
RECENSIONI

a cura di Pietro Pascarelli

I. Fernandez, G. Maslovaric, M. V. Galvagni, Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR, Liguori, Napoli, 2011, p.259, Euro 16,99, eBook Euro 6,84.

Il testo di Isabel Fernandez, Giada Maslovaric, Miten Veniero Galvagni, *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR* ha come oggetto la descrizione del trauma psicologico nell'adulto e nel bambino, sia di quello personale, sia di quello derivante da eventi catastrofici secondo l'approccio teorico-pratico dell'EMDR.

L'EMDR, l'acronimo di *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti oculari), creato da Francine Shapiro nel 1989 per la cura dello stress associato a ricordi traumatici, oggi, come tengono a ribadire gli autori, è un modello riconosciuto dalla comunità scientifica come un trattamento *evidence-based* per il PTSD, per le vittime del terrorismo in ospedale e nella comunità e per il disturbo d'ansia. Considerato intervento d'elezione sul trauma, l'EMDR utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata

destro-sinistra (tamburellamenti sulle mani del paziente eseguiti in modo ritmico e alternato) per desensibilizzare ricordi traumatici che stanno alla base delle difficoltà attuali del paziente, per elaborarli ed integrarli al fine di produrre una risoluzione adattiva.

La stimolazione bilaterale, che dà il nome al trattamento, costituisce solo la quarta fase di un processo complesso e strutturato in otto fasi. Il terapeuta, raccolta la storia del paziente ed identificati "(...) gli eventi che hanno contribuito a far sviluppare il problema per cui viene in terapia," (p. 213) avvia la stimolazione alternata destra-sinistra aiutando il paziente a focalizzare l'attenzione su vari aspetti che caratterizzano il ricordo di una esperienza traumatica e a muovere, al tempo stesso, ritmicamente i globi oculari in senso orizzontale o verticale. "Questa stimolazione è chiamata *set* ed è di breve durata, circa 30 secondi; dopo ogni *set* viene chiesto al paziente di riferire qualsiasi cosa abbia notato durante la stimolazione: cambiamenti nelle emozioni, nelle sensazioni corporee, *insight* o associazioni con altri ricordi. La seduta prosegue con *set* di stimolazioni bilaterali seguiti da *feedback* del paziente fino a quando quest'ultimo riferisce di non sentire

alcun disagio” (p. 98). Per spiegare gli effetti clinici dell’EMDR e guidare la pratica clinica viene utilizzato il modello di elaborazione dell’informazione che considera i vissuti problematici di persone afflitte da ricordi traumatici come il risultato di una informazione immagazzinata in modo disfunzionale. Il trattamento con EMDR attiva un processo di rielaborazione che sblocca i frammenti disturbanti del ricordo “(...) come se i movimenti oculari – proprio come nei sogni – favorissero un rapido accesso ai canali associativi legati ai ricordo traumatico preso di mira dal trattamento” (p. 214).

Gli autori, esperti psicoterapeuti, formati da Isabel Fernandez per EMDR e psicotraumatologia, hanno due distinti obiettivi: fornire suggerimenti utili per affrontare le difficoltà e gli eventi dolorosi della vita; delineare il percorso terapeutico più idoneo per aiutare l’individuo qualora esso sia incapace di farlo con le proprie risorse.

Il libro consta di sette capitoli. La scelta degli argomenti, e relative distinzioni, risponde ad una logica di ampio respiro. I contenuti trattati sono affrontati secondo una impostazione divulgativa che combina rigore scientifico ed equilibrio espositivo. Lo stile è fluente, diretto, efficace per sintesi e chiarezza, lontano dal gergo ridondante e astratto degli addetti ai lavori, in grado di guidare il lettore alla comprensione di distinzioni psicologiche importanti seppure complesse. La descrizione

è arricchita da esempi tratti non solo dall’esperienza clinica ma anche dalla quotidianità e da una provata nonché dichiarata ambizione pedagogica che permette agli autori di dominare l’eterogeneo materiale concettuale selezionato, concorrendo a rendere il testo facilmente fruibile. A rendere efficace e interessante la loro proposta intervengono vari fattori, il cui *know-how* forse può essere rintracciabile nella scelta sapiente dell’esergo, nel ricorso calibrato alle testimonianze delle persone sofferenti, nel richiamo pertinente a varie fonti di studio di psicologia, neurobiologia e ad essenziali revisioni sistematiche *evidence-based* della ricerca internazionale.

