



RIVISTA ITALIANA DI IPNOSI E PSICOTERAPIA IPNOTICA

ANNO 44 - N. 1 • FEBBRAIO 2024

**DIRETTORE
RESPONSABILE**
Ivano Lanzini

**SEGRETARIA
DI REDAZIONE**
Silvia Giacosa

A.M.I.S.I.

CONSIGLIO DIRETTIVO

S. Giacosa *Presidente*
S. Laurini *Vice Presidente*
E. Paglialunga *Vice Presidente*
C.F. Licari *Segretario*
S. Catalano *Consigliere*
M. Cigada *Consigliere*
G.M. Ideo *Consigliere*
C. Jamoletti *Consigliere*
I. Lanzini *Consigliere*

**SOCIETÀ ITALIANA
DI IPNOSI CLINICA**

CONSIGLIO DIRETTIVO

† G. P. Mosconi *Presidente*
I. Karam *Vice Presidente*
S. Giacosa *Segretario*
C. Licari *Consigliere*

Publicazione periodica. Inviata in abbonamento agli iscritti alla A. M. I. S. I. o alla S. I. I. C. Redazione e amministrazione: Via Paisiello, 28 - 20131 Milano.
Editore A. M. I. S. I., Milano. Impaginazione e stampa Tipolitografia Ferrari&Moneta Srl - Via Felice Venosta, 25 - Milano.
Registrazione N. 353 del 21. 9. 81 del Tribunale di Milano. Spedizione in A. P. - 70% - Filiale di Milano. La proprietà di quanto pubblicato è della rivista, a cura dell'A. M. I. S. I., Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi, e della S. I. I. C., Società Italiana di Ipnosi Clinica.

Questa testata è associata a



SOMMARIO

CONVOCAZIONE DI ASSEMBLEA	2
EDITORIALE	
Dello sperare sensato. Note sulla crisi (Ivano Lanzini)	3
LAVORI ORIGINALI	
Note introduttive sull'autostima nel contesto della clinica psicologica e della pratica ipnotico-psicoterapica (una suggestione metaforica) (Ivano Lanzini)	5
Ipnosi e sogno guidato (Angelo Giuseppe de' Micheli)	10
Messages in a bottle. La paradossale preziosità dei sintomi (Marisa faioni)	14
L'approccio non direttivo e meta - interpretativo in psicoterapia (prima parte) (Ivano Lanzini)	20
RICEVIAMO E PUBBLICHIAMO	
A.M.I.S.I. Scuola di parola viva (Alen Custovic)	27

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA PER LO STUDIO DELLA IPNOSI - AMISI

AVVISO DI CONVOCAZIONE DELLA ASSEMBLEA DEGLI ASSOCIATI

Il giorno 24 marzo 2024, domenica, alle ore 13.00 in prima convocazione ed alle 15,30 in seconda convocazione, presso la Sede della Scuola Europea di Psicoterapia Ipnotica SEPI-AMISI, in via Paisiello 12, Milano, è convocata la

ASSEMBLEA ANNUALE ORDINARIA DEGLI ASSOCIATI

Per discutere il seguente Ordine del Giorno:

- 1) Lettura ed approvazione del verbale precedente
- 2) Relazione del Presidente
- 3) Relazione del Segretario Tesoriere
- 4) Consegna dei Diplomi
- 5) Varie ed eventuali

Il Presidente
Silvia Giacosa

Il Segretario
Costanza Licari

Milano, marzo 2024

In allegato la delega di rappresentanza da inviare anche via Mail ad amisi@virgilio.it

Assemblea annuale ordinaria degli Associati AMISI - 24 marzo 2024

Delega di rappresentanza

Il sottoscritto _____

Delega l'Associato _____

A rappresentarlo all'Assemblea del 24 marzo 2024 in Milano conferendogli ogni più ampia facoltà ivi compresa quella di voto con promessa di rato e valido.

Data _____ Firma _____

Dello sperare sensato. Note sulla crisi

Ivano
Lanzini



Milan Kundera, nel suo celebre *L'insostenibile leggerezza dell'essere*, ci ricorda che *Einmal ist keinmal*, che ciò che accade una volta sola è in-dicibile, nel senso che non può essere oggetto di una esperienza condivisa. Resta insomma qualcosa di privato di cui solo il soggetto in quanto singolo è testimone. Sono quindi legittimato a prendere in considerazione 'qualcosa' che si ripete *almeno due volte*, o che è stato possibile osservare *più di una volta*.

Mi riferisco alla manifestazione di stati d'animo non solo sofferenti, ma disperati o prossimi alla disperazione, in diverse gradazioni ed espressioni psico-somatiche (deflessione dell'umore, irritabilità, scontento, rabbia, indifferenza ecc.) registrate in terapia durante il trascorso mese di gennaio. Più di un paziente, infatti, ha descritto – in forma relativamente distante dalla specifica sintomatologia che lo aveva portato a cercare un aiuto psicologico – l'emergere di un senso di tristezza *"in filigrana, come una tessitura di disperazione"* collegandola esplicitamente al disorientamento prodotto dagli eventi bellici in Ucraina e, con maggiore forza, dalla reazione israeliana ai fatti del 7 ottobre scorso. Comune a questa tristezza disperata è il senso di *stupore allibito e impotenza* di fronte al dilagare "di una ondata di morte di innocenti" unita alla vastità delle distruzioni di case, strutture, sistemi di collegamento (che ha fatto recentemente nascere il nuovo termine di 'domicidio').

Indubbiamente, ogni paziente ha raccontato di questa *'disperazione triste'* con tinteggiature emozionali ed esistenziali *peculiari*, in quanto espressive vuoi della propria cultura, della propria personalità e della propria particolare modalità di sofferenza psichica. Resta però che questi vissuti di *'rassegnazione grigia'* e di *'sfiducia nella ragionevolezza umana'* paiono testimoniare della realtà e oggettività della crisi profonda che l'umanità intera, nelle diverse articolazioni statuali, politiche e culturali sta attraversando. Crisi che, altrettanto obiettivamente, trova nelle due principali [ma non esclusive] aree geopolitiche di tensione e dramma, quella russo-ucraina e quella palestinese-israeliana unitamente ai problemi climatici e al permanere di forti disuguaglianze economiche "che gridano vendetta" la cui origine e causa profonda, strutturale o latente si colloca in quel grande sistema dell'ingiustizia sociale che è il sistema capitalistico (nelle sue forme 'liberali' o dittatoriali) mondiale.

"Che *sensu* ha fare psicoterapia, dottore, in un mondo come questo?"; "se penso al futuro dei miei figli (insegnante con due ragazzi alle medie) mi chiedo se valga la pena stare qui a parlare delle *mie* sofferenze"; e ancora "Ho visto la devastazione di Gaza: scheletri di case che più non conterranno vita... E noi qui a chiederci se il premiato è utile per il Paese...".

Queste alcune delle interrogazioni-lamentazioni di alcuni pazienti 'rappresentativi' del malessere depressivo-melanconico-impotente di cui sopra.

Ovviamente, non è qui la sede di una risposta in chiave *politica*, anzi *geo-politica*. Qui, però, è la sede di un nostro *farci carico* della realtà di questi vissuti, di queste tinteggiature di grigio che avvolgono i nostri pazienti e, penso, anzi, *spero*, che coinvolgono anche noi come *psicologi-non-solo-psicologi*. Capaci di uscire dalla protezione della veste/ruolo istituzionale, per farci toccare dalla obiettiva drammaticità del tempo presente. In questo modo, entrando in contatto con i nostri pazienti-*concittadini* (*cives mundi*). Così condividendo il peso e il senso della nostra comune condizione umana.

E allora.... Che fare? Che dire? Come 'rispondere' a questa lamentazione impotente, come/cosa giustapporre o sovrapporre al grigio esistenziale che ci circonda? In

Ivano
Lanzini



Dello sperare sensato. Note sulla crisi

breve, come comportarsi di fronte a questa indubbio malessere *senza mistificarlo con una pura lettura intrapsichica*? E, ancora, quale sensato commento può la cultura e prospettiva psicologica e psicoterapeutica offrire ai nostri pazienti in modo rispettoso del loro sentire e al tempo stesso in modo funzionale a ridurre (certamente non eliminare) l'impatto dei vissuti di impotenza forieri di una vita sottotono e di sviluppi relazionali del tipo-*rifugio* (rintaniamoci in casa a coltivare il nostro giardino!); del tipo-*sballo* (usciamo da questo mondo per entrare in un sogno temporaneo ed effimeremo di pace nirvanica!); o ancora rifugi tipo-*rabbia* (trasgrediamo pure regole e divieti, tanto tutto va a rotoli!).

Detto in altro e più costruttivo modo: su quali basi riflessive e di ragionamento possiamo fare intravedere un orizzonte *credibile* di speranza, di fiducia nelle capacità umane di solidarietà, di aiuto reciproco, di costruzione di momenti di resistenza di fronte al dilagare di brutture che pensavamo quasi del tutto scomparse?

Penso utile, nonché onesto, lasciare questi quesiti aperti: veri *'messages in the bottle'* per tutti i colleghi e allievi, affinché tutti, appunto, si sentano responsabili del dovere di contribuire, con gli strumenti della nostra disciplina, alla *'cura'* di una sofferenza di chiara origine socio-genetica.

Senza alcuna pretesa, se non quella di un lasco suggerimento, penso che le linee di costruzione di una nostra collettiva *'risposta'* possano poggiarsi *sui binari psicodinamici* dell'onesto e non edulcorato riconoscere le componenti distruttive, anti-sociali (o, perlomeno, kantianamente, *non socievoli [ungesellig]*) insite nell'animo umano; e *su quelli, di matrice ericksoniana (latu sensu intesa)* della pervicace, cocciuta indagine sulle risorse e capacità autopoietiche, riparative e creative altrettanto presenti – anche se spesso soffocate – in ciascuno di noi.

Ci attende un anno impegnativo come psicologi, psicoterapeuti e persone capaci di un pensiero ancora pervicacemente solidale. Un pensiero, come dicevamo qualche editoriale addietro, che riesce a *'trovare l'alba dentro l'imbrunire'*.

Che sia un *'Buon anno'*.

I.L.

Note introduttive sull'autostima nel contesto della clinica psicologica e della pratica ipnotico-psicoterapica (una suggestione metaforica)

Ivano
Lanzini
Psicologo,
Epistemologo,
Psicanalista,
Docente AMISI

A mo' di avvertenza: il termine autostima è diventata una di quelle **"catch all word"** – una di quelle espressioni **"pigliatutto"** che hanno raggiunto una **diffusione** e, *conseguentemente*, una **apparente ovvietà** quasi parossistica nel campo della psicologia e della psicoterapia **mass-mediale**.

Intendo per "mass-mediale" l'insieme di quelle **informazioni** e cognizioni psicologiche che si diffondono **rapidamente** e, appunto, massivamente, in forza del *medium* (televisivo, "giornalistico" e pocket-librario: per non dire della congerie reperibile nei *social*) che utilizzano e, spesso, del **"personaggio-testimonial"** (altrettanto mass-mediato) di cui spesso rappresentano "il pensiero".

Questa psicologia – e' bene notarlo per inciso – meriterebbe di divenire oggetto di un attento esame anche al fine di meglio comprendere il *nuovo universo* delle **illusorie "aspettative-psyco"** che vanno commercialmente riempiendo l'immaginario collettivo, nonché a "colmare" quei suoi spazi e luoghi carichi di **angosce** e **insicurezze** di natura *complessa* e in larga misura anche *nuova* (perché probabilmente connessa a nuovi trend culturali).

In questa psicologia "diffusa" il termine autostima viene a svolgere il ruolo di **catalizzatore concettuale** di generiche e confuse *aspirazioni* e – si osservi bene – **promesse** di "psyco-benessere". Così che, alternativamente, si viene a configurare un messaggio (rivolto anche a medici e psicologi – specie se giovani) per cui l'autostima si trova ad apparire

- a. Vuoi come premessa (e quindi causa) del "benessere" psicologico ed esistenziale: **"se possiedi una buona autostima allora sarai felice"**,
- b. Vuoi come obiettivo e fine, come coronamento e prova del raggiungimento del suddetto benessere: "la buona autostima è **manifestazione** e **conseguenza** del tuo **raggiunto** equilibrio emotivo, affettivo, relazionale: del tuo successo".

