

Zeitschrift: Gioventù e sport : rivista d'educazione sportiva della Scuola federale di ginnastica e sport Macolin

Herausgeber: Scuola federale di ginnastica e sport Macolin

Band: 33 (1976)

Heft: 6

Rubrik: Ricerca, Allenamento, Gara : complemento didattico della rivista della SFGS per lo sport di competizione

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Il training autogeno come terapia

Boris Luban-Plozza

NdR Il termine «Training autogeno» ricorre spesso nello sport. È diventato ormai un importante additivo nella preparazione degli atleti, soprattutto di quelli la cui prestazione dipende molto dalla concentrazione, dall'autocontrollo e dalla sicurezza dei movimenti. Ma il Training autogeno ha molti campi d'applicazione: nel campo del lavoro, nell'educazione e nel settore clinico. Di quest'ultimo presentiamo una relazione del prof. dr. Boris Luban-Plozza (che ha partecipato al recente primo congresso internazionale di Training Autogeno applicato di Campione d'Italia), una relazione che speriamo possa permettere al lettore di avvicinarsi a questo particolare settore della scienza medica. (ADA)

Oggi si riconosce unanimemente che nei malati psicosomatici l'implicazione della sfera affettiva è notevole. Ogni situazione conflittuale, conscia o inconscia, viene «vissuta» dal corpo ed è il corpo che mostra di risentire di particolari situazioni che disturbano l'emotività del soggetto. Infatti «i centri superiori del sistema neurovegetativo hanno sede nelle stesse strutture che presiedono all'emotività» (Cazullo).

Tra il fenomeno psichico e la sua risposta organica interferiscono complessi meccanismi umorali estrinsecanti sia attraverso i mediatori chimici, centrali e periferici, sia attraverso l'interdipendenza presente all'interno del sistema endocrino. Detti meccanismi, pur essendo automatici, sono controllabili. È assodato che lo stato emotivo e il tono affettivo sono in grado di produrre modificazioni nel tono neurovegetativo e in quello muscolare fino a renderli piacevoli per un verso, invece per il verso opposto possono provocare una sofferenza, una malattia.

Siamo convinti, per la forza dell'unità psicofisica presente nell'uomo, che anche il tono muscolare e quello neurovegetativo possono modificare, in senso favorevole se si interviene adeguatamente, il tono affettivo e lo stato emotivo del paziente.

In effetti la padronanza del tono affettivo e delle sue ripercussioni sul sistema neurovegetativo e sul tono muscolare, costituisce un importante aspetto della personalità, che si manifesta nei rapporti interpersonali, ma che agisce anche sugli equilibri intrapsichici.

In base a queste semplici considerazioni è facile capire l'utilità delle tecniche di distensione o di rilassamento adottate in alcuni metodi psicoterapici che si basano sulla necessità di agire simultaneamente e progressivamente sul tono muscolare, neurovegetativo ed affettivo del soggetto. Ottenendo una modificazione della componente affettiva per mezzo di particolari esercizi di concentrazione mentale passiva si tende a raggiungere parallelamente uno stato di distensione psichica e fisica.

Detti metodi costituiscono una forma di «primo soccorso» applicabile a pazienti portatori di disturbi psicosomatici e della sfera emotiva.

L'importanza di tali metodi è riconosciuta da un numero crescente di specialisti e anche di medici generici che vi fanno ricorso e ne sperimentano l'utilità pratica.

Oggi più che mai, dato il ritmo della vita moderna, sussiste la necessità di educarci ad un giusto ritmo tra la tensione ed il rilassamento. Tutti conosciamo le preoccupazioni per gli impegni della giornata e anche per il lavoro non terminato, tanto che troppo spesso ce le ritroviamo nel sonno agitato e nei sogni disturbanti.

Allentare la tensione, già durante la giornata, attraverso il rilassamento psicofisico, dovrebbe permettere di lavorare meglio e quindi di dormire meglio.

Per quanto riguarda le indicazioni possiamo dire che le tecniche di distensione sono elettive per i disturbi funzionali e psicosomatici su base neurodistonica. Come esempio vengono citate forme di tachicardia ed extrasistolia, cefalee psicosomatiche, gastroduodeniti e coliti spastiche, discinesie delle vie biliari, alcuni tipi di asma bronchiale, di «stanchezza nervosa», di balbuzie e soprattutto l'insonnia.

