

AGGIORNAMENTI

a cura di Massimo Biondi

Riabilitazione respiratoria: la lampada di Aladino

Respiratory rehabilitation: the Aladdin's lamp

G. MARCIANO*, C. PIZZI**

Parole chiave: respirazione, riabilitazione respiratoria, narcisismo
Key words: respiration, respiration rehabilitation, narcissism

“Dio soffiò nelle sue narici un alito di vita” (Genesi)

INTRODUZIONE

Il fatto che sia psicologi che terapisti della riabilitazione si occupino, gli uni indipendentemente dagli altri, della respirazione, è prova eloquente che questo processo vitale racchiude in sé molteplici livelli, situati all'interno di un continuum che spazia dal piano fisiologico a quello psichico, dal dato meccanico all'esperienza esistenziale. La consapevolezza, sostanziata a livello teorico dal modello psicofisiologico di Ruggieri (1, 2), che

questi livelli sono parti integranti di un medesimo processo, ha reso possibile l'esperienza descritta in questo articolo.

LA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

L'obiettivo terapeutico, nella riabilitazione respiratoria, è quello di far raggiungere al paziente il più alto grado di capacità funzionale consentito dalla patologia o dall'handicap esistente. La formazione del TdR¹ è volta all'apprendi-

* Psicologo, psicoterapeuta USL RM/F, Settore Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva
Cattedra di Psicofisiologia Clinica, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi “La Sapienza”, Roma

** Terapista della Riabilitazione Respiratoria, Azienda Ospedaliera Carlo Forlanini, Roma

¹ Si fa riferimento ai TdR (Terapisti della Riabilitazione Respiratoria) del Reparto di Fisiopatologia Respiratoria dell'Ospedale Forlanini di Roma (primario: Prof. G. Cardaci, aiuto: Dott. De Carlo – dati riferiti all'anno 1993, n.d.a.)

mento di tecniche, per lo più di manipolazione, capaci di agire sulla dinamica respiratoria, con tutto ciò che essa concerne a livello muscolare. È naturale dunque che il TdR sia portato ad isolare, all'interno del complesso processo della respirazione, il livello che abbiamo chiamato "meccanico". Questa operazione, incoraggiata dalla cultura scientifica dominante, naturalmente può vantare i suoi successi. Tuttavia, parafrasando Freud, si assiste ad un "ritorno del rimosso", laddove il TdR è esposto ad una serie di fenomeni che possono essere spiegati e gestiti unicamente ammettendo, nel proprio immaginario scientifico, una focale sulla respirazione più ampia, che abbracci anche i livelli di integrazione superiori a quello puramente fisiologico-meccanico.

Si tratta di fenomeni (fra breve ne discuteremo) che pur non appartenendo all'ambito fisiologico influenzano profondamente, direttamente o indirettamente, anche la meccanica respiratoria.

È questa l'evidenza che ha avvicinato i TdR alla psicologia: la riabilitazione evoca dinamiche che apparentemente non hanno nulla a che fare con essa, eppure questi aspetti del trattamento, che potremmo definire psicologici, appaiono al TdR come artefatti, come un "rumore" fastidioso che interferisce con il programma di lavoro. Naturalmente questa ottica è il risultato di un modello culturale-scientifico che nega la globalità dell'esperienza respiratoria.

Davanti al conflitto che si viene a creare fra modello scientifico ed evidenza fenomenologica, l'atteggiamento degli operatori può assumere una gamma di sfumature infinita. L'équipe che ha partecipato all'iniziativa che ci accingiamo a descrivere (non tutti gli operatori hanno aderito all'iniziativa, per la verità) ha co-

raggiosamente intrapreso un'opera di integrazione delle proprie competenze con un modello scientifico diverso, e di ri-contestualizzazione dei fenomeni che inizialmente erano apparsi come incongruenti rispetto al proprio ruolo.