Come se non bastasse, il termine autostima può prestarsi ad **usi** equivoci – sia sul piano della *teoria* che della *pratica* – nel campo della nostra specifica ricerca e attività psicoterapica ad orientamento ipnotico-ericksoniano. E questo perché il termine autostima può di fatto venire a sovrapporsi, vuoi secondo una logica **causale** vuoi secondo una logica **"testimoniale"** al "termine" - molto noto e anch'esso, invero, se non pigliatutto, di certo, *passé par tout* - di **"rinforzo dell'io"** – col quale *comunque* ha qualche indubbia relazione.

Per questi motivi, cercheremo in questo contesto:

- c. di fornire una accettabile **"circoscrizione"** (di natura pragmatica) del termine autostima;
- d. di tracciare alcune *indicazioni* per una sua traduzione nel contesto della *clinica psicologica* in generale, e della psicoterapia *ipnotica* in particolare.

Pensiamo di poter sintetizzare uno dei più diffusi e consolidati modi di intendere l'autostima definendola *provvisoriamente* come il **"giudizio globale e complessivo sul proprio valore/valere che un individuo possiede ed esprime – con diversi livelli di consapevolezza"**.

L'uso del termine "giudizio" in connessione a quelli di valore-valere mostra l'origine, lo sfondo **cognitivistico** di questa definizione. Giudizio, infatti, rinvia a strutture e processi cognitivi di matrice valutativa: in breve, a *pensieri* e *credenze, convincenti (beliefs)* che l'individuo è venuto elaborando, **"costruendo"** nel contesto del suo **"apprendimento**

Ivano
Lanzini

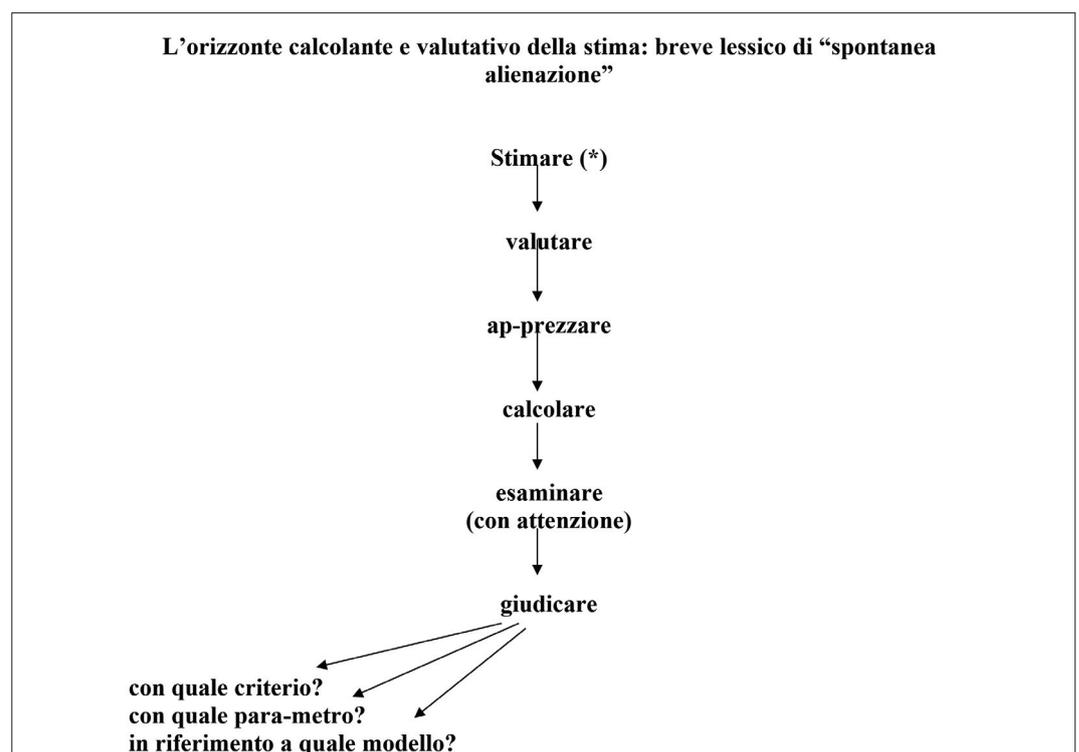
*Note introduttive sull'autostima nel contesto della
clinica psicologica e della pratica ipnotico-psicoterapica
(una suggestione metaforica)*

esistenziale”. Schematizzando – e per questo scusandoci anche con i colleghi cognitivisti – potremmo asserire che la suvvista definizione di autostima porta a “concludere” che, in fondo in fondo, **noi siamo ciò che pensiamo di noi**: siamo la *manifestazione e concretizzazione* dei nostri processi *autovalutativi impliciti ed espliciti*.

Che l'autostima abbia una indiscutibile dimensione cognitiva – rinviando quindi a processi sofisticati ove l'apprendimento giochi un ruolo centrale, anche nella sua espressione più “forte” e più “aristotelicamente” umana: quella appunto che richiede pensiero e riflessione – è indubbio. Anzi è, a ben vedere, una **tautologia**. Se vogliamo essere epistemologicamente più precisi (così come i cognitivisti amano e ci chiedono di essere), potremmo asserire che collocare nella macro categoria del “GIUDIZIO” la *species* “**AUTO-STIMA**” equivale alla costruzione di una kantiano giudizio analitico: di una *esplicitazione dell'implicito*, giacchè l'autostima è appunto già un **giudizio: una stima**. **Non diciamo insomma ancora nulla di veramente nuovo: chiariamo meglio qualcosa che avevamo già deciso di definire in un certo modo.**

E' per questo motivo che vorremmo subito introdurre e spiegare una nostra **proposta paradossale** (che nasce da un esame critico e, pensiamo, da un *costruttivo* superamento – per allargamento e ridefinizione - della precedente categorizzazione del termine autostima). Proponiamo insomma che non si possa né parlare né costruire un valido concetto né una adeguata comprensione dei processi che mettono capo alla cosiddetta autostima **se si rimane acriticamente all'interno dell'idea di auto-stima o, più in generale, dei processi di stima**. Anzi, pensiamo che proprio in tali processi sia contenuto almeno in potenza il *“vizio strutturale” di qualsiasi autostima*. Proposta che trascina con sé la conseguenza – speriamo logica – che i processi di stima e valutazione sono, psicologicamente parlando, processi *autoalienanti* e *distorsivi*: ***veri rappresentanti della “società nell'anima dell'individuo”***.

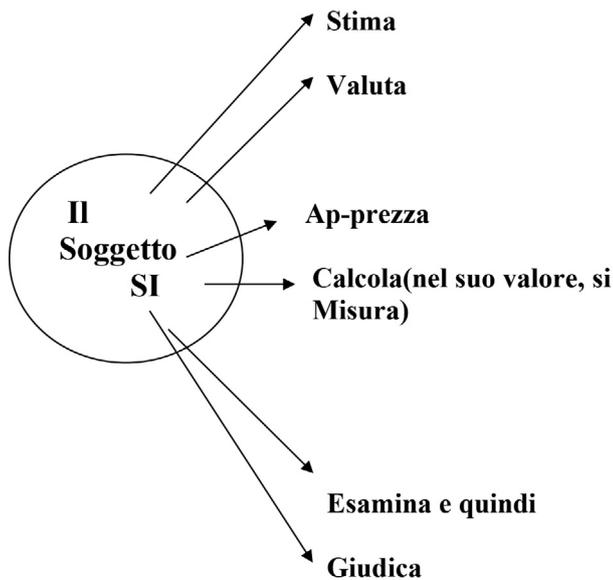
Per chiarire in modo non aforistico questa proposta ci è utile ricorrere ad un breve e schematico grafico. Cfr A1



Note introduttive sull'autostima nel contesto della clinica psicologica e della pratica ipnotico-psicoterapica (una suggestione metaforica)

Ivano
Lanzini

E' bene notare come tutte le "azioni" mentali rappresentate da verbi (ed impliciti sostantivi) sopra citati implicino uno sdoppiamento del soggetto in se stesso: il soggetto



Esito strategico di queste considerazioni ci pare quello di evidenziare il carattere paradossale e, quel che più conta, paradossalmente **alienante** di qualsiasi discorso *in positivo* sull'autostima: ovvero di qualsiasi modo di intendere l'autostima nei termini di una positiva capacità di auto-valutazione da parte del soggetto. Invitare il soggetto a stimar-si, a costruire una buona stima di sé implica, infatti, l'assunzione, nel cuore del soggetto stesso, di *processi di giudizio eteronomi* ai lui per origine e funzioni e quindi **estranei**.

In altri termini, si vuole qui evidenziare come la costruzione autonoma di una stima di sé sia una vera contraddizione, un "sasso di legno" – nella misura in cui la stima essendo l'esito di un processo valutativo secondo parametri estrinseci (ancorché – e drammaticamente – interiorizzati) non può che rendere il soggetto **schivo** di quegli *stessi parametri*.

Usando terminologia e categorie classicamente freudiane (in un contesto che peraltro loro spetta storicamente), potremmo dire che la problematica dell'autostima è in larga misura connessa ai *processi duplici di costruzione dell'istanza superegotica e dell'ideale dell'Io*, e non può, da un lato, essere "rafforzata" secondo una logica *eteronoma* rispetto a tali processi, dall'altro può essere "promossa" per **sottrazione** più che per **addizione**: per eliminazione di ciò che ne ha impedito il normale sviluppo.

Siamo del parere che la sottrazione più coerente implichi, a sua volta, la sostituzione radicale della logica valutativa con quella osservativa-comprensiva – che, aforisticamente, potremmo tradurre nel principio per cui **un soggetto possiede "buona stima di sé" quando non si pensa (più) in termini di valutazione ma si coglie/accoglie nella prospettiva bene-volente (≠ benevola) dell'osservarsi sereno per comprendere**.

In sede specificamente clinico-terapeutica, quanto sopra detto implica che il problema dell'autostima si traduca in quello della ricerca di ciò che *impedisce* al soggetto di osservarsi **obbligandolo** a giudicarsi, a viverci nella dimensione del test, dell'esame e quindi, in ultima istanza, dello "scamparla". Giacché finché c'è un esame, c'è un giudice e io sono un giudicato/giudicando: **io non sono (più) il centro della mia esperienza di me**.

Fatto questo che, per inciso, ci deve porre in posizione di ragionevole diffidenza

Ivano
Lanzini

*Note introduttive sull'autostima nel contesto della
clinica psicologica e della pratica ipnotico-psicoterapica
(una suggestione metaforica)*

verso tutti coloro che ci propongono come valutarci positivamente – perché essi rischieranno di essere l'ennesima, mistificata riedizione di un giudice magari buono ma inevitabilmente eteronomo, regressivante e quindi...deprimente.

Riteniamo che i fattori che giocano un ruolo fondamentale nell'inibizione dei *processi spontanei di auto-osservazione comprensiva* siano collegati alla **fenomenologia della colpa e (più profondamente) della vergogna**.

Ovviamente, non è qui possibile operare una ricognizione completa e soddisfacente di questa fenomenologia. Ci pare però utile portare la nostra attenzione sull'ipotesi, di matrice psico-sociale e antropologica, per cui la cultura della società contemporanea: **consumistica e mass-mediale** sia preminentemente una **cultura della vergogna**: della sistematica induzione della vergogna: di una vergogna così violenta e pervasiva da favorire una forte *periferizzazione* del "tradizionale", "patriarcale" "freudiano" (e, in fondo, giudaico-cristiano) *senso della colpa* o addirittura una soppressione strumentale all'evitamento della vergogna. **Come se la colpa maggiore fosse provare vergogna, così che ogni mezzo è buono pur di non provare vergogna**. In un drammatico rovesciamento della morale kantiana, la cultura della vergogna obbliga ad un mondo di **puri mezzi, senza fini. Un mondo senza rispetto e pudore**.

La densità di questo passaggio, così ricco di implicazioni non solo macro-culturali, ma anche squisitamente psicologiche e psicoterapiche, ci obbliga all'impegno di proseguire questo percorso di ricerca mostrandone anche le peculiari implicazioni nel campo della psicoterapia ipnotica, specie là ove voglia confrontarsi con i temi della vergogna e della colpa. Impegno che verrà assolto da noi in un prossimo lavoro più specificamente clinico.

Qui di seguito, riportiamo, a mo' di *riassunto linguistico metaforico*, la 'storia etimologica' di 'stima' e 'stimare' e delle sue sorprendenti connessioni con 'vittima'.

