



Il terapeuta ericksoniano:

Il setting

Il rapport

L'ipnosi (la trance)

[www.riccardopignatti.it](http://www.riccardopignatti.it)

Lasciate dietro voi una scia di felicità

(M. Erickson)

# Introduzione – cosa faremo

1. Il terapeuta e il setting
2. Il rapport
3. Ipnosi (più che trance)
4. Incorporare & ampliare
5. Utilizzare i feedback
6. Creare un contesto di cambiamento
7. Uso ragionato delle metafore

Volete una lezione interattiva? Interagite!

# Il terapeuta ericksoniano

Non deve palesare problemi psichici evidenti (somatizzazioni, sondino naso-gastrico, tic, emotività incontrollata etc)

Non va alla ricerca della causa dei problemi

E se la trova, non fa che tutto dipenda **da una sola cosa**

Favorisce rapport ed empatia

Non collude con la patologia, ma si allea con le risorse della parte sana della persona

Non deve essere un «clone» di Erickson! Non deve citare Erickson a memoria («Come diceva Erickson, non studiatemi»)

# Il terapeuta ericksoniano

Non deve seguire una scaletta predefinita, ma deve sapersi adattare

Deve essere un buon improvvisatore, ma...

L'improvvisazione non si può improvvisare!

Necessita di ascolto, intuito, fantasia, conoscenza dei propri limiti e delle proprie risorse, creazione di uno «yes-set»

Non deve enfatizzare, sopravvalutare le proprie conoscenze, ma mettersi «al livello» della persona, al massimo leggermente «sopra», perché questo è il suo ruolo, ma non estendere la forbice!

Se il paziente è a proprio agio (con un **minimo** di disagio) il messaggio passa più facilmente

# Il terapeuta ericksoniano

Usa un linguaggio dell'immaginario, quindi: deve possedere conoscenze diversificate per adattarsi a un mondo «interessante» per il paziente

Più cose sa, più chance ha, più passa di livello (metafora dei videogame «platform»)

Deve mostrarsi interessato e capire il mondo del paziente

Non deve incasellare il paziente dentro etichette diagnostiche: ogni soggetto è diverso e fa storia a sé! (etichette = per parlare ai colleghi)

Deve entrare nel significato che quel sintomo ha in quel paziente, in quella storia di vita (= come il sintomo finora è stato una salvezza e ora è un regalo per il cambiamento)

## Il paziente cosa fa

- Il paziente effettua una richiesta di aiuto e verosimilmente ripropone col terapeuta un proprio modello di attaccamento
- “Tema relazionale conflittuale centrale” (Luborsky, 1990):
  1. Ciò che il paziente desidera dall’altro
  2. Come interpreta la condotta dell’altro
  3. Come reagisce alla condotta dell’altro
- Convinzioni irrazionali inconsce che guidano i test che il paziente compie sul terapeuta
- Stili di attaccamento al terapeuta: il controtrasfert manifestato come esempio di reazione alle comunicazioni del paziente nella vita quotidiana.

## Controtransfert cognitivo

- Monitorare, favorire, adoperare le proprie fantasie relative al paziente soprattutto per permettere una reinterpretazione costruttiva col paziente (uscire dal circolo vizioso)
- Importanza delle sensazioni sotto-soglia: il lavoro inconscio è reciproco
- Trasmissione conscia/inconscia delle credenze e delle opinioni del terapeuta.

*Esempio: Emersione del narcisismo del terapeuta rispetto agli altri terapeuti (“io sono più bravo, risolverò il problema”) anziché riconoscere lo stile del paziente già manifestato nell'affrontare le terapie precedenti e che verosimilmente si riprodurrà in questa*

- La relazione terapeutica è terapeutica?
- Fattori “aspecifici” + importanti di quelli “specifici”.
- Messo tra virgolette perché metodologicamente fuorviante il parallelismo con l’efficacia farmacologica (aspecifico non sta a placebo come specifico non sta a molecola)
- Basta essere “naturalmente” portati a creare un buon rapporto per essere terapeuti più bravi? Forse serve a canalizzare meglio la conoscenza tecnica.
- Terapeuta come “base sicura”; abbandonato il concetto veteropsicanalitico della frustrazione come esperienza ottimale per l’emersione conscia delle problematiche conflittuali

# Fattori aspecifici?

La persona inviante del paziente (ad es: fa differenza che il terapeuta sia stato trovato per caso in un ospedale o sia stato consigliato da un amico che c'è già stato?)

la differenza di età tra terapeuta e paziente

il costo della seduta rapportato allo status economico del paziente

il tipo di studio in cui viene ricevuto il paziente (fa differenza che ci si trovi in un ospedale, in uno studio condiviso con altri o in casa propria?)