L’effetto nel lettore è di sentirsi in qualche modo coinvolto. Sarà per tale motivo che egli non avverte mai l’impressione di sentirsi totalmente estraneo al discorso di cui si tratta. È portato semmai a rendersi conto che si sta parlando di una speciale sofferenza di cui è fatta, per quanto solo in parte, anche la stoffa della propria esperienza. Questo perché la scrittura degli autori si muove all’interno del presupposto che fa di ognuno di noi una persona la cui umanità coniuga fragilità e forza, vulnerabilità e risorse, sfera individuale e interpersonale, in una trama di vita in cui l’interno (interiorità della persona) e l’esterno (opportunità/pericolo) hanno per ordito la dimensione temporale, nella cui cifra si declinano l’esistenza dell’essere umano e l’esperienza del dolore.

Quando la violenza ferisce il corpo e l'anima del soggetto nell'oltraggio dei sensi e del vissuto, annientando l'esperienza del tempo e dello spazio, e la sofferenza irrompe come passato che resiste, come figura insensata, inarrestabile e debordante ogni umana comprensione, lacerando ogni progetto di vita, il ricorso a rinnovati modelli di trattamento riflette l'insopprimibile bisogno umano di continuare a interrogare in modo sempre nuovo gli scenari del dolore. Perché è opportuno ricordare – in sintonia con le riflessioni di Salvatore Natoli – che ogni concezione del dolore ha lo scopo di favorire “(...) l'acquisizione di una *giusta distanza* con la quale tener testa al proprio individuale patire”¹ In tale direzione opera l'EMDR coniugando tecnica e competenza relazionale del terapeuta, come Mark Dworkin² ha ampiamente e utilmente dimostrato per l'EMDR in modo dettagliato per ogni fase del trattamento terapeutico. A tale proposito è bene ricordare che nessuna tecnica, anche quella validata empiricamente, può garantire da sola un esito soddisfacente per il paziente senza la gestione dell'impatto relazionale nel cui dominio (cognitivo ed emotivo) l'azione del terapeuta ha modo di esplicarsi. Infatti, l'agire terapeutico chiama in gioco, in

modo ineludibile e irrinunciabile, la dimensione relazionale, coniugando la tecnica con la competenza relazionale, l'obiettivo e la fase del trattamento con la capacità di mantenere l'alleanza terapeutica nel corso dell'intero processo d'aiuto. È per tali motivi che la psicoterapia è una forma di arte *sui generis* dell'incontro.

L'EMDR, come ogni nuovo approccio, alimenta atteggiamenti estremi, improntati al facile entusiasmo o alla critica feroce. Eppure ogni nuova prospettiva veicola implicitamente una duplice sfida: farsi carico, da una parte, dei nuovi interrogativi e dubbi che il modello può sollevare e, dall'altra, operare la messa in discussione delle certezze a cui si è ancorati. Nella prima evenienza – in forma di esercizio di approfondimento – seguendo le riflessioni di Roberto Beneduce (al quale rimandiamo)³, significa problematizzare la nozione stessa di trauma e di vittima, sottoporre ad un'approfondita analisi il successo riscosso dalla categoria diagnostica di *Post-Traumatic Stress Disorder o PTSD*, sviluppando una riflessione critica dei modelli nell'accezione di considerare le teorie, vecchie e nuove, come rivelatori storici, epistemologici ed antropologici. Conformemente a tale impostazione di ricerca, è importante ricordare perciò che

¹ Salvatore Natoli, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano 1986, pp. 386.