Il Training Autogeno (T.A.), come ginnastica psicofisica, si prefigge due finalità essenziali: 1) l'accrescimento di capacità vitali (rendimento, autocontrollo, recupero di energia, ecc.); 2) l'allentamento di disturbi quali le alterazioni del sonno, l'esagerata risonanza emotiva, l'alta sensibilità al dolore, ecc.

Bisogna comunque precisare che in queste indicazioni non viene necessariamente preclusa la prescrizione di psicofarmaci, perché le tecniche di rilassamento non escludono altri interventi, ma vogliono solo rappresentare un valido mezzo terapeutico che permette al paziente un'attiva presa di posizione sia di fronte al sintomo che di fronte alla tecnica e gli consente un impegno di collaborazione col medico sul piano della cura.

Pensiamo che la terapia dei disturbi psicosomatici passa inevitabilmente attraverso la relazione medico-paziente. Il tipo di questa relazione, le modalità della sua estrinsecazione, l'intensità emotiva che vi è implicata, il tempo e lo spazio in cui viene vissuta, sono alcuni parametri indicativi della sua positività e della sua negatività per ciascuno dei membri della relazione, singolarmente considerati o come diade.

In questa relazione la prescrizione della cura è poi sempre un momento privilegiato e non può non suscitare interrogativi che mettono in discussione sia la persona del medico sia quella del paziente.

Questo è tanto più vero se consideriamo che il medico, consciamente o inconsciamente, fra le altre cose, prescrive anche se stesso. Balint ci ha dimostrato e l'esperienza ce l'ha confermato, che il medico può imparare a prescrivere se stesso in misura, modi e tempi adatti ad ogni singolo paziente.

Sorge una domanda interessante: è possibile insegnare al paziente a prescrivere a se stesso il suo corpo, nel senso del mantenimento e del ripristino di un soddisfacente equilibrio psicofisico, e nel senso della migliore utilizzazione delle sue potenzialità?

Il T.A. e altre tecniche derivate sembrano darci una risposta positiva a questa domanda, tanto è vero che il T.A. si espande come una moda, ma non vorremmo che esso passasse come una moda, né che se ne faccia l'uso di un oggetto di moda.

Vogliamo dire che il T.A., pur avendo tantissime applicazioni nettamente positive, presenta anche dei pericoli, almeno per quello che riguarda un suo uso indiscriminato.

Intanto si può dire che il T.A. è un metodo essenzialmente sintomatico e che quindi non gli si possono attribuire poteri terapeutici che non ha, anche se è vero che è un metodo elastico che permette cambiamenti e libertà di movimento.

Se il T.A. è un metodo sintomatico, può portare alla modificazione della «corazza del paziente», la «corazza del falso sé».

In particolare questo si verifica con i pazienti che non possono permettersi di apparire nella loro personalità come veramente sono. Sono i pazienti del «come se...» (Felix Deutsch).

Inoltre il T.A. è centrato sul paziente e non sul suo rapporto col medico. Il medico funge da catalizzatore, di-

venta lettore di vissuti, osservatore e registratore di modificazioni toniche.

Per tutti questi motivi il T.A. non sembra facilitare la relazione medico-paziente, ma può addirittura allontanare il paziente dal medico, con tutte le conseguenze del caso, a partire dalle situazioni di angoscia che può generare in alcuni pazienti.

Sotto questo aspetto si può dire che se il T.A. non va bene in assoluto per tutti i soggetti, altrettanto vale per gli operatori che prescrivono il T.A. Certamente non tutti gli operatori possono fare il T.A. con tutti i possibili utenti indiscriminatamente. Nel campo della psicosomatica ciò è particolarmente vero.

Si ripresenta il problema delle indicazioni al rilassamento col metodo del T.A. e nasce quello della formazione del rilassatore. In definitiva il nodo sta nell'opportunità o nell'irrilevanza di analizzare i vissuti profondi del paziente in rilassamento, nell'uso che si fa del silenzio nel corso della seduta, nel significato che si vuol dare al controllo fisico del tono muscolare del paziente e di quanto è legato alla comunicazione corporea e a quella verbale.