Dalla stima alla vittima: ovvero, forme *dell'auto-aggressività eteronomamente* indotta e autonomamente sostenuta. Ovvero, breve cronistoria di una parola (=rappresentazione mentale di una ESPERIENZA SOCIALMENTE CONDIVISA)

STIMARE: dal latino **estimare**, verbo denominativo dall'agg. **Aestimus**, tratto da **aes**, bronzo – con suffisso da superl. (come **optimus** da **ops** – ricchezza)

Aestimus equivale quindi a "il più bronzeo, quindi il più prezioso, perciò il più degno di essere apprezzato, di maggior valore.

Stimare è allora l'accertare il valore, il maggior valore tra le cose e le persone.

VITTIMA dal lat. **Victima**, forma sostantiva di un agg. **Victimus** che si comporta di fronte ad una radicale *come optimus da ops e aestimus da aes*.

Victimus quindi dal radicale (di probabile origine germanica: **wechsel**: cambio, scambio) **Vix** che significa "**ricambio adeguato**".

La **Victima**, in quanto *forma superlativa*, indica quindi "**ciò che è valutato come lo scambio migliore, perché più adeguato: la cosa migliore che contraccambia e pareggia**."

Ci piace usare questa rigorosa ricostruzione etimo-filologica di due termini stima/vittima come metafora illustrativa della nostra proposta: là da dove c'è stima non c'è autostima ma vittimizzazione – nel momento in cui il soggetto *si scinde per giudicarsi*, per valutarsi, per stimarsi **si** consegna in *qualche modo* ad un *qualchedunol qualche* cosa da cui ricavare la "sentenza" del proprio essere vaporato o vittima. ***Stimare è correre il rischio di essere vittima della propria stima, dei propri processi valutativi***

Complementariamente, potremmo anche aggiungere che la "buona" stima, ossia la valutazione positiva del proprio valore è l'oggetto, anzi **il costruito sociale di scambio che il soggetto paga per ottenere un equilibrio eterodiretto**. Fatto questo che, a sua volta, implica che ogni volta che mi stimo, mi giudico, vi valuto...in qualche modo **mi vendo** ad un "padrone" che non sono io – anche se io ho partecipato *in qualche modo* alla sua costruzione.

Questo 'padrone', come un Giano Bifronte mostra una eziologia socio-culturale e,

*Note introduttive sull'autostima nel contesto della
clinica psicologica e della pratica ipnotico-psicoterapica
(una suggestione metaforica)*

Ivano
Lanzini

per via di processi introiettivi, anche una eziologia intrapsichica. Freudianamente, rappresenta e agisce come *un Super-Io privato-e-sociale*.

Ora, ci chiediamo: è possibile una alternativa all'auto-stima? Una alternativa ai processi di valutazione di sé eterodiretti *sub specie* spontanea?

E' veramente possibile attuare quel sapiente "*nolite iudicare*" così "autorevolmente" enunciato? – sia pure in un contesto al quale non vogliamo ambire?

Una possibilità potrebbe risiedere nel ridefinire la fenomenologia della stima con quella della *fiducia in se stessi* e, più 'indietro ancora', in quella *sicurezza esistenziale* che affonda le sue radici nelle dinamiche *dell'attaccamento*, del *riconoscimento* e della *idealizzazione primaria* (Kohut). Nonché, sul piano specificamente terapeutico, nella restituzione al paziente delle sue *capacità di auto-ascolto* dei propri bisogni, esigenze e capacità: cosa che, sia detto per inciso, ci obbliga ad una ridefinizione-superamento della 'classica' concezione ericksoniana delle risorse. Nell'esatta misura in cui la suddetta ridefinizione impone un aumento della consapevolezza (niente affatto intellettualistica, ma integrante dinamiche emotivo-affettive.viscerali) psicologica e culturale del soggetto. Ma su questo, come già accennato, avremo modo di tornare con illustrazioni di carattere più marcatamente clinico.

RICERCA PERSONALE SPECIALIZZATO

**In Svizzera sono ricercati Psichiatri e
Psicologi specialisti in terapia ipnotica,
anche di madre lingua italiana**

**Gli interessati, indicando la propria
disponibilità a tempo parziale o a tempo
pieno, si annuncino a:
NEW SEPI ANSTALT
Bangarten 10 - FL 9490 Vaduz anche
mezzo e-mail:
sepi@bluewin.ch**

LAVORI ORIGINALI

*Angelo
Giuseppe
de' Micheli*
Psicologo,
Psicoterapeuta,
Criminologo
Clinico
AMISI

Ipnosi e sogno guidato

Riassunto

L'anamnesi è un racconto del paziente. Ai ricordi coscienti possono associarsi esperienze apparentemente dimenticate. Recuperabili se richiamate alla memoria con tecniche di tipo proiettivo. Ecco una possibile soluzione per allargare le conoscenze del paziente.

Abstract

The anamnesis is a story of the patient. Conscious memories can be associated with apparently forgotten experiences. Recoverable if recalled with projective techniques. Here is a possible solution to broaden the patient's knowledge.

In medicina, la prescrizione di un farmaco è la tappa successiva alla diagnosi. Ascoltare il paziente, verificare corrispondenza tra quanto racconta e il quadro clinico che manifesta, formulare una diagnosi, prescrivere una cura modellata al destinatario, che significa tener conto del suo quadro generale, della sua capacità soggettiva, della sua sensibilità al trattamento, dell'interazione di un farmaco con altri di cui fa già uso. In pratica la cura va personalizzata. Criteri equivalenti devono essere tenuti in considerazione nell'ambito di un percorso di psicoterapia. Rispettare questi protocolli non è facile; nella psicoterapia la diagnosi si presenta con più maschere, ci può essere degli elementi che emergono in forma significativa, altri in forma attenuata, altri nascosti e lontani da quello che il paziente racconta, nell'anamnesi remota o in quella attuale.

Molte volte il problema non è quello che racconta ma quello che nasconde, sotto i meccanismi di rimozione e di negazione possono esserci circostanze che hanno un diretto legame con il suo disagio, che ne possono essere l'origine, l'elemento scatenante, la punta di un iceberg che nella parte non visibile ha dimensioni estese e profondamente radicate.

La psicoterapia presuppone l'ascolto, la volontà di capire, di ricostruire il valore, la consistenza, lo spessore di quanto viene raccontato nel corso del colloquio, tutto serve a capire, ad orientarci, a guidare la nostra attenzione allo scopo di costruire una corretta visione degli avvenimenti e del significato emozionale che agli stessi viene attribuito e, soprattutto alla valenza emotiva con la quale il soggetto l'ha memorizzata, strutturata e vi ha di conseguenza aderito.

Fare terapia muovendosi senza punti d'illuminazione è complesso, lento e faticoso, si sa quando si inizia ma non quando la si potrà finire, e questo rende complesso e laborioso sia il lavoro del terapeuta sia il vissuto del paziente che non riesce a fare breccia nel muro delle resistenze che involontariamente ha costruito e al quale deve obbligatoriamente adeguarsi. La psicoterapia analitica, infatti, può durare parecchi anni.

La possibilità di protocolli terapeutici diversi, come per esempio l'impiego dell'ipnosi, facilita il lavoro, può abbreviare i tempi, può offrire al paziente l'esperienza di progressivi piccoli risultati che costituiscono un positivo rinforzo verso quel cambiamento che sarà il risultato finale atteso: stare bene, sentirsi liberato da ansie, paure, depressioni, conflitti, complessi o altri panorami di sofferenza che lo hanno condotto a chiedere il vostro aiuto.

Ipnosi e sogno guidato

*Angelo
Giuseppe
de' Micheli*

L'anamnesi

Atto dovuto per il medico, atto rigorosamente dovuto per lo psicoterapeuta. Non può limitarsi alla raccolta di informazioni sequenziali ad una certa cronologia, deve estendersi a capire le condizioni, il setting, le circostanze ambientali e funzionali in cui certe esperienze sono avvenute; deve ricostruire sia la cronaca dei fatti, sia la cronaca delle emozioni che hanno accompagnato quei fatti per poter capire il peso, il significato, la pressione che hanno esercitato sul soggetto, destabilizzando in parte il suo corretto e progressivo sviluppo.

Le esperienze, gli eventi, piacevoli o traumatici svegliano processi emozionali, a tale proposito dobbiamo ricordarci che le emozioni non sono dettate e prodotte dagli aminoacidi che hanno strutturato il nostro numero di geni, (2500 circa) le emozioni sono processi appresi, visti, recepiti e assimilati attraverso il coping. Determinante è capire quanto queste emozioni hanno costituito l'impalcatura sulla quale hanno successivamente fatto presa e leva i processi cognitivi del soggetto, cioè del paziente che ci ha chiesto aiuto.

Ripercorrere la strada della vita di un paziente, significa di fatto rileggere le sue esperienze emotive, collocarle in una sequenza logica, capirne la collocazione storica e gli effetti o conseguenze positive o negative, che ne sono derivate.

Non si tratta di passare in rassegna parte della sua vita, ma di capire che cosa è successo e che valore nel bene o nel male né è derivato. La stessa esperienza per un soggetto può avere valore traumatico mentre per un altro soggetto sfrecciare inosservata e dissolversi senza lasciare traccia.

Questo ci consente di capire che c'è una risposta soggettiva, individuale, personale, intima e profonda che non sempre si rivela in tutta la sua estensione. Sicuramente utile prendere appunti, ma indispensabile capire gli effetti e le implicazioni che per quel soggetto l'esperienza ha provocato.

Il nostro strumento di lavoro è l'ascolto del soggetto, l'esplorazione dei ricordi e, se siano fortunati, la possibilità di conoscere quei segnali che l'inconscio lascia emergere: dimenticanze, atti mancati, lapsus e per i più fortunati i sogni, a condizione che il terapeuta sappia poi interpretarli in modo corretto, compito non facile, che richiede una lunga preparazione e una consolidata esperienza. Diversamente si forniscono informazioni che confondono maggiormente le idee. Meglio rinunciare ai sogni se non si dispone delle giuste conoscenze in materia.

Se l'anamnesi è cronaca, è racconto, è indagine nel mondo cosciente, più laboriosa e complessa è l'anamnesi sull'Inconscio. Quest'ultimo non sa scrivere, non dispone di corde vocali per parlare, non se realizzare forme di comunicazione diretta per rivelare i suoi contenuti. Per il medico Carl Gustav Jung può comunicare telepaticamente, ma restiamo nel mondo osservabile. L'inconscio ha un suo linguaggio, forte, chiaro per chi conosce la sua lingua e sa tradurre, l'inconscio parla soprattutto con i sintomi. Anche i sintomi entrano a pieno titolo nell'anamnesi del nostro paziente, sicuramente non nella forma in cui lui li descrive, ma di sicuro entrano in scena, rivelano, esprimono, manifestano, tengono il loro spettacolo per ricevere applausi sotto forma di attenzione e di conseguenza di cure.

Allo stato attuale non si dispone di un traduttore automatico che converta i sintomi nell'autentico messaggio che viene comunicato dalla mente del paziente. Ne deriva che dobbiamo necessariamente indagare, scavare, esplorare e portare alla luce; in pratica la psicanalisi si sostanzia nel portare dall'inconscio al conscio. Come ricorda il grande Cesare Musatti, " ... non la semplice rievocazione di un ricordo rimosso, ma la trasformazione dell'energia psichica legata a quel ricordo determina la liquidazione del sintomo...".

C'è più di un motivo per credere a ragione che l'anamnesi più è dettagliata più rivela, più porta a capire, consente di tracciare una mappa dei processi psichici che sono coinvolti nelle esperienze del paziente.

Il terapeuta è e resta uno spettatore esterno, ma deve essere uno spettatore attento a

*Angelo
Giuseppe
de' Micheli*

non trascurare nessun particolare nella scena che scorre nei racconti del paziente.

Sarà sulla base e sulle tracce degli elementi acquisiti che, successivamente, potranno essere presentati dei percorsi, favorite e guidate le scelte che il soggetto potrà mettere in essere per raggiungere una visione liberatoria e gratificante del percorso terapeutico che si concluderà con il successo raggiunto dal paziente.

E' doveroso riconoscere che l'anamnesi non si liquida in tempi brevi ma richiede il tempo necessario per avere una solida mappa della situazione storica del nostro paziente. Non è certo tempo sprecato ma costituisce una semina vantaggiosa al fine di avere poi un raccolto abbondante in termine di risultati finali.