LE PROBLEMATICHE DEI TdR

Descriviamo ora quelle "fastidiose interferenze" che hanno motivato i TdR ad esplorare lo spessore psicologico della propria professione.

a) *L'eco respiratoria*

Negli ambulatori del reparto, il lavoro è organizzato in gruppi di pazienti (da 3 a 5), e gli esercizi proposti sono in parte comuni ed in parte personalizzati. Ogni TdR segue comunque ogni paziente singolarmente, spostando la sua attenzione dall'uno all'altro, e propone esercizi che inducono un controllo sulla respirazione, in base al fine riabilitativo. Il paziente passa in questo modo dal proprio ritmo respiratorio spontaneo (e patologico per motivi diversi) a quello richiesto dalla tecnica, pur sempre con un certo rispetto delle differenze individuali. In questo modo il terapeuta entra in contatto con diversi pazienti in un breve lasso di tempo.

Ed ecco ciò che gli accadeva, in modo inconsapevole: finiva per *adeguare il proprio ritmo respiratorio a quello del paziente, con continui cambiamenti e riadattamenti*. Si trattava, per usare la definizione dei TdR, di un vero e proprio "strapazzo respiratorio", causa di uno stato di prostrazione che si estendeva ol-

tre l'orario lavorativo, e che non poteva essere giustificato dal lavoro muscolare eseguito nella giornata.

b) *“Le relazioni pericolose”*

Un altro problema era costituito dalla tendenza dei pazienti ad attribuire al terapeuta un potere “curativo” che andava al di là della competenza riabilitativa. I pazienti (non tutti, è ovvio) si sentivano portati a verbalizzare le proprie problematiche psicologiche, forse intravedendo un nesso fra queste e la propria patologia respiratoria, e implicitamente si aspettavano dai TdR un intervento risolutivo che agisse anche sulla loro psiche.

Questo atteggiamento poneva i TdR in uno *stato conflittuale*, perché se da un lato essi coglievano l'importanza dei contenuti verbalizzati dai pazienti, dall'altra se ne sentivano invasi, essendo saltate le distanze prestabilite dal setting e dal contratto terapeutico. Il contatto con l'angoscia, a volte profonda, dei propri pazienti, era qualcosa da cui sentivano di doversi difendere, senza sapere come; allo stesso tempo c'era il timore di “combinare qualche guaio” se cedevano alla tentazione di intervenire in qualche modo, se non altro per allentare la tensione.

c) *L'“ineffabilità” del respiro*

I TdR erano colpiti dalla discrepanza fra l'aspetto kinesiologico (o, in altre parole, meccanico) della respirazione, e il corrispondente vissuto soggettivo verbalizzato dai pazienti. In alcuni casi la FTR non modificava, come testimoniato dalle prove di laboratorio, le condizioni meccaniche della respirazione.

Questi pazienti, tuttavia, affermavano di aver acquisito un maggior “benessere respiratorio” e di provare meno affanno o dispnea in una serie di attività, come ad esempio il salire le scale. I TdR non sapevano quale valore attribuire alla testimonianza dei malati, che contraddiceva i risultati degli esami clinici. Si trattava di risultati che disconfermavano il ruolo stesso del TdR di fronte alla richiesta di risultati “oggettivi” e che, nuovamente, introduceva una discrepanza fra l'immaginario scientifico e un'evidenza clinica tanto eloquente quanto difficilmente interpretabile.

In sintesi, rispetto alle difficoltà condivise dai TdR, possiamo dire che questi operatori si sono trovati di fronte al “fantasma nella macchina” senza essere preparati.

Convinti che il loro compito fosse quello di sfregare una lampada per lucidarla, ne hanno visto uscire il genio, e non hanno saputo come reagire, perché ciò esulava dal “contratto” che avevano stipulato con loro stessi e implicitamente con i pazienti.