Per quanto riguarda la formazione del rilassatore, e dello psicoterapeuta in particolare, sembra ormai indiscutibile la necessità che egli faccia personalmente l'esperienza del «rilassato» e sia disposto a lasciarsi coinvolgere completamente in una situazione più terapeutica che didattica.

Solo così sembra possibile usare il T.A. per migliorare profondamente la relazione col paziente, in quanto si è modificata nell'operatore la maniera di percepire l'altro. L'apprendimento delle varie tecniche di rilassamento, dopo l'esperienza personale di rilassato, diventa utile all'operatore, sempre che ci si mantenga nel campo delle competenze acquisite e non si facciano quindi abusi di interventi psicologizzanti o psicoanalizzanti, quando non se ne possiede un adeguato training specifico.

La terapia non è mai informazione o istruzione sui meccanismi psicologici, psicoanalitici o psicosomatici, è caso mai centramento sulle modificazioni dei vissuti corporei e di quelli fantasmatici che portano il paziente a sentirsi come egli è e successivamente a modificarsi secondo il suo desiderio.

Con queste osservazioni siamo arrivati alla necessità di rilevare le differenze che esistono tra il T.A. e altre tecniche, in particolare quelle di ispirazione psicoanalitica, che offrono nuove modalità e nuove aperture all'utilizzazione del T.A. in psicoterapia.

Le scuole parigina e ginevrina hanno approfondito con particolare attenzione gli studi in questo senso.

Vediamo prima alcune osservazioni espresse dalla scuola parigina.

Reverchon si è soffermato sulle modificazioni psico-affettive che si verificano nel soggetto in rilassamento ottenuto con il T.A. di **Schultz** e si è chiesto in quale modo e in quale misura il rapporto tra il soggetto rilassato e i suoi vissuti corporei potesse essere un mezzo di ristrutturazione terapeutica. Le sedute necessarie alla realizzazione del T.A. per le regole, la successione e le modalità richieste, possono portare anche all'instaurarsi di un soddisfacente rapporto psicoterapico in quanto l'induzione formulata dal terapeuta costituisce una base immaginativa a livello verbale. Questo metodo, oltre che alla parola, dà particolare importanza anche al potere evocativo del silenzio. Così il vissuto corporeo viene intriso di contenuti emotivo-affettivi che risultano particolarmente preziosi nell'analisi delle verbalizzazioni che il soggetto in trattamento offre al terapeuta.

J.J. Prevost ha fatto esplicite considerazioni sul «toccare in rilassamento». Le posizioni storiche su questo tema vanno dalla definizione del toccare come puro atto medico svuotato di ogni significato psicologico (**Grossman**), all'affermazione di **de Ajuriaguerra** come «dialogo tonico», fino alla sua attuale comprensione come comunicazione profonda nella «relaxation» (**Sapir**). Date le persistenti resistenze all'atto del toccare, l'autore sottolinea come sia importante evidenziare ed analizzare il contro-transfert del terapeuta per farne adeguato uso in psicoterapia.

Lo stesso autore ha chiamato questa terapia «totale» in quanto psicosomatica e perché facilita una diretta comprensione dei disturbi psicosomatici.

R. Philibert dice che, nel saggiare le interpretazioni, il terapeuta si rende conto dei limiti prudenziali ai quali deve attenersi e delle frustrazioni che questi limiti provocano. Nel processo terapeutico egli osserva fasi alterne di positive comunicazioni e di resistenze alla regressione e al cambiamento. Secondo questo autore, il terapeuta sentito presente e la percezione dei vissuti corporei, permetterebbero al paziente una «reintegrazione senza destrutturazione». Pensiamo però che si debba discutere se sia possibile la regressione senza destrutturazione, anche se è vero che il rilassamento consente recuperi veloci, prima ricercati e poi automatizzati, il che favorisce un rinforzo dell'io.

Cornier sottolinea l'importanza di saper rilevare le preferenze di comunicazione che il paziente usa attraverso il suo corpo e attraverso la parola. L'autore richiama il terapeuta al significato dei vissuti del paziente nel «hic et nunc» della seduta e afferma che la terapia di rilassamento ha il vantaggio di riunire le tecniche somatizzanti e quelle psicologizzanti in un metodo armonico che aiuta il corpo a tradursi in parola e la parola a ritornare corpo.