² Mark Dworkin (2005), *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2010, pp. 329.

³ Roberto Beneduce, *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma-Bari, pp. 216.

quando interpretiamo il mondo secondo una determinata prospettiva operiamo in qualche modo una forma di ipostasi per neutralizzazione delle peculiarità storiche e culturali a base dei fenomeni indagati. In tal senso l'assunzione di una concezione universale e onnicomprensiva di trauma (e dei rimedi corrispondenti) può comportare il rischio di neutralizzare o banalizzare le diverse espressioni del dolore e del trauma, di occultare gli attori della violenza, nonché di scotomizzare percorsi di valorizzazione delle risorse presenti nella comunità colpita dal dramma della violenza.

Nel secondo caso la sfida comporta il saper rinunciare ai propri steccati e aprirsi a metodologie in grado di far convivere modelli apparentemente lontani tra loro. Come ricordano i nostri autori, l'approccio terapeutico EMDR può essere integrato anche con altri orientamenti terapeutici. E ciò, per il terapeuta diversamente orientato, comporta una scelta: rinunciare di guardare al proprio modello di intervento in termini dogmatici, accettando invece di aprirsi al sapere di nuove istanze, in quanto la conoscenza ha un'anima plurale e ama il dialogo nel superamento delle discordanze per tracciare nuovi itinerari di vita contro ogni forma di violenza.

I due percorsi sopra accennati, di ulteriore approfondimento critico e di messa in discussione delle proprie certezze, sono complementari. A metterli in atto si opera nella direzione

di un'integrazione della conoscenza. Ecco perché leggere (o recensire) un libro può rivelarsi un'opportunità per darsi un compito di approfondimento. E ciò è auspicabile anche per il lettore, soprattutto quando ci troviamo di fronte a un libro che ha il merito di farsi comprendere.

Raffaele Pellegrino

O. Van der Hart, E. R.S. Nijenhuis, K. Steele, Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale. (trad. it. V. Ardino, G. Tagliavini), Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011, p. 434, Euro 44,00.

Nel 1930 Giovanni Enrico Morselli, giovane assistente di Carlo Besta alla Clinica Neuropsichiatrica dell'Università di Milano, pubblica sulla Rivista Sperimentale di Freniatria un articolo "Sulla dissociazione mentale" (vol. 53, fasc. II, p. 209-322)¹. È lo studio clinico-psicopatologico di Elena, giovane paziente di 25 anni, che egli

¹ Ricordiamo ai nostri lettori che l'articolo è stato riedito nel 1994 dalla Casa Editrice Metis di Chieti ("Il caso Elena"), accompagnato da due saggi di E. Borgna e F.M. Ferro. L'articolo è stato poi recentemente riproposto in un numero monografico dalla Rivista Sperimentale di Freniatria (vol. CXXXV, n. 3/2011), commentato da E. Borgna e F.M. Ferro.

prende in cura nel 1925 per tre anni a causa di una complessa e misteriosa sintomatologia caratterizzata da distacco dalla realtà ed ambivalenza (segni cardinali della schizofrenia bleuleriana), sintomi di conversione, stati crepuscolari della coscienza. Morselli descrive in particolare l'alternanza di due stati coscienti, che caratterizza il complesso morboso della paziente, segnalato ciascuno dall'uso di una lingua differente: alla "condizione italiana" in cui ella si presenta più riorganizzata, coerente, aderente alla realtà, succede lo stato in cui parla francese senza averne alcuna consapevolezza, caratterizzato da severe crisi allucinatorie uditive e visive, stati di stupor e gravi disturbi della condotta. La presenza di più stati di coscienza costringe il giovane clinico a riferirsi al complesso ed irrisolto costruito della dissociazione mentale. Ne sottolineerà in apertura e chiusura dell'articolo la plurivocità, la trasversalità rispetto a vari quadri nosografici, che trovano un comune denominatore nel "disgregamento, distacco, dissociazione dei rapporti psichici". Non potrà non citare Janet: "La sintesi essendo troppo debole, certe categorie di sensazioni, d'immagini o d'idee sono lasciate da parte in modo più o meno definitivo e cessano di essere collegate alla coscienza personale. Vi è nella mente isterica una tendenza alla divisione, all'autonomia mentale..." (Janet, *Les Nevroses*, Flammarion 1909, p. 345). E sarà costretto a fare i conti con l'accezione bleuleriana