IL LAVORO ALL'INTERNO DEL GRUPPO
BALINT

Dalla richiesta di collaborazione avanzata dai TdR e raccolta dalla cattedra di Psicofisiologia Clinica, scaturì la proposta di una serie di incontri, per la durata di un anno solare, strutturati in un gruppo “tipo-Balint” condotto da uno psicologo della cattedra suddetta; questo per centrare il lavoro sull'esperienza dei terapisti, sul loro vissuto rispetto alla relazione terapeutica e a sé stessi: ricordiamo che la domanda era nata dal disagio

dei TdR. Descrivere in modo organico il lavoro svolto all'interno del gruppo non è possibile, e certo la complessità di alcuni passaggi e le sfumature individuali richiederebbero una trattazione a sé. Questo paragrafo accennerà ai temi trattati seguendo la traccia delle problematiche esposte precedentemente. I successivi serviranno da commento ai temi emersi.

a) L'eco respiratoria: da ostacolo a strumento terapeutico

Nel corso dei primi incontri, fu sorprendente notare come i terapeuti ponessero poca attenzione alla propria respirazione, non solo in generale, ma anche durante il loro lavoro. Questo atteggiamento è in parte anche un riflesso del disinteresse della dirigenza nei confronti del vissuto degli operatori durante il servizio. È importante, invece, capire che il vissuto dell'operatore è un potente strumento di cambiamento, nel bene e nel male. I TdR, da parte loro, furono pronti ad accogliere questi concetti, ed a lavorare sull'autoconsapevolezza. A mano a mano che questo processo si sviluppava, si modificava il contatto con l'esperienza altrui: da una parte l'autocontatto accrebbe l'empatia, dall'altro la centralità del proprio vissuto divenne uno strumento. I TdR si accorsero non solo di non essere più dei ripetitori passivi, ma anche di *poter utilizzare l'eco respiratoria in modo da "suggerire" modificazioni respiratorie ai pazienti.*

L'eco respiratoria è un fenomeno, probabilmente, plurideterminato: lo abbiamo riscontrato più volte nell'esperienza clinica della riabilitazione psicofisiologica, e riteniamo sia un fatto spontaneo all'interno di una cornice relazionale (ri-

cordiamo l'eco posturale descritta da Morris). Inoltre, può essere facilitato da una situazione in cui si presta particolare attenzione ad un comportamento altrui, e si cerca di incoraggiarlo o modificarlo in qualche modo (pensiamo alle mamme quando imboccano i bambini, "mimando" il loro atto di immettere il cibo nella bocca).

b) La relazione terapeutica: problemi di spazio

Nel corso degli incontri ci si chiese quali risposte controtransferali venivano messe in atto dai TdR nei confronti dei pazienti che tendevano a "diminuire le distanze". Arrivammo a capire che la difesa dei TdR consisteva nel ristabilirle mediante una maggiore "asetticità". Un terapeuta si espresse così nel razionalizzare questa difesa: "Abbiamo la necessità di standardizzare la procedura". In realtà era solo un trucco per ridurre il paziente ad un'entità astratta. L'enfaticizzazione degli aspetti tecnici aveva lo scopo di costruire una barriera che proteggesse il TdR dal contatto, e si trattava di una difesa efficace perché sintonica con l'io ideale suggerito dalla propria cultura professionale, dato che la correttezza formale delle tecniche eseguite non era posta in discussione, ma anzi era enfatizzata. L'autostima del TdR era così salvaguardata.

Ma anche questo assetto difensivo non era stabile: *l'autentico interesse per i pazienti e un ideale di onnipotenza terapeutica generavano rispettivamente sensi di colpa e di inadeguatezza.* È stato interessante scoprire come soprattutto il primo, precedentemente alla sua elaborazione durante gli incontri, emergeva

durante i trattamenti in una forma mascherata dal simbolismo: i terapeuti provavano imbarazzo nell'utilizzare i presidi sanitari (guanti, mascherine, cuffie e camici) necessari nel trattamento di pazienti portatori di infezioni contagiose, oppure dimenticavano di indossarli. Fu chiaro che a livello simbolico questi strumenti esprimevano il distacco, ovvero il rifiuto dei pazienti. Spesso erano proprio questi ultimi a ricordare ai TdR di adottare le giuste precauzioni.