L'induzione ipnotica

In tema di ipnosi, verrebbe spontaneo pensare che ogni terapeuta ha acquisito la padronanza di una o più tecniche per indurre lo stato ipnotico; ho volutamente indicato la "padronanza", proprio a sottolineare che non mi riferisco a saper accompagnare il soggetto a "entrare" in ipnosi, ma essere tanto abile nel favorire, incentivare, approfondire e facilitare il raggiungimento di una condizione di ipnosi che, pur essendo necessariamente soggettiva, deve tenere conto della partecipazione, della suggestionabilità, della adesione del soggetto alla nuova condizione di ridimensionamento della realtà esterna, della esclusione soggettiva dall'ambiente e dalla partecipazione a vivere al meglio la realtà ipnotica. In sostanza non si tratta solo di essere in ipnosi ma di vivere al meglio la realtà ipnotica.

Sarà all'interno di quest'ultima che potranno essere esplorati territori della mente, intenzionalmente lasciati nell'ombra.

Sarà in questo spazio tempo che potranno essere formulate delle proposte alternative.

Sarà in questa condizione di coscienza che potranno emergere idee utili e forse risolutive per intraprendere un cammino verso la soluzione, la guarigione, la liberazione di ansie e paure che condizionavano l'esistenza.

Sarà in questo nuovo continente che dovranno essere trovate le risorse per mettere in atto quei cambiamenti che porteranno il paziente fuori dall'ombra verso una luce che lui si è costruito.

Ogni tecnica d'induzione è valida. Nasce spontanea la domanda se una può essere più efficace di altre? Forse. L'importante che sia facile per il terapeuta, quasi spontanea. Che ne abbia la completa padronanza. Che sappia indirizzarla a mettere il soggetto nelle condizioni ottimali per raggiungere quella condizione o livello di profondità ipnotica utile per ottimizzare questo tipo di esperienza; il sogno guidato.

La tecnica ideale tiene conto delle dinamiche volontarie e involontarie della nostra controparte. Molti pazienti, soprattutto nel corso delle prime esperienze d'ipnosi, vogliono essere spettatori, testimoni e pazienti nello stesso tempo e questo crea spazi di limitata partecipazione nel corso dell'induzione dello stato ipnotico. Responsabilizzarli con la formula "io ti insegno a entrare in ipnosi" può essere una manovra vantaggiosa al terapeuta e al paziente che si sente direttamente coinvolto nella situazione, come a dire, "guarda che se non vai in ipnosi è solo colpa tua", farlo partecipe è sicuramente una scelta utile.

Ho suggerito l'uso dell'ipnosi, ma credo sia doveroso chiarire a quale livello di ipnosi dobbiamo fare riferimento. La semplice suggestione che porta il soggetto in una condizione di rilassamento, di torpore, di esclusione dagli stimoli esterni dell'ambiente è sufficiente per intraprendere un sogno guidato? Il più delle volte è sufficiente.

Doveroso ricordare che nel sogno guidato il paziente deve essere messo nelle condizioni di poter parlare, rispondere, scambiare messaggi verbali con il terapeuta; aspetto quest'ultimo ancora oggetto di pareri discordi tra i terapeuti. Alcuni preferiscono che il soggetto immagini, viva, visualizzi, agisca senza dover parlare ad alta voce, altri lasciano spazio al paziente, lo coinvolgono gli consentono, lo invitano a parlare, ad esporre, a raccontare.

Ipnosi e sogno guidato

*Angelo
Giuseppe
de' Micheli*

Siamo di fronte a due scuole di pensiero altrettanto valide, entrambe hanno forti motivazioni a sostegno, lo dimostra il fatto che il padre dell'ipnosi moderna, lo psichiatra e psicoterapeuta Milton Erickson, dialogava con i suoi pazienti in stato ipnotico. Credo sia corretto nel limite del possibile seguire tratti del suo metodo e del suo approccio al paziente.

Personalmente privilegio la tecnica che sottrae il soggetto dall'essere testimone e spettatore, sviluppando al massimo il suo ruolo di paziente. E' mia abitudine non mandare il soggetto sul divano ma lasciarlo su una comoda poltrona, dove sfrutto al massimo le circostanze che lui offre per accompagnarlo nello stato ipnotico, "vedo che tieni la mano destra ben appoggiata sul bracciolo della poltrona, ottimo concentrati sulla tua mano destra....." Rilassamento, concentrazione, alternati in sequenza sono i primi passi per richiamare la sua attenzione e pilotarla nella direzione che intendo percorrere.

Rilassamento, concentrazione, ascolto del respiro, ascolto del battito cardiaco sono il rituale di benvenuto, i primi passaggi che si sperimenta nel corso dell'induzione, possono richiedere un breve intervallo di tempo ma potrebbero necessitare di tempi più lunghi perché esordiscano in una condizione di limitato distacco dalla realtà: a questo proposito valgono sempre le tre regole

Soppressione della locomozione, se si partecipa ad una maratona non è il setting migliore per creare lo stato ipnotico;

Soppressione degli stimoli esterni; una rumorosa discoteca non è il luogo ideale;

Manipolazione dell'attenzione, è il nostro compito fondamentale per accompagnare il soggetto ad entrare in quella condizione di ricettività selettiva che definiamo come stato di ipnosi, scarsamente rilevabile anche nella lettura elettroencefalografica.

Una modesta dose di astuzia può rivelarsi utile, è mia abitudine creare una condizione di disorientamento nel soggetto, per cui mentre lo invito a prendere coscienza della pesantezza del suo corpo, dello stato di rilassamento e di tranquillità in cui si trova, lo invito anche, per esempio a visualizzarsi disteso nel proprio letto nella sua camera a casa sua e a visualizzare tutto quanto è presente nell'ambiente. Chi non ha un letto? un armadio, un quadro, una luce..... Utilizzo dati di realtà, che esistono, ai quali è facile fare riferimento, ricollegarsi con la memoria, in un contesto rigorosamente familiare al paziente. La mia verbalizzazione è mirata a far spostare ripetutamente l'attenzione tra il corpo e quello che ne deriva presente nello studio e la propria immagine distesa nel letto nel contesto a lui facile da visualizzare. Questo costante ritmo equivale ad una facilitante alta in grado di produrre un modesto disorientamento spaziale e temporale che il soggetto deve vivere sotto l'effetto dell'induzione, il vantaggio è evidente: un maggior ritiro della capacità critica, una maggiore disponibilità a seguire le proposte del terapeuta, una condizione di abbandono sia a vantaggio del corpo fisico sia nella rappresentazione spaziale all'interno del proprio letto. Il risultato è una condizione di maggiore adesione nella dimensione ipnotica e ne consegue una maggiore distanza dal reale vantaggio dello stato particolare di coscienza che abbiamo definito come ipnosi.

Questo approccio non è difficile da fare, ha il vantaggio di essere gradito dal soggetto e non impegna il terapeuta a far visualizzare spiagge silenziose e assolate, con il rischio che il paziente sia più incline alla montagna che al mare.

Alcuni colleghi suggeriscono di collocare la propria figura in uno spazio per loro tranquillizzante, sicuro, segreto. Personalmente preferisco ambientare le situazioni nelle condizioni più naturali possibili, senza particolari scenografie che possono costituire motivo di distrazione o di ricordi di sofferenze per il nostro paziente.

Meglio giocare in casa con materiale più familiare possibile, si riducono i rischi di evocare immagini che possono direttamente o indirettamente disturbare i processi cognitivi del soggetto, tutto, non va dimenticato, è e resta materiale sensibile, materiale prezioso ai fini interpretativi, ma materiale che può risultare troppo "caldo" nei suoi significati evocativi.

*Angelo
Giuseppe
de' Micheli*

Il sogno guidato

Il sogno guidato da svegli, costituisce una tecnica ideata dal dottor Robert Desoille, medico francese, nato a Besancon nel 1890, laureato alla Sorbona. La utilizzava in uno stato di coscienza da lui definito semi-ipnoide per il trattamento soprattutto dei traumi post bellici. Il sogno guidato da svegli poteva essere fatto su piccoli gruppi di persone e come il Training autogeno sviluppato dallo psichiatra tedesco Johannes Heinrich Schultz e conosciuto a partire dal 1932; due metodica nate allo scopo di poter trattare più soggetti in contemporanea; logica che sopravvive e che trova conferma nella nascita della metodica EMDR, sviluppata a seguito dei reduci del Vietnam in Asia con gravi esperienze traumatiche.

Operativamente il metodo è piuttosto semplice; vengono proposti alcuni elementi e si osserva come vengono elaborati, introiettati e modellati da parte del paziente.

Il primo passaggio è quello di far immaginare al soggetto di essere sulla riva di un fiume che scorre da destra a sinistra, l'indicazione è solo "scorre", il soggetto deve con tutta calma visualizzarla, memorizzarla e descrivere l'immagine che percepisce. Dietro la coreografica allegorica il fiume rappresenta il percorso della vita, e il messaggio che lascia trasparire è decisamente diverso se lo vede tumultuoso, che sta rompendo gli argini, in piena, oppure se vede un fiume calmo e tranquillo dove vede i pesci che boccheggiano e fanno le acrobazie nell'acqua. Di fatto in termini proiettivi lo stato del fiume potrebbe rappresentare la situazione attuale del soggetto, naturalmente l'interpretazione deve essere prudente e certe ipotesi devono trovare poi più di una conferma per avere un autentico valore probabilistico. La condizione del fiume potrebbe essere una fotografia della situazione attuale del soggetto.

Il secondo passo è di invitarlo ad osservare con molta attenzione l'ambiente, il contesto, tutto lo scenario che è di cornice al fiume, dove un prato fiorito avrà certamente un significato bene diverso da una foresta fitta e oscura, dove è difficile muoversi. E' verosimile che in forma proiettiva il soggetto possa dare una collocazione attuale del suo stato d'animo, sia pure in termini proiettivi.

La tecnica del sogno da svegli guidato non è fine a se stessa come un semplice esercizio, ha una funzione dinamica, il soggetto viene infatti invitato a descrivere quello che vede, quello che osserva, quello che percepisce camminando lungo la riva del fiume fino a salire e vedere la sorgente del fiume stesso. Un percorso che allegoricamente l'ideatore localizza come voler risalire fino alla propria nascita.

Che cosa vedi? Che cosa ti ha incuriosito? Perché ti sei fermato? Chi hai incontrato? Ti stanno chiamando per nome, chi ti chiama? Che cosa senti? Come è la strada adesso?

Sono solo alcune delle più frequenti domande che il terapeuta può formulare mentre il soggetto descrive a viva voce questo suo cammino. L'obiettivo è di far emergere situazioni, ricordi, vissuti che sotto allegoria il soggetto ripropone e che fanno parte del suo patrimonio esperienziale. Il tutto dovrà necessariamente essere adeguatamente filtrato, decodificato, in pratica interpretato perché costituisce una traccia. Una traccia potrà rivelarsi successivamente utile a capire l'origine di certe difficoltà che il soggetto ha sperimentato e rielaborato in forma non sempre la più corretta. Se fossero state adeguatamente metabolizzate non lascerebbero delle conseguenze.

Le risposte sono rappresentazioni immaginate che fortemente sono contrassegnate dallo stato d'animo del soggetto, dalla sua storia personale e, quindi, dalle sue esperienze che trovano possibilità di emergere attraverso una allegoria apparentemente neutra, ma sicuramente indicativa agli occhi del terapeuta che acquisisce materiale sul quale dovrà, successivamente estendere le conoscenze.

Anche i tempi hanno una rilevanza; un soggetto che in breve raggiunge le sorgenti del fiume, sta molto probabilmente vivendo un'ansia di prestazione e cerca in risposte veloci di allontanarsi dalla prova.

Ipnosi e sogno guidato

*Angelo
Giuseppe
de' Micheli*

Un soggetto che allunga i tempi è verosimilmente indicativo di un soggetto che vuole ricalibrare emotivamente i propri ricordi,- che non è mosso dall'ansia di concludere ma più facilmente è guidato da piacere a rivivere, sia pure metaforicamente momenti del suo passato.

L'ideatore della tecnica, guidava il soggetto fino alla sorgente, fino alla roccia da cui esce l'acqua e talvolta lo invitava a fermarsi, riposarsi e ad addormentarsi per la stanchezza del viaggio e, quindi a fare un sogno....Che cosa sogni ?

La gestione di questa tecnica prevede anche altri approcci ma il nostro obiettivo è di ricalcare un metodica trasferita nel contesto ipnotico per attingere a contenuti che possono rivelarsi utili a capire e interpretare il vissuto del nostro paziente.