Carnet-Palaysi scrive che la prescrizione di un rilassamento si fa in base ad una pluralità di elementi che riguardano la natura del disturbo, la personalità del malato, il fine che si vuole perseguire e anche le motivazioni conscie e inconscie del medico.

Questo autore afferma che il rilassamento può provocare angoscia, ma che ne permette l'elaborazione attraverso la presenza maternale del terapeuta preparato.

Sapir mette l'accento sull'importanza della parola inducente del terapeuta che parte dalle proprie esperienze corporee, e sull'attenzione da porre alla parola del paziente che esprime i propri vissuti provenienti dal corpo rilassato, associando ricordi, desideri e paure. Ciò favorisce l'elaborazione di fantasmi tramite le simbologie verbali permettendo così l'integrazione tra parola e corpo, allontanando il pericolo della loro dissociazione. Per favorire tali risultati il terapeuta analizza la relazione di transfert e le resistenze che si instaurano prima, durante e dopo il rilassamento. Il desiderio del rilassatore sarebbe quello di far sentire al soggetto il suo corpo diversamente che in medicina, cioè come malato; diversamente che nello stato di salute, cioè come indifferente; diversamente che in psicoanalisi, in cui è fantasmaticizzato più che vissuto. Per questo metodo di rilassamento Sapir propone la coppia terapeutica (uomo e donna) per facilitare nel paziente anche la estrinsecazione di fantasie sulla «scena primaria» e sulla coppia parentale.

Altro elemento importante di questo metodo è la ricercata e variata ambiguità degli stimoli verbali diretti al paziente per favorirgli una maggiore ricchezza e spontaneità espressiva. Il toccamento poi controlla sì il grado di rilassa-

(cont. a pag. 134)

Niki Stajkovic

(Austria)

Campionati europei giovanili

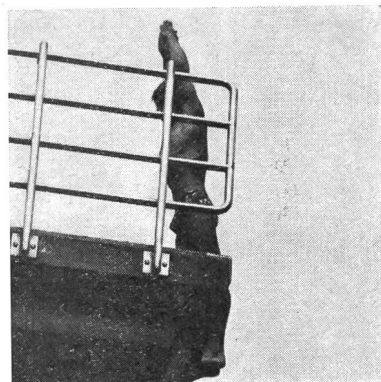
Ginevra - agosto 1975

La fotosequenza illustra l'ottima esecuzione del tuffo 403 B del giovane austriaco Niki Stajkovic, dalla piattaforma dei 10 m.

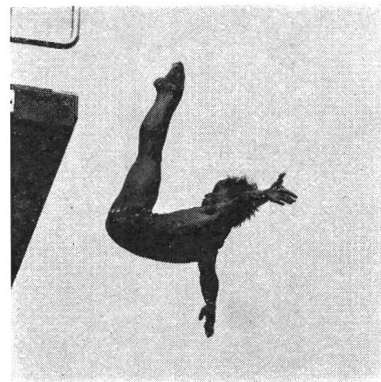
All'inizio della spinta (2) le anche si alzano obliquamente in alto mentre le mani si abbassano lateralmente; l'immagine può ingannare: non c'è infatti nessuna caduta indietro. Inizia il primo quarto di rotazione in posizione carpiata chiusa (3), la testa rimane nella sua normale posizione e non viene premuta contro il petto.

La posizione rimane invariata fino a metà rotazione (4), solo la testa si sposta leggermente in avanti oltre la linea delle spalle.

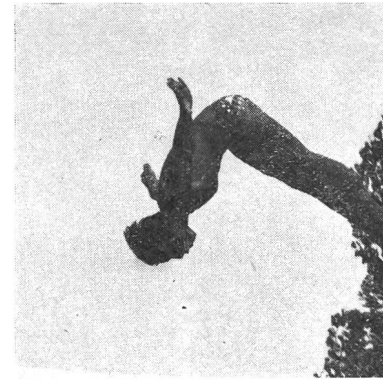
A questo punto il tuffatore austriaco prepara l'entrata in ac-