Quando la risposta superegoica dei TdR impediva il distacco formale dal paziente, ogni barriera veniva meno, e il terapeuta si trovava incastrato all'interno della relazione, sperimentando un forte senso di oppressione ed invasione. Emergeva allora un'angoscia di contatto, che assumeva la forma di una sorta di fobia di contagio (trasposizione simbolica coerente con la precedente), che però non era riferita al contagio infettivo, quanto ad un aspetto più globale, definito "energetico" da una delle terapisti. Questa fantasia di un'energia negativa e contagiosa non sorprenda più di tanto: al di là di possibili interpretazioni circa una fantasia di rappresaglia scatenata dalla propria ostilità inconscia, è chiaro che la paura degli operatori si riferiva al contatto con dei contenuti intrapsichici, tanto più pericolosi quanto più vicini a problematiche proprie.

L'*angoscia di contatto* appena descritta si esprimeva evidentemente anche nella modalità di manipolare, di toccare i pazienti, ed è altrettanto chiaro che i pazienti, seppure inconsciamente, lo sentivano. Lavorando in gruppo attorno a questa tematica, gli stessi TdR furono sorpresi dalla *quantità di informazioni metacomunicative che possono essere trasmesse dal semplice toccare*. Apparve

chiaro come la "neutralità" della manipolazione, apparente conseguenza del tecnicismo, fosse un'illusione. A volte i pazienti verbalizzavano sensazioni di "freddezza", di lontananza, di trascuratezza; altre volte le avvertivano senza riuscire a codificarle.

Durante i nostri incontri vennero dunque proposte esperienze nelle quali si simulava un rapporto terapeuta/paziente, sia per allargare la consapevolezza sulla propria modalità di approccio e contatto, sia per acuire la capacità di lettura dei messaggi di ritorno da parte del paziente. Entrambi questi aspetti viaggiano su canali non verbali, linguistici e non, cui si presta sovente poca attenzione, ma che a nostro avviso sono rivelatori di processi estremamente importanti per la relazione col paziente e per l'andamento della terapia. Grazie alla sperimentazione del ruolo dell'"altro", il rapporto fra terapeuta e paziente apparve ai TdR in tutta la sua complessità e coloritura emotiva: superando il primo momento di sgomento nei confronti di una situazione carica di potenziali pericoli (la paura della dipendenza, il timore di affidarsi, di abbandonarsi, e così via), i TdR iniziarono a prendere contatto con questi vissuti, e ad elaborarli, superando il senso di estraneità nei confronti di atteggiamenti ed emozioni che prima non sapevano affrontare.

Approfondendo l'analisi dei processi psicofisiologici relativi al contatto, emerse con forza l'importanza della sensazione di appoggio che il terapeuta può dare al paziente. Si tratta di un concetto fondamentale nel nostro modello di riferimento, e si riferisce ad una processualità posturale che un individuo può fondare su sé stesso o su un "altro" degno di fiducia. A livello psicologico l'appoggio può essere tradotto come forza dell'Io.

Ebbene, fu importante per i terapeuti capire che il modo di toccare e manipolare è cruciale per trasmettere questa sensazione, e che in sua assenza è estremamente difficile che il paziente abbandoni una modalità (anche a livello respiratorio) difensiva. Questo esempio è particolarmente illuminante: un uomo di circa 40 anni, in trattamento ambulatoriale, provava forti resistenze a permettersi un'espiazione completa e automatica. Riuscì a farlo durante una trazione fasciale eseguita dalla sua terapeuta, cui spiegò che il successo era dovuto alla sensazione di essere "tenuto" ben saldo dalle sue mani che esercitavano la trazione a livello del rachide cervicale.