In questo modo l'anamnesi storia può considerarsi più completa perché mette a disposizione del terapeuta sia i contenuti di cronaca sia quelli che l'inconscio consente di esprimere sia pure sotto una rappresentazione allegorica. La conoscenza delle due trame potrà essere utile a muovere l'attenzione del soggetto verso delle soluzioni che meglio possono rispondere ai bisogni del paziente. Il terapeuta vede più in profondità e questo può rivelarsi molto utile soprattutto per capire la dimensione e la profondità di certe ferite che hanno caratterizzato il nostro paziente.

Ben diversa è l'ansia come semplice stato di allerta, dall'ansia come culla dell'angoscia per il timore di perdita o di separazione, dall'ansia ossessiva compulsiva a quella delirante.

Naturalmente l'esperienza del sogno guidato richiede tempo, non sempre si esaurisce in una sola seduta, può essere necessario dedicare più tempo e più sedute, è il prezzo della conoscenza, dell'indagine, della diagnosi momento determinante per la scelta della terapia.

Doveroso riconoscere che l'esperienza del sogni guidato fatta nello stato ipnotico si rivela già come un momento liberatorio, dove il raccontare, il condividere, il portare allo scoperto, assume una valenza di valore terapeutico.

Una volta che la storia del paziente è chiara, sia pure in termini relativi, si tratta di indirizzare la psicoterapia ipnotica allo scopo di favorire l'individuazione di risorse personali, di possibili cambiamenti, di tentativi finalizzati a mettere in atto cambiamenti, risposte, soluzioni che siano messi a misura del soggetto. Fatti ad arte per lui, guidando la mano mentre lui li realizza.

La destinazione di un percorso di psicoterapia vede il suo traguardo soprattutto e rigorosamente nel cambiamento.

Bibliografia consigliata

- 1) Carlos Castaneda - *L'arte di sognare*
- 2) Robert Desoille - *Teoria e pratica del sogno da svegli guidato*
- 3) Michael Katz - *Il sogno lucido*
- 4) Carl Gustav Jung - *L'analisi dei sogni, gli archetipi dell'inconscio, m la sincronicità*
- 5) Evan Thompson - *La veglia, il sogno, l'essere*
- 6) Edward C. Whitmont - Sylvia Brinton Perera - *Il linguaggio dei sogni, simboli e interpretazione*
- 7) Bruno Banone - *L'apprendista onironauta - sogni lucidi come scoperta del sé;*
- 8) Sigmund Frued - *L'interpretazione dei sogni*
- 9) D.M. Hengel - *Guida all'ipnosi*
- 10) De Benedittis G. Lorioed C. Mammini C. Rago N. - *Trattato di ipnosi dai fondamenti alla pratica clinica*
- 11) Pavesi P, Mosconi G. - *Tecniche a applicazione dell'ipnosi medica*
- 12) Erickson M. Rossi E. - *Ipnoterapia*
- 13) Erickson M. Rossi S. - *Tecniche di suggestione ipnotica - Induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta.*

Marisa

Faioni

Psicologa,
psicoterapeuta
Orientamento
analitico-relazionale

Messages in a bottle. La paradossale preziosità dei sintomi

*Da manifestazioni di sofferenza a potenziali occasioni di trasformazione,
se solo li si interroga e ci si fa carico della loro domanda di senso*

Presentiamo con piacere il contributo della dottoressa Faioni che, muovendosi su coordinate epistemico-teoriche di chiara matrice psicodinamica e psicoanalitico-relazionale, ci offre l'opportunità di cogliere significativi punti di contatto nel comune intendere il carattere metaforico della fenomenologia sintomatologica, unitamente alla necessità di una sua collocazione non solo intrapsichica ma anche e soprattutto relazionale. Collocazione che l'Autrice ovviamente rilegge in chiave transferale, ma con accenti che ne consentono una agevole ritrasposizione comunicativo-relazionale molto vicina alle dinamiche del *rapport*. Per queste ragioni teoriche, nonché per gradevolezza estetica, suggeriamo al lettore di non perdere di vista anche le note che accompagnano il presente lavoro, questo per via della loro ricchezza metaforica che ne esalta la bellezza letteraria.

I sintomi psichici sono la manifestazione esteriore di una sottostante strutturazione psichica più o meno stabile, di una organizzazione - o disorganizzazione - del Sé.

In quanto tali, se solo si è in grado di coglierne la natura di indizi, sono da tenere in gran conto come *fatti* paradossalmente preziosi, potenziali occasioni di trasformazione e riorganizzazione, purché se ne comprenda appunto il senso e la funzione che svolgono nell'equilibrio - o disequilibrio - complessivo della persona. Affinché, cioè, da meri *fatti* divengano oggetto di *riflessione vissuta e condivisa* e quindi trascesi.

Se avvertiti con disagio o sofferenza, cosa non affatto scontata poiché il *malessere* non necessariamente li accompagna tutti e in tutti, non sono la causa prima del medesimo. I sintomi possono, nel caso, essere allora anche concepiti come *messaggi che bussano dal mondo interno*, seppur non è per nulla garantito che vengano intuiti come tali dal loro portatore. A maggior ragione se si presentano sotto le mentite spoglie di sintomi somatici.

È tuttavia possibile che i sintomi accompagnati da malessere conducano il soggetto a *bussare* alla porta di uno psicoterapeuta con una richiesta, in ordine a essi, che può essere di vario tipo o variamente complessa.

Possiamo allora immaginarli anche come *messaggi in una bottiglia* gettata da un naufrago nella speranza che qualcuno - lo psicoterapeuta a cui il paziente per caso arriva appunto a bussare - sia in grado di individuarlo, disperso com'è tra i flutti, per aiutarlo a tornare a casa sano e salvo.

Una tendenza attuale piuttosto marcata è quella di volersi sbarazzare il più in fretta possibile dei sintomi per sentirsi normali ed efficienti - perché così viene spesso concepita la propria casa: normale e ordinata, ordinata, s'intende, secondo una regola esterna a sé.

È come potrebbe essere diversamente? Si tratta infatti di una tendenza coerente con i dettami dell'epoca in cui viviamo, segnata dal neoliberalismo e dalla richiesta di produttività ad oltranza, oltre che dalla pretesa che tutto si possa ottenere velocemente, solo che lo si voglia, e che ciò che disturba e limita lo si possa dominare e superare con la tecnica [1].

Nell'immaginario comune, ciò si traduce spesso e volentieri nell'aspettativa/pretesa che sia sufficiente *delegare* allo psicoterapeuta, *tecnico dell'anima*, il sollievo immediato dal malessere, analogamente a come si fa quando si prende un analgesico per il mal di testa o ci si fa prescrivere dal medico di base un ansiolitico, un sonnifero o un antidepressivo.

Beninteso: non c'è nulla di scandaloso né nel desiderio del paziente di rimuovere

*Messages in a bottle.
La paradossale preziosità dei sintomi*

*Marisa
Faioni*

velocemente quelle che gli appaiono come le cause del suo disagio né nell'avvalersi, in certe circostanze, di un aiuto psicofarmacologico. Più in generale, il paziente ha infatti il pieno diritto di porgere, esplicitamente o implicitamente, qualsiasi richiesta *non mediata*, così cioè, come gli viene, nonché di porgersi e di muoversi secondo le sue proprie modalità relazionali, quali che siano. Spetta invece al terapeuta di reagire, o di modulare la propria reazione, a un tale porgersi in un modo che non necessariamente è di *immediata* e totale accoglienza, per non rischiare di essere connivente con quella domanda di adeguamento. La *sanità mentale* non è infatti sinonimo di adattamento acritico alle richieste sociali dominanti e/o a quelle familiari. Ancora, per non rischiare - il terapeuta - di essere compiacente con quella domanda di *non senso*, che cioè non interroga il senso e la funzione dei sintomi portati nella stanza del terapeuta come meri fatti.

Mi vengono in mente certe diete spacciate per miracolose grazie a un qualche ritrovato erboristico o chimico che ogni anno, nell'imminenza dell'estate, vengono lanciate sul mercato e che poi portano immancabilmente a una ripresa veloce del peso, ammesso che aiutino anche solo momentaneamente a perderlo, non promuovendo alcuna consapevolezza alimentare di base. Allo stesso modo, la ricerca, o promessa, della veloce rimozione dei sintomi è per lo più una illusione che non porta ad un benessere duraturo. Sarebbe come limitarsi a mettere una semplice toppa superficiale sul ponte dell'imbarcazione del naufrago mentre la falla nello scafo non potrà che riprendere prima o poi a fare acqua da altre parti.

Va aggiunto che nella cultura postmoderna persino il disagio esistenziale, connesso alla ontologica condizione di limitatezza e di precarietà umana, è considerato patologico e come tale va asportato, quasi fosse un tumore maligno. È come se la dimensione tragica dell'uomo, segnata dalla consapevolezza del limite e della morte, fosse bandita, oggi, da ogni discorso accettabile e da ogni sentire [2].

A differenza di quella aspettativa/pretesa di cui sopra del pensiero dominante, la psicoterapia, e sicuramente quella ad orientamento psicodinamico, non è prioritariamente una *tecnica dell'anima*. È, bensì, una esperienza relazionale profonda in cui uno dei partecipanti - lo psicoterapeuta - dopo essere stato *contagiato* dalla sofferenza dell'altro - il paziente - è in grado di emergerne perché è già emerso più e più volte dalla propria sofferenza in cui riecheggia quella di quest'ultimo (se è sostanzialmente vera l'affermazione di Terenzio per cui *Homo sum, humani nihil a me alienum puto*) [3]. Ed è allora proprio in forza di questa esperienza personale del terapeuta che egli può aiutare il paziente a emergere a sua volta dal suo patimento.

In questa ottica, la teoria della tecnica psicoanalitica non può che essere intesa al servizio della specifica relazione che si instaura in ciascuna coppia paziente-psicoterapeuta e non come una teoria che informa di sé la relazione.

Potremmo paragonare il percorso psicoterapeutico all'esperienza della catàbasi, la discesa nell'Oltretomba alla ricerca dei propri cari, cantata tante volte in letteratura, a partire dall'Odissea fino ad arrivare alla Divina Commedia [4]. E come in quest'ultima Dante è accompagnato dalla guida di Virgilio, così il paziente è accompagnato dall'analista a rivisitare il luogo delle proprie origini e delle proprie ombre, per poter riemergere alla fine alla superficie del presente, cambiato dall'esperienza fatta in sé e per sé, e dall'aver esperito una relazione di profonda condivisione e di confidente sicurezza.

Il viaggio negli Inferi è funzionale a ritrovare la propria identità [5], è un viaggio iniziatico. Ulisse discende nell'Ade (XI canto dell'Odissea) per conoscere il destino che gli spetta: vuol sapere da Tiresia quando finalmente raggiungerà Itaca. È proprio grazie all'incontro con gli affetti più cari - la madre Anticlea e i compagni di guerra, Agamennone, Aiace e Achille - per quanto ormai ombre, che Ulisse ha la possibilità di soffermarsi sul passato per guardare al futuro consapevolmente [6].

Il terapeuta, altrettanto, incoraggia il paziente alla discesa, rischiando di perdersi

Marisa
Faioni

Messages in a bottle.
La paradossale preziosità dei sintomi

insieme a lui tra le sue ombre, come deve aver già rischiato di fare tra le proprie in una sua precedente catàbasi [7], per poi confortarlo rispetto alla paura di non riuscire a tornare ed effettivamente riaccomparlo fuori: tornare vuol dire emergere dall'angoscia delle proprie parti oscure costrette altrimenti a rivivere in eterno la medesima pena.

I pazienti si lamentano, a volte, di ritrovarsi nel corso dell'esperienza psicoterapeutica a dolersi sempre delle medesime questioni - della medesima sintomatologia - e interpretano la cosa come se non stessero facendo progressi. Al contrario, risulta clinicamente che sia solo vivendo e rivivendo in terapia quelle situazioni emotive che ci hanno fatto soffrire, ma questa volta in modo per così dire assistito e condiviso dal terapeuta che accoglie e aiuta a *rimodulare l'esperienza*, che possiamo emergere rinnovati.

Non è, infatti, solo la ripetizione pregressa di esperienze negative ad aver provocato un effetto vizioso, scavando i solchi della sofferenza in cui si continua ad inciampare, è anche, viceversa, la ripetizione di esperienze positive di accoglienza e di sicurezza affettiva, mentre si affrontano i propri spettri, a divenire virtuosa fino a far sviare da quei solchi.