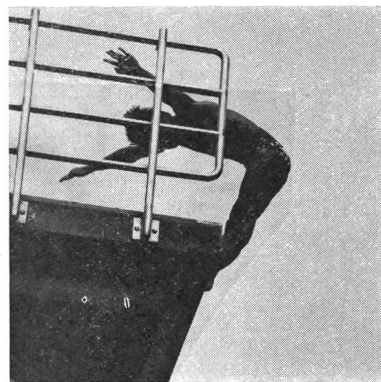
1



6



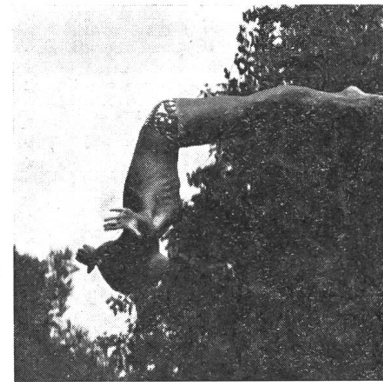
11



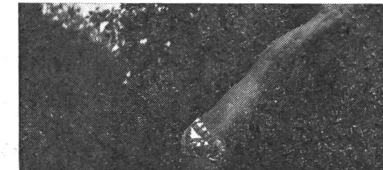
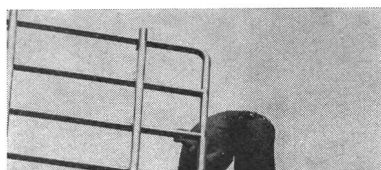
2



7



12



qua (5). Il corpo si apre a 45° e ciò permette di controllare meglio il proseguimento della rotazione (da notare che il tuffatore si trova sempre all'altezza della piattaforma). La posizione del corpo (carpiato a 45°) resta invariata anche nell'epilogo della rotazione mentre che la linea di caduta si fa più pronunciata (6/7). Il corpo si chiude nuovamente mentre il tuffatore cerca il punto d'entrata in acqua (8) sul quale manterrà fisso lo sguardo (9).

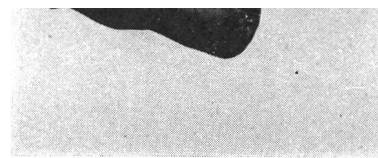
«Appoggiandosi» al blocco irrigidito composto di testa-spalle-tronco, le gambe salgono alla posizione verticale. L'apertura avviene in modo armonico e progressivo (10/11/12).

Le braccia, fino a quel momento rimaste nella posizione iniziale, si chiudono perpendicolarmente alla parte superiore del corpo (13); eccellente la posizione della testa di Stajkovic.

Al momento dell'entrata in acqua, lo sguardo è rivolto sulle mani, il corpo completamente verticale e la muscolatura contratta (14).



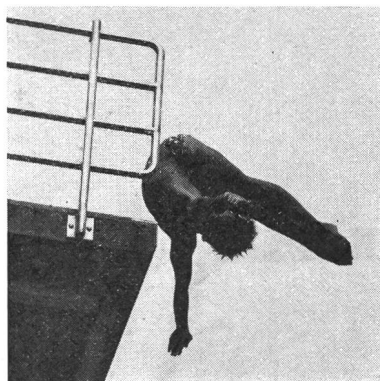
3



8



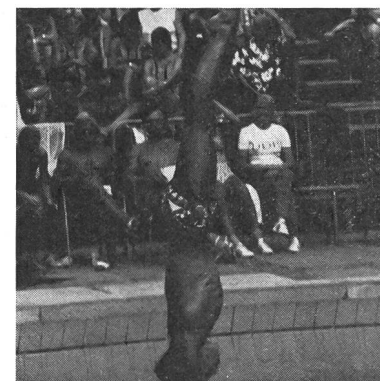
13



4



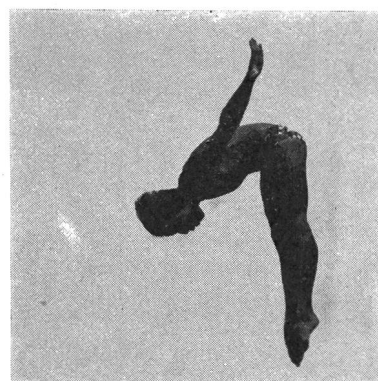
9



14



5



10

403 B **Salto mortale e mezzo** **ritornato carpiato**

dalla piattaforma di 10 m

Commento: Sandro Rossi

Foto: Hugo Lörtscher

(cont. da pag. 131)

mento, ma induce inevitabilmente una molteplicità di sensazioni corporee profonde che vengono elaborate.