Naturalmente vale il discorso fatto per il contatto con la propria respirazione: *la condizione necessaria per offrire appoggio è avere autoappoggio* [per un approfondimento di questi concetti, vedi Ruggieri-Fabrizio, (3)]. I TdR lavorano su di sé per questo obiettivo, e fu gratificante per loro la sensazione di poter "sostenere" i pazienti senza dover rinunciare al proprio spazio. Ciò fu ottenuto suggerendo ai pazienti (più posturalmente che verbalmente) che la disponibilità aveva comunque dei limiti, all'interno dei quali il paziente veniva aiutato a valorizzare le proprie risorse e a calibrare le proprie aspettative.

Possiamo dunque concludere affermando che i TdR, definendo il proprio ruolo e liberandolo da fantasie di onnipotenza e imposizioni superegoiche, hanno messo in atto un approccio più equilibrato alle richieste di sostegno. Metacomunicando sui limiti entro i quali tale appoggio poteva essere fornito, sono riusciti ad accogliere apertamente i vissuti dei pazienti senza esserne oppressi. Ciò ha interrotto il circolo vizioso fra senso di

colpa e rifiuto, rendendo superfluo il ricorso ad un'enfaticizzazione degli aspetti tecnici del trattamento. La relazione terapeutica è divenuta così più gestibile e gratificante per entrambe le parti.

ALCUNE RIFLESSIONI TEORICHE

Il lavoro svolto nel gruppo Balint ha prodotto una ricchissima messe di spunti teorici, di riflessioni, di ipotesi che ancora non sono state sottoposte al vaglio della ricerca. Nonostante l'immatunità di questi percorsi speculativi riteniamo utile accennare a quelli più interessanti e più vicini all'evidenza fenomenologica.

La collaborazione oggetto di questo articolo è scaturita dall'inadente proporsi di tematiche psicologiche apparentemente fuori luogo. Non ci sembra giusto liquidare questa evidenza affermando semplicemente che ogni comportamento ha una sua valenza psicologica. Allo stesso tempo una trattazione del rapporto fra respirazione e psiche va oltre gli scopi del nostro resoconto. Ci basta dire che il sistema nervoso "guarda" al respiro con tutti i suoi livelli, dal semplice riflesso alla produzione mentale più complessa; ed è questo piano ad interessarci maggiormente: secondo Ruggieri (e anche secondo noi) la respirazione non solo caratterizza le emozioni con pattern specifici, ma è una componente del narcisismo, inteso nell'accezione di Kohut (4), che lo descrive come un processo indipendente dal rapporto oggettuale, e che Ruggieri considera "un processo caratterizzato dalla tendenza all'integrazione di tutte le attività psicologiche e fisiologiche" (3). L'importanza del ruolo della respirazione all'interno di questo comples-

so processo deriva da diversi fattori: sta di fatto che i suoi segnali propriocettivi, ritmici² e di altro genere, pur se al confine della consapevolezza, sono centrali nella costruzione dell'immagine corporea, quale risultato del processo di integrazione³.

Da qui alle problematiche dei TdR il passo è breve: è ovvio aspettarsi che un lavoro eseguito sulla respirazione tocchi le emozioni e la struttura profonda di personalità, con tutte le conseguenze del caso. Ma vediamo come questo discorso puramente teorico si aggancia alle esperienze dei terapeuti: la riabilitazione, soprattutto nei pazienti portatori di broncopneumopatia cronica ostruttiva, tende a favorire un'espiazione più completa possibile, al fine di decontrarre i muscoli preposti all'inspirazione. Tutto ciò consente al paziente una minore fatica inspiratoria e sposta la sua attenzione dal versante inspiratorio a quello espiratorio, determinando un allentamento della tensione. L'effetto di questi cambiamenti è descritto dalle TdR come la "caduta di una barriera", in seguito alla quale il paziente tende ad interrompere il lavoro per verbalizzare al terapeuta le proprie problematiche esistenziali. Possiamo interpretare questo fenomeno a più livelli:

