato e di recuperare lo stato psichico provato. Uno solo (F.) ha sempre, quotidianamente, ripetuto il T.A. da solo. Mi sembra che questo risultato sia la migliore conferma del raggiungimento dell’autonomia, che è un fondamento del T.A. : pur nei limiti citati, si è consentito ai partecipanti di apprendere il metodo ed acquisire quegli strumenti per praticarlo da soli. Anche l’ambiente ha subito modifiche rispetto a quello canonico: nel Centro Diurno non esisteva una stanza in cui non arrivassero i rumori esterni (sbattimento di porte, toni di voce spesso molto elevati, squilli del telefono), gli odori (di cucina, di medicinali), le luci (non c’erano tende oscuranti); non c’erano poltrone comode con spalliera e braccioli (l’unica con poggiatesta collassava appena ci si sedeva); ci si è dovuti giocare forza accontentare. Devo dire che, tolte le prime difficoltà iniziali, tutti si sono straordinariamente adattati, non sussultando più quando qualcuno entrava improvvisamente, e continuando gli esercizi mantenendo la concentrazione. Per quanto attiene alla stesura dei protocolli, all’inizio ho cercato di ottenere questo impegno da parte di tutti. Non ho mai avuto un netto rifiuto, salvo poi, all’incontro successivo, dirmi di non aver avuto tempo, o voglia, o addirittura “aver dimenticato a casa il quaderno”, dimostrandomi come, contro le mie intenzioni, la stesura dei protocolli fosse stata da me evidentemente presentata come una sorta di “compito a casa” anziché un’occasione di approfondimento. Due sole persone hanno risposto con zelo, ma nel primo caso il contenuto esulava totalmente da quanto richiesto, e nel secondo caso era stata prodotta una mole impressionante di pagine, senza alcuna punteggiatura (una sorta di stream of consciousness alla Joyce) in cui l’autrice parlava di sé ora in prima ora in terza persona, dando voce a quella che chiamava la sua “sosia”: documenti certamente molto interessanti per lo studio della patologia, ma non per me, che non ho più insistito per averli. Poiché però mi venivano portati con molto impegno, li ho sempre accettati con parole di apprezzamento.

## **Accoglienza del T.A. e vissuto presso i pazienti**

Nessuno dei pazienti sapeva bene, prima di iniziare, cosa fosse il T.A. Per qualcuno il termine, invero un po’ ostico, di “training” è diventato il più familiare “trekking”, per cui si parlava, tra la sorpresa degli operatori, di “andare a fare trekking”. Per altri il termine richiamava l’idea, piuttosto vaga, di qualcosa che sembrava interessante, da cui il desiderio-richiesta di accedervi. Gli operatori riferivano che i pazienti, pur dimostrando desiderio e attesa, non ne parlavano molto all’esterno, dando solo vaghe descrizioni. Qualcuno ha parlato di “una specie di ginnastica”. Tutti concordavano nel dire, al termine degli incontri, di sentirsi meglio e di essere contenti dell’opportunità data loro. Spontaneamente, ne hanno parlato con altri pazienti, invitandoli a richiedere di essere ammessi al T.A., per cui si è creata una sorta di lunga “lista d’attesa” di utenti del Centro che hanno espresso il desiderio di inserire il T.A. nel loro programma. Lo hanno persino consigliato agli operatori, particolarmente ad alcune infermiere, dicendo loro che “ne avevano proprio bisogno e gli avrebbe certamente fatto bene”. Una paziente ha detto di insegnarlo, a casa, alla figlia e al marito.

## **Risultati**

Tutte le persone hanno detto di sentirsi bene durante gli incontri. Una ha migliorato notevolmente il sonno. Due hanno parlato di migliorate relazioni familiari, maggiore calma durante la settimana e diminuzione dell'irritabilità. Gli operatori sono stati concordi nel rilevare assenza di reazioni terapeutiche negative, elevato livello di gradimento, assenza di modificazioni comportamentali significative, tranne in un caso, in cui il T.A. è stata l'unica attività proposta seguita con regolarità.

## **Considerazioni conclusive**

Cosa resta, dunque, del metodo originario e soprattutto dei suoi benefici? E ancora: è proprio inevitabile modificare il T.A. con psicotici, oppure è più corretto rinunciarvi del tutto, ricorrendo magari ad altre tecniche? (un esplicito rilassamento, ad esempio?) Penso che – come insegnato da illustri maestri – debba essere la tecnica ad adattarsi alla persona, e non viceversa; che i principi fondamentali del T.A. non siano stati travisati; che l'esperienza della commutazione sia stata realizzata, riconosciuta, e appresa la modalità per ripeterla autonomamente.

*prof. Maria Bagnis, Ranzanico (Bg), operatrice in Training Autogeno di base in ambito non clinico, counselor 333 6564510*