La scuola ginevrina fa capo a **de Ajuriaguerra**. Egli con i suoi collaboratori ha portato avanti gli studi sul «dialogo tonico» che definisce sia la relazione medico-paziente, sia quella che il paziente ha con se stesso e il proprio «vissuto tonico».

Particolare importanza viene data anche da questa scuola alla situazione transferale che insorge nelle terapie di rilassamento e che si manifesta nelle concrete reazioni corporee oltre che in quelle verbali. Vengono pure confermate possibili reazioni d'angoscia con disturbi dello schema corporeo (parestesie, paratomie, senso di aumento del volume degli arti, ecc.) e in certi casi anche leggeri fenomeni di depersonalizzazione e derealizzazione. Per questi motivi viene caldamente raccomandato che il terapeuta che applichi queste terapie di rilassamento su malati nevrotici abbia una formazione su base analitica.

Il metodo di **de Ajuriaguerra**, come del resto quello di **Schultz**, può essere applicato anche su bambini dai 10 anni circa. L'autore poi sottolinea il fatto, importantissimo ai fini del trattamento, che adottando la terapia di rilassamento non è necessario convincere preventivamente il paziente dell'origine psichica dei suoi disturbi.

Il flusso ideatorio che nasce dalla concentrazione mentale passiva e che viene stimolato dai toccamenti e dalle induzioni verbali del terapeuta, agisce direttamente sul tono muscolare e porta ad una sincronizzazione tra il «vissuto» psicologico e la «gestalt» tonica, favorendo il riequilibrio psicofisico.

Queste ci sembrano alcune linee di ricerca portate avanti dalle scuole parigina e ginevrina, che ci confermano la necessità di considerare il T.A. come una metodologia di vaste aperture, ma anche carica di rischi che, qualora si verificassero, ricadrebbero sul paziente e ne condizionerebbero pesantemente lo sviluppo terapeutico.

Altrettanto importante ci sembra difendere il rilassamento, in quanto processo terapeutico di primaria importanza e in quanto pieno di complessi problemi medici, psicologici e psichiatrici, dalla sua utilizzazione abusiva di operatori impreparati che non si rendono conto della sua importanza e rischiano di considerarlo come facile panacea.

Questo sembra tanto più evidente se si considera la vasta problematica riguardante la psicotonica del rilassamento nelle fasi della manipolazione e della mobilitazione (**de Ajuriaguerra**). L'esercizio della manipolazione può diventare veicolo attraverso il quale lasciarsi «contaminare dall'altro» e attraverso il quale far passare la comunicazione immaginativa del corpo.

Rimane ancora aperto il discorso sull'analisi differenziale di come e quanto si possa utilizzare ciò che proviene dal rilassamento e ciò che proviene dal dialogo tonico.

Possiamo affermare che va comunque cercata un'applicazione differenziata del T.A. e dei vari aspetti e momenti del rilassamento sia in relazione alla situazione globale del paziente, sia in relazione alla preparazione, alla formazione e alla personalità del terapeuta.

C'è da prendere in considerazione l'applicazione del T.A. su particolari pazienti psicosomatici e il suo apprendimento in gruppo.

Il T.A. in apprendimento di gruppo viene certamente vivacizzato. I vantaggi della terapia dei disturbi psicosomatici con il T.A. attraverso sedute di apprendimento in gruppo sono noti in sede pratica e ai fini dell'apprendimento e della terapia.

Tuttavia accade con una certa frequenza di incontrare pazienti che presentano una duplice difficoltà:

1. difficoltà di comunicazione: il paziente si è creato una propria opinione circa la genesi dei disturbi e non vuole modificarla; oppure è diffidente di fronte alle richieste del medico o si limita all'attesa passiva (alquanto magica) della cura e della guarigione; o non si rende conto del significato del sintomo che viene a proporre;
2. difficoltà di apprendimento: il paziente non considera il T.A. come «far qualcosa» per eliminare i propri disturbi; o è poco propenso ad impegnarsi in questo passaggio attraverso il proprio corpo.

Ciò è tanto più frequente in pazienti che giungono a noi per vie traverse o come tappa di precedenti e deludenti itinerari (proviamo anche questo) e quindi con una lunga e sfiduciata esperienza di visite ed esami («medicina muta»).