a) Partendo dalla constatazione che ogni emozione è caratterizzata da un distinto pattern respiratorio (5), e convinti che tale pattern è una parte dell'emozio-

ne, possiamo affermare che bloccare la respirazione in una delle sue fasi può contribuire a fermare un'intera sequenza emotiva, nel tentativo di ristabilire un'omeostasi turbata da un'eccitazione che non è possibile condurre alla scarica. *L'espiazione può allora costituire il rilascio di un pattern emozionale inibito.* Notiamo per inciso che nell'ansia la respirazione si blocca nel plateau post-inspiratorio (1)⁴.

b) A livello strutturale, quello attinente al narcisismo, ciò ha un significato profondo, che spesso si svela ai TdR quando i pazienti verbalizzano loro le proprie sensazioni. L'espiazione, in quanto atto passivo di svuotamento, può equivalere a "cedere", a "lasciarsi andare", oppure a perdere qualcosa; un anziano paziente rivelò, mascherata dall'ironia, una fantasia che lo spingeva a trattenere, insieme al respiro, la vita (espirare = spirare). Altre forme semantiche ("all'ultimo respiro", "il soffio della vita") ci convincono che queste fantasie sono fondate su vissuti ampiamente condivisi, e avvalorano l'ipotesi che la respirazione sia realmente parte dell'esperienza narcisistica.

Espirare, "lasciarsi andare", può dunque evocare l'angoscia legata all'emergere, per dirla con Freud, delle pulsioni censurate, ma anche, secondo noi, un'angoscia narcisistica, che può assumere i connotati protomentali dello svuotamento, della disgregazione, della frammen-

² Rilke definisce la respirazione "la culla del ritmo"

³ Questo rilievo ci pone in posizione critica rispetto ad una definizione corrente di dispnea, in base alla quale questo fenomeno si caratterizza con un vissuto consapevole dell'atto respiratorio. A nostro avviso un vissuto emergente della respirazione è sempre presente, ed ha una connotazione positiva quando la respirazione stessa è libera da tensioni.

⁴ Sbloccando il pattern nella sua componente respiratoria, si rende accessibile anche il materiale rappresentativo; l'emozione cioè si "scongela" e riacquista una sua globalità prece-

tazione, della perdita di sostanza vitale o dello spazio protettivo delimitato dal volume toracico, o altro. In termini psicofisiologici, il rischio è rappresentato dalla perdita di una serie di tensioni muscolari croniche che svolgono una funzione di autosegnalazione (3).

L'espirazione può essere un atto riflesso, tale da facilitare il successivo atto inspiratorio. Laddove ciò è negato da una sovraimposizione corticale inibitoria (che in questo caso, secondo noi, si realizza attraverso una tensione muscolare cronica) subentra il pericolo di una "sospensione" del respiro; una cronicizzazione, in altre parole, dell'atteggiamento inspiratorio, con un modesto rilascio espiratorio. Poiché il movimento inspiratorio avrebbe inizio in una gabbia toracica già dilatata, si ridurrebbe l'escursione respiratoria, e probabilmente anche il volume corrente, condizione che potrebbe favorire lo sviluppo di una patologia. Nei pazienti portatori di enfisema polmonare si osserva proprio questo pattern respiratorio. L'indagine sul rapporto di causa-effetto fra tale patologia e lo stile respiratorio di base, alla luce delle ipotesi appena avanzate, potrebbe rivelarsi particolarmente interessante.