di dissociazione, che l'avvicina alla schizofrenia, ed accennerà alla interazione dinamica tra sintomi primari dissolutivi e sintomi secondari propri della reazione assolutamente personale al disturbo. Morselli tuttavia è convinto che esista un evento generatore del disturbo e non si stancherà di risalire con tenacia insieme alla paziente il corso del tempo alla ricerca del trauma fondamentale, fino ad attingerlo in un tentativo di seduzione da parte del padre; con un atteggiamento clinico empirico utilizzerà lo spazio della relazione terapeutica per tentare di integrare i sé dissociativi mediante suggestione ed abreazione fino a ricondurre la paziente alla normalità. Elena uscirà dalla malattia addirittura "intellettualmente ed affettivamente arricchita rispetto al periodo premorboso". Rispetto a queste complesse ed eterogenee coordinate del pensiero clinico e nosografico di inizio '900, che portano il nome di Charcot, Janet, Kraepelin, Bleuler e dello stesso Freud, il caso di Elena rimarrà incollocabile; l'analisi pur dettagliata lascerà perplesso il clinico e gli farà toccare il limite delle conoscenze disponibili: la presenza di segni evocativi della schizofrenia bleuleriana si associa a fasi intercritiche assolutamente libere, alla peculiare e sistematica alternanza degli stati coscienti (ed in particolare della doppia lingua italiano/francese, accompagnata quest'ultima da una singolare amnesia che cesserà quando la paziente avrà avuto accesso all'esperienza nucleare del trauma),

alla totale ed “assoluta” guarigione. Approfondendo l’analisi degli stati dissociativi ciò che colpisce Morselli è che in ciascuno stato di coscienza ciò che muta è la “sistemazione e l’orientamento degli elementi, non la effettiva loro funzionalità”. Scriverà: “C’è qualcos’altro di essenziale nella sintomatologia del mio caso che non trova corrispondenza negli schemi psicopatologici vigenti” e lo rende difficilmente classificabile; questa prospettiva fenomenologica ante litteram lo costringe a mettere in evidenza critica la convenzionalità di ogni tentativo di circoscrivere reali unità morbose sul puro terreno dei fatti clinici.

È nel solco di questo pensiero fondativamente clinico e psicopatologico della psichiatria classica europea che si colloca il lavoro più che ventennale di Onno van der Hart di cui *Fantasmî nel Sé*, scritto insieme a Ellert R.S. Nijenhuis e Kathy Steele, rappresenta una sintesi elevata. Lavoro *in progress* ispirato dalla vocazione euristica del metodo clinico, in cui le ipotesi di base vengono ogni volta sottoposte a verifica empirica per generare nuove conoscenze. In questa prospettiva lo stato dissociativo può essere colto soltanto dall’interno del paradigma psicopatologico, che si situa prima ed al di là di qualsiasi categoria nosografica, in quanto costruito che interessa trasversalmente tutta l’area degli sviluppi traumatici e dietro cui si intuisce uno stato di coscienza unitario dotato sempre di intenzionalità rivolta al mondo.