[1] “La tecnica consente l'occultamento del dolore, ma è anche vero che il dolore dà scacco alla tecnica. La tecnica è l'unica dimensione in cui l'uomo contemporaneo pensa il suo successo, o quanto meno riesce a prospettarsi il suo movimento, ma la tecnica può fallire. [...] L'uomo contemporaneo [...] percepisce il rumore di fondo della sofferenza anche se essa è tolta dalla scena ed è occultata. La sofferenza trapela e forza la congiura del silenzio che le molteplici, civili, e costruttive attività del giorno coprono con il rumore produttivo e fecondo. Ma l'eco sorda del dolore l'uomo contemporaneo se la porta dentro, la vive nella forma dell'inquietudine, se la tiene nel cuore come ansia”: così Natoli, S., *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano, 2001, p. 270.

[2] Che la morte sia divenuta un tabù nella cultura occidentale, ma non sempre lo sia stato, è ben testimoniato da Ariès, P., *Storia della morte in Occidente*, Rizzoli, Milano, 1978. Si veda in proposito anche Benasayag, M., *Oltre le passioni tristi. Dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa*, Feltrinelli, Milano, 2016, che a p. 23 così afferma: “la sofferenza esistenziale è oggi colonizzata dalla sofferenza patologica”. Chiamo “sofferenza esistenziale” il modo in cui l'umano sperimenta il fatto di essere limitato: limitato come individuo, come gruppo, come specie vivente. Anche se è controintuitivo, i limiti sono essenziali alla vita, la condizione per quella “stabilità lontana dall'equilibrio” che la caratterizza (per riprendere la celebre formula di Claude Bernard); è la ragione per cui morte, malattia, impotenza, sofferenza, lungi dal rappresentare un insieme di debolezze, sono parte integrante di quella dinamica di fragilità senza la quale non ci potrebbe essere vita, salute, gioia. Ora, il credo postmoderno, scienziista ed economista, si fonda sull'idea di una potenza che non conoscerebbe processi antagonisti e considera ogni limite come un'ingiustizia proveniente dall'esterno.”

[3] Se è assolutamente vero che in ogni persona la sofferenza si declina in modi assolutamente unici, è altrettanto vero che non è necessario aver fatto le stesse identiche esperienze nella vita per ritrovare dentro di sé, magari solo con intensità differente, le dinamiche psichiche ad esse sottese. Come a dire che dentro di noi è contenuto l'universo psichico in tutte le sue declinazioni anche se non tutto ha ugual peso nell'equilibrio di ciascuno e non tutto si manifesta allo stesso modo.

[4] Si tratta in effetti di un *tòpos* letterario della cultura sia greca sia latina. Si pensi, nella mitologia greca, anche alla discesa negli Inferi compiuta da Eracle, da Dioniso, da Orfeo e da Teseo insieme all'amico Piritoo, e nella letteratura latina, a quella di Enea che ritrova Didone e il padre Anchise, cantata da Virgilio. Nella letteratura italiana delle origini, poi, spicca ovviamente la Divina Commedia con il viaggio di Dante nell'Inferno, nella prima cantica, accompagnato da Virgilio. Ma a ben vedere, il motivo topico della catàbasi si ritrova anche più anticamente, per esempio, nella epopea mesopotamica di

*Messages in a bottle.
La paradossale preziosità dei sintomi*

*Marisa
Faioni*

Gilgamesh e nella saga egizia di Iside.

[5] Dioniso, secondo una versione del mito, si cala nell'Oltretomba per ritrovare la propria identità divina.

[6] Interessante è l'esortazione che Anticlea pronuncia rivolta al figlio Ulisse, dopo che questi si dispera di non riuscire ad abbracciarla e dopo avergli spiegato la condizione propria delle anime private del corpo: "Ma tu cerca al più presto la luce; però tutto qui/ guarda, per raccontarlo poi alla tua donna!", come se la consapevolezza piena venisse dal racconto che si fa ad altri di ciò che si vede.

[7] Non a caso Virgilio aveva scritto nel libro VI dell'Eneide della discesa di Enea negli Inferi: se partiamo dal presupposto dell'identificazione fra scrittore e personaggio - come peraltro avviene esplicitamente fra Dante scrittore e Dante protagonista della Divina Commedia - è come se Virgilio fosse sceso lui stesso nell'aldilà e per questo fosse in grado poi di fare da guida sicura a Dante. È ciò che, del resto, egli stesso dichiara davanti la porta di Dite, nel quinto cerchio dell'Inferno, ovvero di conoscere la strada verso il regno dei morti (canto IX, vv. 19 e): "Ver è ch'altra fiata qua fui" e "ben so'l cammin; però ti fa sicuro". E quanto al rischio di perdersi, è proprio in questo canto che Virgilio manifesta, unica volta, una esitazione e un'ansia, impallidendo e cambiando discorso, denunciando così nel suo stesso smarrimento la sua natura umana anche nel ruolo di guida sicura (vv. 1-3: "Quel color che viltà di fuor mi pinse/ leggendo il duca mio tornare in volta,/ più tosto dentro il suo novo ristringesse." e vv. 7-9: "<<pur a noi converrà vincere la punta>>,/ cominciò el, <<se non... Tal ne s'offerse./ Oh quanto tarda a me ch'alteri qui giunga!").

[8] Più e più volte Dante è preso da sconforto e Virgilio lo incoraggia a non farsi travolgere da "viltade". Nel secondo canto, ai vv. 127-131, Dante, dopo essere stato assalito dalla paura e dal dubbio circa la sua idoneità a intraprendere un tale viaggio nell'Inferno, appresa la risposta della sua guida che si dice inviato con tale ruolo da Beatrice, così racconta di essersi rinfrancato e deciso: "Quali fioretti dal notturno gelo/ chinati e chiusi, poi che 'l sol li 'mbianca,/ si drizzan tutti aperti in loro stelo,/ tal mi fec'io di mia virtude stanca, e tanto buon ardere al coro mi corse,/ [...]"

*Ivano
Lanzini*
Psicologo,
Epistemologo,
Psicanalista,
Docente AMISI

L'approccio non direttivo e meta - interpretativo in psicoterapia (prima parte)

Presentiamo, con significative modificazioni e aggiornamenti, un lavoro – da noi utilizzato in sede didattica anni orsono – dedicato alla delineazione di quell'approccio non direttivo alla teoria e alla prassi psicoterapica che ci pare a tutt'oggi utile proprio in rapporto ad un sviluppo sempre più 'compiuto' delle virtualità cliniche dell'approccio ericksoniano, soprattutto in relazione ad una più ampia gestione delle dinamiche comunicativo-relazionali che strutturano il rapporto e, ancor di più, in riferimento alle modalità di costruzione di un percorso metaforico rispettoso delle peculiarità idiosincratiche del paziente e ai vissuti controtransferali del terapeuta.

Data la relativa complessità del lavoro, abbiamo pensato opportuno suddividerlo in tre parti, onde consentire anche una più agevole lettura critica parte di allievi e colleghi.

«Approccio» da appropciare, derivante dal composto latino « *ad prope* » (andar vicino, presso) e' un termine che designa un atto o processo di avvicinamento a qualcuno o a qualcosa.¹

L'approccio di cui vorremmo parlare in questa sede attiene ad un *modo di intendere e praticare* l'« *ad prope* », l'andare vicino a quel "qualcosa" chiamato «psicoterapia».

L'approccio non direttivo e meta - interpretativo in psicoterapia (prima parte)

1. "Avvicinarsi alle idee"

2. Premesse teoriche e già psicologiche

3. "Avvicinarsi all'oggetto"

a. Relazione e comunicazione: l'alfa e l'omega della terapia psicologica.

b. Comunicare cosa, comunicare come

Abbiamo detto modo di «intendere e praticare». Ciò significa che l'approccio di cui parleremo si nutre di *due* istanze e di *due* oggetti di riflessione:

uno teorico: *connesso all'avvicinamento al «cosa sia « della psicoterapia;*

uno pratico: *connesso all'avvicinamento al «come sia o dovrebbe essere il 'funzionare' della psicoterapia.*

La scelta del termine «approccio» non va intesa in senso retorico, e cioè come espressione di un semplice e formale atteggiamento di cautela. Bensì come espressione della consapevolezza della notevole complessità dei *fenomeni* e dei *problemi* inclusi nel termine «psicoterapia»; nonché della consapevolezza della *attuale* limitatezza e fragilità *epistemologica dell'insieme* delle teorie psicologiche (dinamiche e non) che stanno a fondamento degli schemi concettuali e delle concrete modalità operative di *tutta* la psicoterapia contemporanea. Parleremo di approccio quindi, perché la psicoterapia non può essere, oggi, che *semplicemente* «avvicinata».

L'approccio non direttivo e meta - interpretativo in psicoterapia (prima parte)

**Ivano
Lanzini**

E questo perché *qualsiasi* discorso di o sulla psicoterapia non può configurarsi, se criticamente inteso, che come discorso «intorno», «nelle vicinanze» di una realtà fenomenica ancora confusa e tantomeno rigorosamente definita: appunto, di una realtà ancora priva di chiari e consensuali «confini» teorico-concettuali.

Esattamente come *qualsiasi pratica* psicoterapica non potrebbe né dovrebbe, allo stato attuale delle conoscenze “scientifiche”, essere attuata se non come modalità di avvicinamento alla realtà, altrettanto complessa, sfuggente e non ben delimitata concettualmente, della sofferenza psichica.²

1. «Avvicinarsi alle idee»

Si è detto di un approccio come di un avvicinamento teorico al «cosa sia» della psicoterapia. Saremmo degli ingenui se pensassimo che l'avvicinamento ad un oggetto, la sua semplice osservazione sia concettualizzabile come pura, passiva registrazione della sua fenomenologia obiettiva.

Un oggetto *puramente* percepito o, meglio, osservato è un oggetto *concettualmente* «vuoto». Se si preferisce, è un oggetto sì registrato, ma «muto»: un oggetto-sfondo. Soprattutto, un oggetto a-problematico. Forse un oggetto invisibile perché non visto: a rigore, infatti, noi possiamo vedere senza capire e guardare senza vedere. Se si vuole, possiamo vedere-*che* e non *perché*.

Nella realtà *logica e psicologica*, noi ci avviciniamo ad un oggetto sulla base di un interesse e secondo una intenzionalità nella cui origine è già consegnata una pre-concezione dell'oggetto. Più che vedere, noi «andiamo a vedere»: il «se», il «cosa», il «come (e il come mai)» e il «perché» di un oggetto, di un dato, di un fenomeno; del suo accadere «così» (invece che «cosa»), del suo accadere «ora» (invece che «allora»), ecc...

In breve, noi percepiamo *secondo modalità problematizzanti e interrogative*. La qualità, i contenuti, il senso di questo sguardo (di questa «andar verso») problematizzante e interrogativo sono i *vettori* che dirigono la nostra osservazione e che ci fanno guardare l'oggetto secondo determinate angolature (: che ce lo fanno vedere «così», invece che «cosà» - quando magari l'oggetto è visibile «così e cosa»).

Ciò altresì significa che noi siamo «memoria-che-guarda»: che ci avviciniamo all'oggetto secondo un asse cognitivo-emotivo—(l'interesse all'oggetto non essendo *mai pura* scelta logica e razionale)—che non è in atto, che non si genera nella contingenza empirica del nostro incontro con l'oggetto, *ma che ha una storia*. Precisamente, *la storia di ciò e di come abbiamo appreso ciò che abbiamo appreso*: la storia dello sviluppo, per l'apprendimento, dei nostri stessi codici di interrogazione del mondo che ci circonda.

Avvicinarsi all'oggetto «psicoterapia» ci pare allora che debba configurarsi come un *avvicinarsi critico alle concezioni di psicoterapia che ci hanno insegnato o che abbiamo incontrato vuoi tramite la ricerca teorica, vuoi tramite esperienze personali, soggettive, vuoi tramite testimonianze (autorevoli e amicali) di essa*.

Il primo approccio alla psicoterapia, meglio *l'inizio* del movimento di avvicinamento ad esso, se produttivo vuole essere, non può pertanto presentarsi che come movimento di rilettura delle idee e dei modelli di psicoterapia appresi.

Una delle premesse fondamentali di quello che abbiamo ritenuto di poter concettualizzare come «approccio non direttivo e meta-interpretativo in psicoterapia» risiede proprio in questo: nel *mantenimento di una forte distanza critica e di una notevole apertura epistemologica circa le «idee» sulla psicoterapia e della psicoterapia*.

Giacché in pochi ambiti disciplinari è dato riscontrare tra le «idee (i.e. le «costruzioni teoriche») e i loro «oggetti di riferimento» (la fenomenologia psicologica e psicopatologica dell'uomo) connessioni così spurie, contraddittorie e mistificanti come quelle reperibili in campo psicoterapico.