VERSO UNA RIABILITAZIONE "INTEGRATA"

Queste ultime riflessioni ed esperienze debbono tradursi, secondo noi, in un'indicazione precisa per la strategia terapeutica: per ripristinare una respira-

zione efficace può essere opportuno lavorare a monte, ed a livello psicofisiologico, per dare compattezza alla struttura narcisistica, in modo da consentire un minore controllo corticale sulle componenti riflesse. È quanto è successo al paziente, citato precedentemente, che si è permesso una maggiore libertà respiratoria grazie alla sensazione di contenimento trasmessa dalla terapeuta.

E a proposito di strategia terapeutica, è il momento di affrontare un altro discorso, riagganciandoci al terzo ordine di problemi dei TdR: quella che era stata definita l'"ineffabilità" del respiro, e cioè la non corrispondenza fra il vissuto soggettivo dei pazienti e i risultati delle prove diagnostiche. Secondo noi è un errore non prendere in considerazione il vissuto, ed attribuire la discrepanza unicamente ad un ipotetico fattore suggestivo: innanzitutto le prove strumentali potrebbero non rilevare lievi ma significative modificazioni dello *stile respiratorio di base* del paziente; in secondo luogo, secondo noi il vissuto soggettivo non è un semplice epifenomeno, ma il risultato della sintesi centrale di un processo periferico. Una componente, in altre parole, di un processo fisiologico, e non una produzione mentale isolata. Allo stesso modo consideriamo il processo immaginativo non una produzione cognitiva scissa dal livello fisiologico, ma una delle polarità di un processo circolare, dove il livello periferico (il soma) e quello centrale (il SNC) si influenzano a vicenda. Abbiamo affrontato anche questo aspetto perché i contenuti immaginativi, nel

dentemente frammentata a scopo difensivo per renderla irricognoscibile. Si spiegherebbe così la tendenza di molti pazienti ad elaborare le proprie problematiche psicologiche durante le sedute di riabilitazione.

RIASSUNTO

All'interno di un'équipe di riabilitazione respiratoria, una serie di problematiche legate alla prassi terapeutica ha imposto all'attenzione degli operatori l'importanza della dimensione psicologica nella gestione del trattamento. Questa esperienza, conflittuale in virtù di una formazione meccanicista, ha motivato i terapisti nei confronti di un'esplorazione delle tematiche psicologiche dalle quali si sentivano coinvolti. Da ciò è scaturita la collaborazione con la cattedra di Psicofisiologia Clinica⁵ (Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di Psicologia), già impegnata in attività di ricerca sulla respirazione. Il presente articolo fornisce il resoconto di questa collaborazione, descrive gli aspetti fenomenologici rilevanti dell'interazione terapeuta-paziente e discute gli interrogativi di natura teorica emersi nel corso di questa esperienza.

SUMMARY

In a respiratory rehabilitation team, a series of problems linked to the therapeutic practice called the rehabilitators' attention to the importance of psychological dimension in treatment management. This experience, clashing with their mechanistic training, drove therapists to explore the psychological themes they were involved in. It gave rise to their collaboration with the Clinic-Psychophysiology Chair (University of Rome, La Sapienza, Faculty of Psychology), already engaged with a research activity about respiration. This paper consists with a report about this collaboration, it describes the considerable phenomenological aspects of interaction between therapists and patients and discusses the questions come out during this experience.

BIBLIOGRAFIA

1. RUGGIERI V.: *Semeiotica dei processi psicofisiologici e psicosomatici*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1987.
2. RUGGIERI V.: *Mente, corpo, malattia*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1988.
3. RUGGIERI V., FABRIZIO M.E.: *La problematica corporea nell'analisi e nel trattamento dell'anoressia mentale*. E.U.R., Roma, 1994.
4. KOHUT H.: *Narcisismo e analisi del sé*. Boringhieri, Torino, 1976.
5. BARRY R.J.: *Novelty and significance effects in the fractionation of phasic or measures: a synthesis with traditional OR theory*. *Psychophysiology* 19: 28-35, 1982.

⁵ Titolare: Prof. V. Ruggieri