Il volume, organizzato in tre parti, descrive nella prima la teoria della dissociazione strutturale fondata sulla janetiana disorganizzazione dei sistemi gerarchici d’azione; da qui origina un disturbo delle funzioni mentali superiori, in particolare della sintesi personale, della funzione di realtà e della presentificazione. Della dissociazione gli Autori definiscono il carattere strutturale: non semplice alterazione del vissuto soggettivo, ma barriera tra stati del Sé che li frammenta, li isola, li autonomizza pericolosamente; questo fa sì che quando queste presenze irrompono sulla scena della coscienza siano accompagnate da un senso di spettrale irrealtà e di intima estraneità, che può originare in questa implicita ed estrema vocazione ossimorica l’esperienza del sosia (da qui il senso intraducibile in italiano del titolo originale, *The Haunted Self*, che allude al radicale perturbante di questa esperienza). La dissociazione strutturale legata a traumi è quindi intesa come un deficit nella coesione e flessibilità della struttura di personalità. Nel sovvertimento della gerarchia dei gradi di realtà secondo Janet, la frammentazione della personalità in parti, che pure appartengono ad un tutto, è contrassegnata da un clivaggio temporale: una parte evitante il trauma rimarrà apparentemente ben adattata al presente e consentirà al paziente di funzionare (ANP = Parte Apparentemente Normale della Personalità); altre parti rimarranno fissate al passato traumatico, invase

da emozioni incontrollabili ed irrigidite in difese primitive (EP = Parte Emozionale della Personalità). Intorno a loro si organizzeranno rudimentali forme di identità. Questa teorizzazione consente di prefigurare l'esperienza dissociativa come dimensione e spettro: la dissociazione strutturale primaria, caratterizzata da due parti non integrate (una ANP ed una EP), è propria dei disturbi somatoformi e post-traumatici semplici; la secondaria, in cui ad una ANP si contrappongono due EP, si osserva nel disturbo borderline di personalità. Nei traumi complessi, alla base del disturbo dissociativo dell'identità, la personalità si presenta frammentata in più ANP e più EP. La dimensione psicopatologica di questa riflessione è di assoluta rilevanza, in quanto lo stato dissociativo non coincide semplicisticamente con una diagnosi nosografica, ma si configura piuttosto come l'organizzatore dimensionale di vari quadri morbosi, che hanno come comune denominatore un'origine traumatica.

La seconda parte del volume esplora in modo più approfondito l'importanza psicopatogenetica delle esperienze traumatiche riconnettendole alle azioni mentali e comportamentali disadattative. Nella prospettiva janetiana della gerarchia delle tendenze all'azione vengono descritte le azioni che consentono l'integrazione, in particolare sintesi e realizzazione con le componenti di personificazione e presentificazione; questo lavoro consente alla persona di prendere consapevolezza che l'evento

è successo proprio a lei, in un tempo che può considerare definitivamente passato. L'integrazione non è il risultato di meccanismi e processi, ma emerge da azioni integrative specifiche e creative; le azioni integrative, mentali e comportamentali, messe in atto in situazioni specifiche sono dirette da una costellazione di sistemi d'azione che motivano ad avviare particolari cicli di azioni percettive, cognitive, decisionali e comportamentali. L'integrazione è possibile a livelli diversi, in certi casi automatici e di base, altre volte più consapevoli e richiedenti livelli superiori di energia ed efficienza mentale.

La terza parte rappresenta un vero e proprio manuale di trattamento degli stati dissociativi, in cui la descrizione della tecnica a più fasi (stabilizzazione e riduzione dei sintomi, cura delle memorie traumatiche, integrazione della personalità e riabilitazione) è sostenuta dall'analisi puntuale di storie cliniche ed è ancora una volta ispirata dalla psicologia janetiana dell'azione nell'ottica di una promozione della migliore economia mentale possibile e sostenibile da quel paziente in quel momento secondo i principi di aumentare l'energia installando risorse, diminuire le spese inutili, saldare i debiti mentali. Il lungo e complesso lavoro sulle memorie traumatiche, in cui l'andamento per fasi prende la forma di una spirale, è accompagnato dalla emergenza di molteplici resistenze e difese contro il cambiamento in forma di fobie degli stati mentali (ad esempio, quella cruciale relativa alla vicinanza/