E questo - si noti - non per una particolare insipienza degli studiosi del campo (psicologi,

Ivano
Lanzini

*L'approccio non direttivo e meta-
interpretativo in psicoterapia
(prima parte)*

psichiatri, psicoterapeuti, psicoanalisti ecc.), ma per la natura stessa dell'oggetto di studio: la fenomenologia ideativa, emotiva, affettiva e relazionale dell'uomo in quanto ente che soffre di se e degli altri.

Quello che vogliamo qui evidenziare con forza, anche se con inevitabile schematismo, è che quando abbiamo a che fare con « dati » e « fatti » lontani, per consistenza fenomenica, dalla « cosalità » e discretezza tipica del dato-fatto naturale e fisico, il piano teorico, ovvero l'insieme delle idee che elaboriamo su queste dati-fatti non cosali interviene non solo nella forma della loro rappresentazione concettuale, ma anche nel processo della loro costruzione al punto che, nella massima buona fede, *possiamo costruire dei fatti...non esistenti.*³

Oppure possiamo deformarli, alterarli, distorcerli mediante un'extrapolazione ingigantita di loro aspetti parziali, settoriali, talora marginali.

La consapevolezza della complessità e ambiguità del rapporto tra teorie psicologiche e « uomo (che soffre) »; e soprattutto la consapevolezza dell'intima fragilità epistemica e logico-metodologica del pensare psicologico che fa di tale pensare, spesso, più una pura 'Loghìa doxematicà, un puro 'discorrere opinabile' e per opinioni, ricco della ricchezza del discorso letterario e però, come tale discorso, anche ambiguo e confusivo (perché tramite esso *tutto è dicibile: tutto e il contrario di tutto*) per cui tale pensare psicologico non può ancora considerarsi pensare compiutamente scientifico. Questa consapevolezza duplice, lo ripetiamo, è ***una delle basilari premesse teoriche e già psicologiche dell'approccio non direttivo come da noi inteso.***

2. Premesse teoriche e già psicologiche

Siamo dell'avviso che la forma di consapevolezza appena esposta sia di difficile applicazione pratica. Sia cioè di ardua gestione intrapsichica nella concretezza della relazione di setting.

E' questa, infatti, una relazione umana ove i livelli di ansia (che, almeno in buona misura, nascono da un genuino interesse per l'altro che si declina e coniuga di fronte a noi e con noi) sono tali da imporre quasi un «bisogno», una necessità di comprensione *totale* dell'altro. Di capire cosa, come e perché si trovi nella situazione in cui si trova; nonché di capire come aiutarlo a venirne fuori (cosa che del resto il paziente a più riprese chiede, richiede e pretende).

Ma vi è poi anche un secondo movimento intrapsichico che si oppone (e quanto potentemente!) alla pratica «interiore», all'integrazione armonica della suddetta consapevolezza nel contesto del setting. Ci riferiamo alla dinamica, narcisistico-«sadica» (sovente di origine infantile, talvolta indotta, o promossa dal tipo di training ricevuto, o «subito») in forza della quale il terapeuta inconsapevolmente desidera» (e in taluni più drammatici casi, « ordina « attraverso modalità più o meno implicite e silenziose o esplicite e direttive) che *il paziente «sia» come egli lo concettualizza, o «abbia» ciò che egli ha «visto in lui» , o soffra per le ragioni che egli «ha scoperto»*. Dinamica questa che si fa più frequente o probabile se ciò che il paziente «è», «ha» o di cui soffre corrisponde fenomenologicamente a ciò che il terapeuta o analista «sa di sè» o di sè ha «magistralmente» appreso durante il suo training.

Premessa teorica e psicologica quella della suddetta consapevolezza e *già formativa:* ossia già funzionale ad un avvicinamento teorico e pratico alla psicoterapia capace, o per lo meno, virtualmente funzionale a eliminare o a ridurre la più sottile e profonda e subdola forma al tempo stesso di distorsione percettiva e di direttività manipolativa: *quella connessa alla nostra costruzione concettuale dell'altro da noi.*⁴

3. «Avvicinarsi all'oggetto»

E' indubbio che avvicinarsi all'"oggetto" psicoterapia rinvii ad un esame del «cos'è» della sofferenza psichica (ossia del campo di intervento dell'agire psicoterapico) e, in segui-

L'approccio non direttivo e meta - interpretativo in psicoterapia (prima parte)

Ivano
Lanzini

to, del «cosa è» della psicoterapia, ovvero ad una definizione delle sue modalità e ragioni di intervento.⁵ Per evidenti ragioni di spazio, non possiamo concederci qui l'obiettivo, pur importantissimo (e in altra sede da noi già trattato), della disamina critica delle varie teorie o modelli di sofferenza psichica (nonché dei modelli della struttura e della dinamica psichica umana). A questo **riguardo, non possiamo che ribadire come, anche in questo caso, dovrebbero valere quelle avvertenze critiche da noi tracciate nel precedente paragrafo.**

Più utile, al fine di meglio tracciare se non una compiuta «carta di identità» dell'approccio non direttivo e meta-interpretativo, almeno un suo apprezzabile «schizzo», più utile si diceva è evidenziare alcune delle sue più essenziali connotazioni pratiche e applicative.

a. Relazione e comunicazione: l'alfa e l'omega della terapia psicologica.

Prenderemo le mosse dal seguente intreccio proposizionale (della cui assertività necessitata ma non voluta ci scusiamo):

1. la psicoterapia (al di là di tutte le sue molteplici e contraddittorie diversificazioni teoriche e tecniche)

appartiene alla classe delle relazioni umane specialistiche e significative:

a. «classe delle relazioni umane»: perché in essa sono reperibili, quali «protagonisti» dei soggetti umani che entrano in un rapporto dotato di sufficiente durata temporale, di sufficiente coinvolgimento emotivo, di sufficienti livelli comunicazionali da renderlo, a questo livello, sovrapponibile a ciò che nel linguaggio e nella realtà comune (a-specialistica e a-professionale) denominiamo «relazione umana»;

b. «specialistiche»: perché tra i protagonisti di tale relazione, uno, (il terapeuta o analista) si presenta portatore di particolari competenze professionali di origine disciplinare; nonché perché relazione scelta dall'utente stesso con finalità «speciale» (appartenente alla classe della «cura»);

c. «significative»: perché proprio per la particolarità della coniugazione di aspetti umani e specialistici, la relazione psicoterapica si riveste di una acuta pregnanza psicologica (soprattutto per l'utente); di una pregnanza che la rende particolare e particolarmente rilevante (i.e. dotata di profondo significato umano ed esistenziale) per chi la richiede.

Se quanto qui asserito è accettabile, allora consegue che avvicinarsi alla psicoterapia voglia dire avvicinarsi alla fenomenologia delle *modalità relazionali e comunicative che la strutturano, che la specificano: la fanno essere «lei» nel novero delle molteplici pratiche specialistiche.*

Ancora, vuol dire che sarà nel *modo* di comunicare e relazionarsi che troveremo la base empirica delle differenze intra-psicoterapeutiche.

b. Comunicare cosa, comunicare come

La comunicazione è il processo dell'interscambio informativo-classificatorio al cui interno e in forza del quale avvengono tutte le interazioni umane e tutte le umane modalità relazionali.

Ciò che comunichiamo, *come* lo comunichiamo e *perché* lo comunichiamo sono le modalità attraverso le quali noi veniamo ad interagire con i nostri simili, *così* creando tra noi e loro le invisibili e profonde coordinate al cui interno definiamo la nostra relazione con loro: il «chi è» del nostro essere con loro, il «chi è» del loro essere con noi.

Comunicare, in altri termini, non è solo trasmettere informazioni ma, al tempo stesso, è anche definire il nostro ricevente, nella forma della definizione della nostra relazione con lui.⁶

Proprio questa intima bivalenza, questa intima e duplice virtualità informativo-definitoria è ciò che rende il processo comunicativo (umano) dotato di altri due esiti bivalenti: quello del favorire la conoscenza e crescita nostra e degli altri (dell'emittente e del riceven-

Ivano
Lanzini

*L'approccio non direttivo e meta -
interpretativo in psicoterapia
(prima parte)*

te); quello della manipolazione dei termini in comunicazione.

Ovviamente, per «manipolazione», non dobbiamo intendere qualcosa di grossolanamente violento o aggressivo. Men che meno di esplicito e consapevole (nè per l'emittente nè per il ricevente). Più sottilmente, dobbiamo intendere un processo, in larga misura inconsapevole, e tale per cui *la manipolazione si presenta nella forma della definizione del sapere e dell'essere dell'altro attuata mediante parole* (o silenzi, che delle parole sono il contrappunto; o gestualità, che delle parole sono il commento meta-linguistico).

Bene, se analizziamo il comunicare psicoterapico alla luce di questo duplice parametro *informativo/manipolativo*, potremo notare come quelle modalità comunicative chiamate «interpretazioni» (che per molto tempo hanno costituito lo «strumento di lavoro» fondamentale dell'intero universo delle psicoanalisi)⁷ presentino una forte accentuazione della dimensione manipolativa.

Che significa «interpretare»?

Ortodossamente, l'interpretare è 'enunciazione di asserti contenenti informazioni sul «veramente detto» del paziente (del ricevente).

L'analista, interpretando, compie una operazione composita, in forza della quale comunica al suo ricevente una «verità»:

- che a lui sfugge;
- che lui non solo non sa, ma che sa *diversamente*,
- una verità che pertanto si oppone al suo sapere di sé.

Interpretare, quindi, non è un puro dare informazioni. Bensì è un definire (anche in senso etimologico: dare dei confini, stabilire dei limiti) le forme e i contenuti della consapevolezza che il soggetto ricevente ha di sé

. In breve, è un intervenire sul sistema di riferimento cognitivo-emotivo-affettivo (cosciente e inconscio) in forza del quale l'individuo elabora forme e contenuti della propria autopercezione.

Si noti, l'interpretare non è un semplice «spiegare». Più profondamente è uno spiegare «contro»: esattamente uno spiegare che si oppone alla coscienza, al piano cognitivo e emotivo non del paziente ma *che è il paziente*. Esemplicativamente: comunicare al paziente che le sue manifestazioni di stima all'analista, in realtà, contengono alti livelli di aggressività verso di lui, coprono sensi di inferiorità, collegati a sentimenti analoghi provati in rapporto ad una figura paterna vissuta come onnipotente vuol dire enunciare asserti che non si limitano a fornire nuove informazioni sul «detto» del paziente, ma che ridefiniscono il senso complessivo, l'intero orizzonte di significato in una misura e secondo una prospettiva che non solo non è iscritta nel «detto» ma che addirittura è da esso formalmente negata. *Emerge qui pertanto come l'interpretare sia, sostanzialmente, un destrutturare per via della ricodificazione del senso e del significato del detto (sognato, fatto) del ricevente-paziente.*

Ora quello che ci interessa rilevare in questa sede non è solo e tanto il livello di attendibilità delle griglie teoriche (i modelli di mente e di patologia psichica) che consentono all'analista di procedere al suvvisto processo di *destrutturazione interpretativa*, bensì e soprattutto la valenza obiettivamente 'manipolativa' di tale procedere.

Giacchè, anche se il processo interpretativo fosse vero (anche se, cioè, il detto dell'analista fosse realmente il «veramente[inconsciamente] detto» del paziente) resterebbe pur vero che tale processo interpretativo si pone come attività di decentramento del focus coscienziale del paziente e quindi come attività che pone il paziente nella condizione di rivedersi e ri-sapersi secondo uno sguardo che non nasce da lui ma da un altro: dall'analista.

Chiamiamo «manipolazione» qualsiasi modalità comunicativa che pone il ricevente nella condizione di un *acritico* (e, in parte, necessitato) apprendimento *eteronomo*, ove l'acriticità è connessa/dipendente dalla qualità destrutturante i livelli e le forme di consa-

L'approccio non direttivo e meta - interpretativo in psicoterapia (prima parte)

Ivano
Lanzini

pevolezza di sé del ricevente.