Tutto questo costituisce un evidente ostacolo sia al dialogo e al colloquio, che rimangono l'indispensabile approccio per stabilire la relazione empatica, sia alla necessità di fare emergere i vissuti del paziente. In questi casi, dove la comunicazione verbale si rivela insufficiente o inadeguata a superare le difficoltà, anche quando si sono impiegati i mezzi classici, quali il visitare e il toccare il paziente, appare necessario trovare un modo per mobilitare la comunicazione. È necessario inoltre che il paziente sia stimolato dall'interno e venga rispettata la sua autonomia affinché il T.A. rimanga essenzialmente autogeno.

Elemento fondamentale di questa nuova esperienza può diventare il **silenzio** che, in sostanza, opera un'apertura delle comunicazioni autogene indotte dal training sia sul piano fisico che su quello psicologico, stimando il bisogno di comunicazione. In realtà si comunica con la parola, ma essa nasce spesso dal silenzio. Il silenzio sembra consentire un ascolto diverso di se stessi, quasi un riconoscimento oggettivo di ciò che viene avvertito soggettivamente o che soggettivamente viene scotomizzato.

Sulla base di queste considerazioni, in casi nei quali è risultato difficile il primo colloquio e le difficoltà persistono, è stata adottata da **U. Pozzi** l'introduzione del silenzio durante le sedute di apprendimento del T.A., inizialmente a livello individuale e successivamente in gruppo. In sostanza, anziché insistere nel sollecitare le impressioni ed i vissuti del paziente al termine dell'esercizio e prima della ripresa tonica, viene inserito molto semplicemente un suggerimento di silenzio: «Ora cerchiamo di tacere insieme per qualche minuto e ascoltiamo ciò che questa esperienza ci suggerisce, poi ce lo diremo, se vorrà». L'intervallo di silenzio è valutato secondo il caso, in media 4-5 minuti, dopo di che viene suggerita la ripresa tonica chiedendo successivamente al paziente che cosa si sente di dire. Si tratta di utilizzare in termini più espliciti e più specificatamente applicati, le dinamiche che **Moser** definiva «nodi affettivi» riferendosi alle pause del discorso psicosomatico, quando medico e paziente si esaminano e si valutano a vicenda, perché quelle pause rappresentano per se stesse una comunicazione e avviano un dialogo infraverbale.

Che la comunicazione si mobiliti è dimostrato dagli effetti che in generale si riscontrano e cioè:

1. il paziente sente il bisogno di chiedere il motivo del silenzio e di commentarlo;

2. ciò facendo finisce per riferire sensazioni, impressioni o fantasie di cui si rende conto;
3. questo lo rende «attivo», cioè gli mostra che sta facendo qualcosa con se stesso e per se stesso;
4. nelle sedute successive migliora progressivamente anche il riferimento alle esperienze effettuate nell'intervallo di tempo tra le sedute;
5. i vissuti dei singoli passaggi di training risultano meglio percepiti ed elaborati e la loro descrizione risulta progressivamente più completa e precisa, ma anche meglio riferita all'intera situazione del paziente.

Si tratta evidentemente di effetti piuttosto positivi che favoriscono l'inserimento del soggetto in un gruppo e ne migliorano la partecipazione emotiva, l'elaborazione dei vissuti per l'allargamento degli scambi e delle comunicazioni che corrono all'interno del gruppo stesso.

Verosimilmente, questi effetti sono da attribuirsi non soltanto al silenzio di per se stesso, ma anche alle condizioni in cui esso avviene, cioè: 1) la formula usata per invitare al silenzio deve essere piuttosto permissiva; 2) il silenzio deve venire introdotto lasciando chiaramente intendere che sia insieme una compartecipazione del terapeuta e l'avvio di una comunicazione. Così il paziente si sente in una condizione più concreta di protagonista attivo, per cui gli nasce un desiderio di autoosservazione e comprende che dipende soltanto da lui scegliere se utilizzare o no di comunicare i suoi vissuti: utilizzare significa accogliere l'offerta e quindi aiutarsi, non utilizzare significa rifiutare il bisogno di guarigione. Il paziente in atteggiamento autocritico positivo, scopre la possibilità di operare attivamente per la propria guarigione. Il paziente sperimenta anche un nuovo tipo di rapporto, non più basato sulla dipendenza, dove il medico è uguale a sapere-potere-gua-