separazione, che rimanda allo specifico e critico pattern di attaccamento), che è necessario elaborare per consentire una progressiva riattivazione della funzione di integrazione. Tra le emozioni che vengono riconosciute ed elaborate gli Autori sottolineano in particolare il sentimento muto della vergogna, parte imprescindibile e pervasiva della traumatizzazione ma di difficile comunicazione e condivisione, che può rappresentare uno degli ostacoli maggiori al dialogo tra le parti dissociative. Al termine del percorso terapeutico sarà possibile archiviare il ricordo traumatico al giusto posto nel passato affidandolo alla memoria autobiografica, in quanto percezione e sentimento della continuità dell'esperienza di sé. Il concetto di esperienza vissuta sembra rappresentare lo stato coscienziale unitario capace di saldare terapeuticamente i termini della dissociazione, ancorandola all'identità della persona. Questa prospettiva collega idealmente la paziente Elena di Enrico G. Morselli ai pazienti degli Autori. Le perplessità e i punti di domanda di Enrico G. Morselli troverebbero una risposta nella lettura di *Fantasmî nel Sé?* E i due stati di coscienza di Elena potrebbero essere riletti all'interno della teoria della dissociazione strutturale come ANP ed EP di una personalità che per effetto della esperienza traumatica ha drammaticamente mostrato in una fase del percorso di vita le sue linee di frattura?

Maria Bologna

C. Migani, M. F. Valli, ed. (con la collaborazione di I. Donegani), Il teatro illimitato. Progetti di cultura e salute mentale, Negretto Editore, Mantova, 2012, pp.296, Euro 15,00.

Il libro nasce da un incontro speciale, quello fra teatro e salute mentale. Senza quelle etichette che altrimenti lo consegnerebbero alla cultura specialistica della salute (teatro sociale, teatroterapia, teatro e disabilità, ecc.), il teatro può farsi illimitato e allargare le proprie potenzialità artistiche ed espressive. Il libro racconta di come la cultura teatrale sia vivificata dall'incontro con la salute mentale: il teatro diviene illimitato e vive sui limiti dell'esperienza umana, dei contesti sociali e dei mondi culturali e professionali che man mano coinvolge.

Nei vari capitoli si evidenziano le esperienze nate in Emilia-Romagna nei Dipartimenti di Salute Mentale e nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia, nei festival e nelle tournée teatrali, nei luoghi di cittadinanza. Scrivono registi, artisti, operatori culturali, operatori della salute, critici teatrali, amministratori locali, in una rete di voci polifonica e virtuosamente contaminata a livello teorico e pratico.

È una sorpresa vedere come in questo testo, tanto articolato, il Progetto Regionale Teatro e Salute Mentale si è fatto racconto, per diventare oggetto

di riflessione. Questa è la storia di tante persone che, a titolo diverso, hanno creduto alla possibilità di uscire dai confini della sofferenza e dei servizi, e volare in alto: i risultati raggiunti mostrano che è possibile puntare sui talenti per riappropriarsi della propria ricchezza professionale e umana, della propria salute e per costruire storie collettive oltre che individuali.

Al fine di meglio muoversi nel ricco ambito di questo testo possono esser utili alcune indicazioni per la lettura. Da un primo capitolo dove si racconta di quell'humus culturale e sociale che nutre alle radici la presenza del teatro nella Salute Mentale (dalla pratica antimanicomiale alle esperienze nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario), emerge la passione artistica e umana, la scintilla che origina tutte le esperienze riportate. Ne parla il regista del Teatro Nucleo di Ferrara, con le parole di chi è stato protagonista nella trasformazione delle istituzioni manicomiali in contesti di creazione artistica. Nel capitolo viene presentato un aspetto sorprendente del teatro: la capacità di farsi veicolo di inclusione sociale attraverso la costruzione di progetti di formazione professionale degli attori. Ma sempre con intensità si parla del teatro all'interno della Salute Mentale nel suo aspetto abilitativo-riabilitativo, per poi soffermarsi sul potere trasformativo del teatro. Ciò che il lettore non trova è la diagnosi psichiatrica come metro di valutazione del benessere

personale, ma come invece la costruzione teatrale riesca a svelare il cambiamento nel benessere degli attori; il disagio psichico si intreccia con la drammaturgia e il lavoro sul personaggio e anche le "crisi", i momenti acuti della malattia, vengono affrontati con mezzi artistici, oltre che con quelli psichiatrici.