Conviene soffermarsi un attimo su questa nostra asserzione. E chiarire:

- che per apprendimento «eteronomo» non intendiamo l'acquisizione di dati informativi puri e semplici: tale acquisizione, infatti, costituisce il minimo comun denominatore di tutte le forme di apprendimento; per certi aspetti è una delle plausibili definizioni dell'apprendimento in quanto tale;

- che, per conseguenza, l'apprendimento è sempre eteronomo o, meglio, sempre presenta una *dimensione* eteronoma: un suo dipendere dall'altro da noi, da ciò che l'altro ci comunica; l'altra dimensione, invece, essendo connessa agli aspetti assimilativo-rielaborativi del soggetto;

- che la qualificazione eteronomica, da noi usata in senso negativo, si riferisce ad un tipo particolare di apprendimento: precisamente all'apprendimento-di-noi, e cioè a ciò che veniamo a sapere, comprendere e valutare di noi, della nostra vita, del nostro modo di essere, sentire ecc. *in forza di dati di cui non siamo consapevoli* e che ci sono però 'autorevolmente' comunicati;

- che tale qualificazione negativa dell'eteronomia non è da intendersi in assoluto, ovvero non implica che l'apprendere di noi per il tramite dell'altro, sia in sé e per sé cosa negativa. E non lo implica per il semplice fatto che ciò avviene regolarmente e normalmente: come regola e norma. Noi, in effetti, giungiamo a sapere di noi (e qui non ha importanza se questo sapere sia «vero» o «falso») per il tramite degli altri: e ciò avviene dall'infanzia in poi. Gli altri (l'universo dell'alterità) sono l'orizzonte psico-relazionale al cui interno *noi ci facciamo noi*, così raggiungendo determinate forme e livelli di consapevolezza in forza di processi, tuttavia, che sono largamente inconsci;

- infine, che tale qualificazione negativa si fonda proprio sullo scarto e, anzi, a nostro avviso, sulla profonda diversità/avversità che intercorre tra il «normale» apprendimento di noi per via eteronomica nelle normali (non specialistiche) relazioni umane e l'apprendimento di noi per via analitico-interpretativa giacché quest'ultima, in forza della sua essenza «esplicativa», del suo sguardo «profondo», soprattutto, del suo scavalcare le forme contingenti del «nostro sapere di noi» non agisce come comunicazione *aggiuntiva* all'universo delle nostre «normali» esperienze comunicative, bensì come comunicazione autorevole e vera, quindi come *aggiunzione intrusiva di uno sguardo su di noi che non è da noi costruito: che è eteronomo perché fondato sulla « legge altrui ».* *Sul modo altrui di leggerci.*

Così per fare, tra i tanti, un esempio⁸ ad un classico assetto interpretativo della 'classica' psicoanalisi freudiana, non possiamo non cogliere la componente intrusivo-manipolativa delle letture che, per decenni, si sono fatte dei vissuti e delle esperienze di numerose donne in analisi (come pazienti o analiste) alla luce della teoria *dell'invidia penis*. E, si noti, ciò che qui rileva – ai fini del nostro percorso di avvicinamento al "cos'è" della psicoterapia – non è la formulazione di tale teoria in quanto ipotesi. Bensì il suo dogmatico/autoritario utilizzo per il tramite dello specifico strumento interpretativo, in forza del quale si viene a creare nella paziente un convincimento di sé che modifica *forma e contenuti coscienziali*, e quindi altera la percezione del *senso di sé*. Con gravi conseguenze: accettare di aver inconsciamente desiderato il pene paterno, di aver superato il senso di frustrazione legato al riconoscimento dell'inevitabilità del proprio essere mancante/castrata e di aver 'sublimato' dalle antico-inconscio desiderio del pene nel desiderio di partorire un bambino-maschio implica una definizione del femminile gravida di conseguenze sociali e culturali di carattere inferiorizzante. Per certi aspetti, la teoria *dell'invidia penis* pare una riedizione di quella posterialità della donna rispetto all'uomo che trova nel secondo racconto biblico della creazione dell'uomo la sua prima 'clamorosa' sanzione!

Ma ciò che, a nostro avviso, fa problema, lo vogliamo sottolineare, è *l'ovvietà* con cui per decenni questa teoria è stata presentata, veicolata e utilizzata in modo acritico e dogmaticamente veritativo. Così come interessante e problematico è l'"opportunità" con cui

Ivano
Lanzini

*L'approccio non direttivo e meta -
interpretativo in psicoterapia
(prima parte)*

diversi orientamenti psicoanalitici hanno tranquillamente abbandonato tale teoria senza spiegare come sia stato possibile 'credervi' per così tanto tempo. La *logica* e le *modalità* applicative dello strumento interpretativo ci paiono essere una delle ragioni di tale scivolamento para-religioso, para-fideistico della psicoanalisi fino a tutti gli anni Sessanta.

Note

- 1 Si noti che l'andar vicino, a suo volta, implica una strutturale insicurezza circa la posizione ove si trova l'oggetto cui andar vicino. Si appropria, quindi, qualcosa di cui non sappiamo bene qualcosa: un senso, un significato, un intenzione, una disponibilità. Si tratta insomma di un termine epistemicamente debole.
- 2 E' di pochi anni fa la comparsa di un nuovo esempio di riclassificazione diagnostica dei "mental diseases": questa volta di matrice psicodinamica il PDM.
- 3 Ad esempio, fino a che punto possiamo chiamare "fatto" una fantasia inconscia? O anche lo stesso inconscio – persino quello di matrice ericksoniana. In che senso, se sono fatti, questi "fatti" esistono?
- 4 Si noti: la costruzione concettuale dell'altro è, a certe condizioni ed in certi momenti del lavoro psicoterapico, inevitabile: a condizione che sia collegata alla consapevolezza del suo essere un nostro costruito, un nostro procedere abduttivo per ipotesi e, appunto, approssimazioni.
- 5 Ci pare comunque opportuno sottolineare come vi sia, comunque almeno una possibile "definizione" di psicoterapia dotata di una sua forte compatibilità teorica ed epistemica con l'ordine delle nostre riflessioni: ci riferiamo a quell'intendere la psicoterapia, quell'"approcciarla" come specie particolare della classe delle relazioni umane significative. Intendendo per significative quelle relazioni umane:
Che durano nel tempo;
Che si strutturano nel tempo;
Che producono esperienze ad alto impatto esistenziale;
E che permettono l'emergere di dinamiche identificativo/proiettive tramite le quali l'altro o gli altri significativi vengono in qualche modo interiorizzati, così entrando a popolare il nostro mondo interiore.
- 6 Inutile rammentare che è a questo livello che tutta la psicoterapia contemporanea non può non manifestare il suo debito di gratitudine per gli apporti della scuola di Palo Alto.
- 7 Avremo modo, in altra sede, di evidenziare come la storia della moderna psicoanalisi – la storia della sua crisi e dei suoi sviluppi più contemporanei coincida con la crisi e ridefinizione molto critica dei limiti dello strumento interpretativo. Oltre che della crisi del modello pulsionale in pro' di modelli relazionali e interpersonali.
- 8 Non possiamo non rinviare, per un approfondimento dettagliato degli effetti suggestivi e indirettamente manipolativi insite nella tradizione psicoanalitica (specie se di indirizzo kleiniano), al nostro e di A. Massone: *Psicoanalisi non direttiva. Teoria e prassi di una metodica non suggestiva e meta-interpretativa*, Milano, F. Angeli, 1987.

A.M.I.S.I. Scuola di parola viva

**Alen
Custovic**
Psicologo,
Psicoterapeuta in
formazione

Quando nasce il concetto di scuola, nell'antica Grecia, l'ideale di *skholè* indicava lo spazio-tempo in cui si impartiva una conoscenza capace di rendere "liberi" o di "riposare" l'esistenza in dimensioni che integrino l'agire ordinario in una più ampia cornice di senso. Tale rara semantica l'ho percepita sin dal primo contatto con la Scuola A.M.I.S.I., un'energia vibrante, la reale forza della psicoterapia ipnotica, "quella di permettere l'esaltazione della sfera emozionale e poter attuare così l'individuazione e l'impiego di quelle forze inconsce", che ondeggiano l'individuo tra il *caos* e il *cosmos* ordinario.

Chi scrive è un "neofita", un allievo che ha scoperto con sorpresa e gratitudine l'esistenza di una realtà formativa ancora fedele all'antica sapienza pedagogica, coniugata strutturalmente e in modo efficace alle più recenti consapevolezze scientifiche. Per questo desidero condividere alcune considerazioni.

Approcciandomi all'A.M.I.S.I. ho ritrovato manifestati tutti e tre i principi eriksoniani che un buon operatore dovrebbe seguire – Osservare, Ascoltare, Partecipare – perché, immagino, tale proprietà "transitiva" si diffonda per gemmazione e osmosi attraverso le persone che la compongono. Attraverso il loro spendersi secondo valori e principi di azione condivisi.

Ho avuto sin da subito l'impressione che la psicoterapia ipnotica neo-eriksoniana fosse davvero "comunicazionale, non direttiva...", proprio perché incarnata nei linguaggi dei docenti che materialmente edificano la Scuola, e che lasciano trasparire, ognuno nella sua unicità, secondo la constatazione che le differenze sanno produrre armonie tipiche dove si ottiene la sapiente conciliazione degli opposti, un'identità che da Erikson e Mosconi, arriva fino ai giorni nostri e si manifesta in nuove possibilità sempre creative. Una Scuola che ribadisce con forza la consapevolezza storica che "la maggior parte degli approcci terapeutici è originata sicuramente dall'ipnosi, più o meno direttamente".

L'A.M.I.S.I. appare come un solido *open source*, un "software terapeutico", alacremente sviluppato e gestito nel tempo attraverso una collaborazione aperta al contributo di molti, il che è possibile solo nella consapevolezza che "tracciare una linea teorica non dogmatica, non solo non blocca il progresso scientifico, ma offre dei solidi punti di base e di discussione sia degli Allievi della Scuola, sia dei suoi Docenti".

Il punto centrale, si comprende, sono le *risorse*, del paziente e del terapeuta. Una concezione umile e per niente spettacolare dello strumento ipnotico, ma per questo efficace, in quanto "la produttività della capacità ipnotica non va valutata dalla cosiddetta profondità della trance, che non è assolutamente proporzionale all'esito terapeutico ipotizzato". Proprio perché "l'approccio terapeutico eriksoniano non è semplicemente finalizzato alla riduzione del sintomo o alla sua remissione", bensì alla ristrutturazione.

Come un "egggregora" capace di suscitare "forme-pensiero" generative, l'A.M.I.S.I. sprigiona la sua energia, che si coltiva e trasmette non solo per via professionale, ma viene più ampiamente testimoniata nei vissuti dei Docenti e Allievi che, nelle loro unicità esistenziali, dimostrano la bellezza del dialogo terapeutico. Di una parola viva.

Solo in questa cornice identitaria di Scuola, infatti, la voce e la parola possono diventare il filo di Arianna, *resistente e raggomitolato*, in grado di guidare lungo il sentiero i tanti Teseo di oggi ad uscire dai labirinti in cui i vari Minotauri di ieri e di oggi tengono imprigionati le loro menti.

avviso per gli associati

Questo è l'avviso per gli Associati che desiderano versare la quota associativa per il 2024.

Qui allegato un modello da poter utilizzare per il versamento.

La quota associativa per il 2024 è di:

Euro 100,00

Quota Associativa annuale con diritti già noti

In caso di bonifico bancario il codice IBAN è:

**IT62 X033 5901 6001
0000 0116 815
BANCA INTESA
SAN PAOLO**

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Versamento

BancoPosta

€ sul C/C n. 44247203

di Euro

00000000,00

IMPORTO IN LETTERE

INTESTATO A

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA PER LO STUDIO DELL'IPNOSI A.M.I.S.I

CAUSALE

QUOTA ASSOCIATIVA 2024

ESEGUITO DA

VIA - PIAZZA

CAP

LOCALITÀ

AVVERTENZE

Il Bollettino deve essere compilato in ogni sua parte (con incastro nero o blu) e non deve recare abrasioni, correzioni o cancellature. È obbligatoria per i versamenti a favore delle Pubbliche Amministrazioni. Le informazioni richieste vanno riportate in modo identico in ciascuna delle parti di cui si compone il bollettino.

IMPORTANTE: NON SCRIVERE SUL RETRO DELLA RICEVUTA DI ACCREDITO

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Accredito

BancoPosta

€

sul C/C n. 44247203

di Euro

00000000,00

TD 451 IMPORTO IN LETTERE

INTESTATO A

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA PER LO STUDIO DELL'IPNOSI A.M.I.S.I

CAUSALE

QUOTA ASSOCIATIVA 2024

ESEGUITO DA

VIA - PIAZZA

C.A.P.

LOCALITÀ

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE

codice banco posta

IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE

numero conto

importo in euro

tipo documento

44247203 < 451 >

Mod. 018 bis COD. CH88 451 del 5/9/2001