rigione, ma diviene un rapporto triangolare dove sapere-potere-guarigione sono qualcosa che medico e paziente manipolano insieme. Questo ci sembra il significato e la sostanza del T.A., che non può e non vuole essere una informazione o una comunicazione forzata, ma una conoscenza diretta nella quale il medico sta al fianco del paziente che si aiuta da sé. A questo punto rimane da accennare ad un solo rischio calcolato: il pericolo che il periodo di silenzio possa diventare per il paziente eccessivamente ansiogeno, determinando una reazione controproducente. A nostro avviso ciò viene preannunciato, sia dalle condizioni nelle quali esso avviene e che gli fanno assumere un significato e un'attesa motivati.

Ci sembra che questa metodologia di T.A. ne confermi l'utilità e la manovrabilità in terapia psicosomatica, ma ne allarghi anche le possibilità e i termini di impiego in condizioni ritenute difficili.

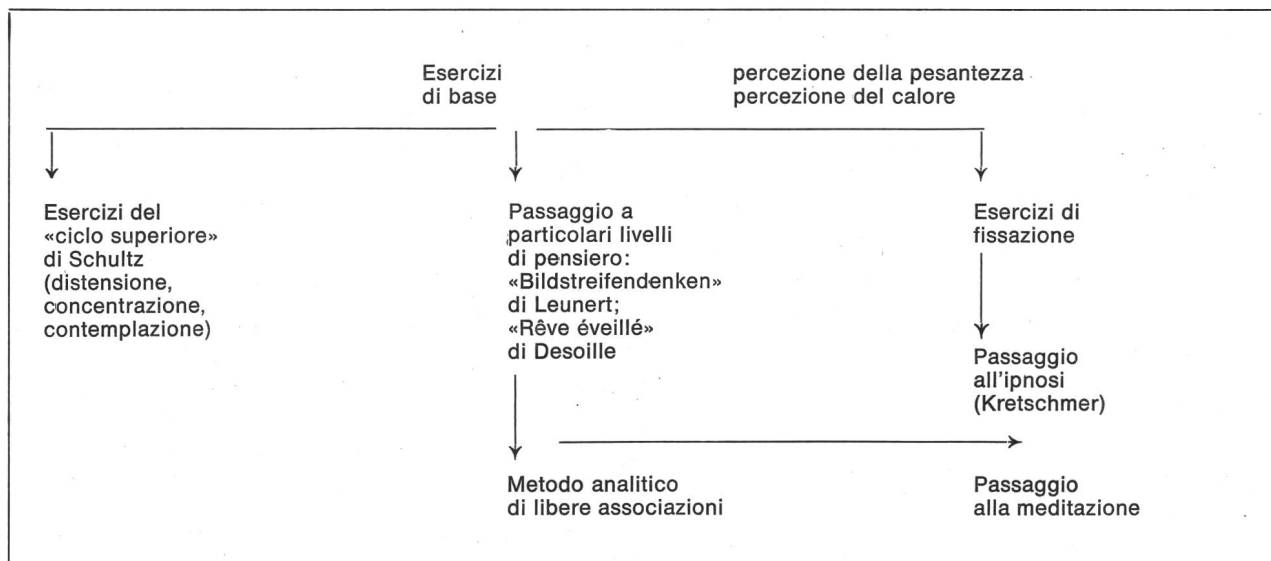
Dalle tecniche e ricerche descritte nascono vari interrogativi. D'altra parte Paul Valéry afferma che «le cerveau d'un médecin est un bouillon de culture pour points d'interrogation». Primo fra questi ed anche il più appassionante è quello che scaturisce dall'intimo meccanismo del rilassamento. Fino a che punto la sensazione soggettiva è avvalorata dalla constatazione oggettiva? A tanto arriva l'attività del pensiero? Quale è la sua estensione e quali i suoi limiti?

Come esemplificazione alleghiamo uno schema sulle possibili combinazioni dei metodi di distensione. Come risulta da questo schema (Kretschmer, modificato), dagli esercizi di base è possibile il passaggio a livelli più completi e più profondi.

Possiamo quindi dire che le problematiche poste dal T.A. richiedono ancora approfonditi studi.

SCHEMA DI POSSIBILI COMBINAZIONI DEI METODI DI RILASSAMENTO

(Kretschmer modificato)



Bibliografia: presso l'Autore.