Un secondo capitolo si sofferma sugli atti del progetto regionale denominato "Teatro e Salute Mentale", raccontandone la storia, pensata a partire dai sogni di una rete di operatori e servizi capaci di trasformarli in un'idea progettuale innovativa. La narrazione si sviluppa a partire dalla descrizione del contesto e del valore del teatri e delle reti sociali e di saperi molteplici. Al racconto di psicologi, psichiatri, educatori in prima linea nel sostenere il teatro all'interno dei propri servizi, si affianca quello di chi spesso mobilita idee, crea relazioni significative e offre inconsuete prospettive di osservazione a quanti sono impegnati nei progetti teatrali. Di relazione infatti scrivono anche i registi, che insieme compongono il terzo protagonista della storia: la persona competente a livello teatrale che orchestra metodologie e strategie di lavoro secondo i propri presupposti artistici, con la consapevolezza della duplice responsabilità etica, da una parte creativa e dall'altra salutare. Nel terzo capitolo si parla delle caratteristiche del lavoro di preparazione dell'attore in contesti così peculiari. Alla voce del

critico teatrale Massimo Marino si aggiungono le voci, i racconti e le vite di quelli che, oltre che pazienti e attori, sono persone. La vita sale sul palco e lo si racconta attraverso le voci delle compagnie teatrali.

Nel successivo capitolo l'attenzione va ai contenitori di queste sperimentazioni, ai luoghi che accolgono l'arte e che sono necessariamente coinvolti in essa. I luoghi descritti in queste pagine sono gli edifici manicomiali in trasformazione, gli spazi dei Centri di Salute Mentale e degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Ma sono anche quelli dei palcoscenici e delle sale prove. Vi sono i luoghi del teatro in strada e degli autobus dell'esperienza imolese e delle sedi delle associazioni di Modena e Vignola. La terza tipologia di luogo è quello della formazione universitaria con "Il teatro in cattedra, lo sciamano in accademia". Un altro spazio individuato è quello rappresentato dai media, luoghi nei quali troviamo lo spettatore "invisibile" che assiste e giudica ma che forse non è mai stato in platea.

Nel quinto capitolo gli autori si sono chiesti cosa accadesse nell'ulteriore spazio sino ad ora semi-esplorato, il dietro le quinte degli spettacoli teatrali. Ciò sulla base dell'intuizione che nell'esperienza invisibile ai più, e quindi nel tempo del processo creativo, siano rintracciabili i significati delle esperienze, in termini di promozione del benessere più che nel risultato o nel prodotto

finale. Il dietro le quinte metaforico è rappresentato anche da quanto accade negli spostamenti necessari alle tournée teatrali, in viaggio o nelle pause tra una prova e l'altra. Rappresentativo di questo sono anche le fotografie sulle prove teatrali delle compagnie.

Un penultimo capitolo è dedicato alla descrizione di metodologie e strumenti per la valutazione degli esiti delle esperienze teatrali. Il sistema dei servizi va dotato di strumenti che permettano di avere riscontro di tali attività, anche per poter rendicontare l'attività in contesti istituzionali. Sulla esperienza maturata negli anni, si è impostato un piano di valutazione che presentasse le medesime caratteristiche di uno studio naturalistico di esito e che rispettasse i principi metodologici della multidimensionalità e multiassialità, come descritto nelle pagine che includono i primi risultati. Nel capitolo finale si trovano idee, istruzioni e strumenti per promuovere salute e la cultura del teatro con attenzione all'ambito della salute mentale. Si ritrovano i diversi progetti che hanno permesso di avvicinare e coinvolgere cittadini, professionisti, istituzioni in un cammino condiviso nei luoghi della fatica, delle aspirazioni e della possibilità: un cammino che ha portato alla costruzione di spazi e momenti di cittadinanza attiva e di comunità competente.

Lucio Pederzoli