Non siamo quindi in grado di conoscere in maniera standardizzata se l'attenzione al setting o ai dettagli apparentemente banali (e in molti casi nemmeno dipendenti dalla volontà del terapeuta, come per l'età, il sesso, l'aspetto fisico) siano effettivamente di giovamento o di ostacolo alla terapia, e in che misura.

# Esperienza vicariante (conscio)

- Modeling-automodeling.
- Modeling nei casi più gravi, dove c'è bisogno di una funzione “pedagogica”. Ma ce n'è in ogni setting (ad es: rispetto orari, etc)
- Auto-modeling, uso dell'induzione come stimolazione dell'attività propria dell'individuo. Vedersi durante la trance.
- Co-trance
- Fiducia trasmessa inconsciamente nel paziente se crediamo che sappia condurci in una co-trance terapeutica

Esempio: il paziente molto depresso, o non collaborante, non va (o non *vuole* andare) in trance, rifiuta l'induzione; quando sta meglio ci va, ricorda i sogni, aumenta la fase di dormiveglia etc...

Due spiegazioni:

depressione: non riesco neanche ad andare in trance!;  
autosalvaguardia: è pericoloso generare fantasie in questo momento

# Introiezione (inconscio)

*L'esperienza di un altro non vale (Guccini)*

Il paziente, constatato il superamento dei test, si porta dietro il terapeuta nella vita quotidiana.

Opinione immaginaria del terapeuta rievocata come ausilio in contesti quotidiani

Meglio, secondo me: generare l'osservatore nascosto (o sinonimi) come dispensatore di suggerimenti-idee-intuizioni (meno identificato con il terapeuta, generato dal paziente, né troppo interno – rischio dissociazione, né troppo esterno – rischio dipendenza)

Non più un percorso conscio (vicariazione) ma inconscio (introiezione).

# Il setting

Non **costringere** e non lasciare **troppo libero** il paziente

Se il setting non viene impostato dal terapeuta, verrà impostato dal paziente

Non esistono setting giusti o sbagliati, ma utili o dannosi

Il setting deve essere coerente con il significato della terapia

Il terapeuta deve aderire per primo al setting

Alcuni dettagli della terapia non vanno rivelati:

- non per «ingannare» il paziente, ma:
- per preservare il lavoro inconscio
- per preservare il rapport

# Il setting

Suggerimento per girare le cose a proprio favore:

Non rivelare molte cose su di sé direttamente

- Se ci si riconosce in qualcosa, meglio dire « a un mio amico... a un mio ex paziente... è capitato simile...» e usare un aneddoto (induzione indiretta)

Non fornire TROPPE spiegazioni sulla trance e l'ipnosi

- Sarai tu a gestire la profondità del distacco, tu che ti puoi lasciar scivolare nel punto che ti è più utile in questo momento. Ciò che accade è una scelta del tuo inconscio che rispetteremo.

# Guidano (1987)

*Qualunque comunicazione rivolta ad un sistema organizzativamente chiuso non può costituire un'informazione, bensì una perturbazione*

- Il Terapeuta è un accompagnatore che “gioca” un ruolo attivo insieme al paziente
- Il Terapeuta è un perturbatore strategicamente orientato

# L'obiettivo terapeutico

Accettare la causa e proporre un effetto alternativo, diverso e funzionale per il paziente, che sia importante per la sua scala di valori.

Più che prescrivere i sintomi, riconoscerne la *funzionalità momentanea* e suggerirne un utilizzo alternativo.

Il problema non è QUEL comportamento ma la riproposizione continua di quel comportamento indipendentemente dal contesto presente. **Scelte sbagliate!** *Nevrosi*: Suonare un tasto solo del piano; *trattamento chirurgico*: staccare il tasto dal piano.

Mantenere lo status quo e operare il minimo cambiamento possibile che il paziente è in grado di fare in quel momento con gli strumenti che ha a disposizione. La cosa “impossibile” resta “impossibile” ma la si può affrontare nel migliore dei modi “possibili”

# L'obiettivo terapeutico

Ci si può immaginare il processo di guarigione all'incirca come una ristrutturazione dell'organismo. L'organismo individuale racchiude in sé, nel proprio inconscio, tutte le forze di lavoro, perlopiù anche tutto il materiale per procedere a questa ristrutturazione. Ma, se non la attua spontaneamente, cosa che perlopiù fa, vuol dire che sono presenti alcuni ostacoli che paralizzano le forze inconsce. Forse c'è un muro che deve venire abbattuto dall'esterno, oppure si sono ammonticchiati dei detriti che vengono messi da parte; talvolta viene a mancare anche materiale da costruzione. Forse gli operai dell'ES se la prendono con troppa calma, si sono abituati troppo alla situazione a loro familiare e si sentono a loro agio, oppure, sottovalutando le loro capacità, non osano accostarsi al lavoro. Potrebbe anche essere che sull'ES pesi un divieto estraneo, un divieto di potentati precedenti, o di affittuari momentanei in possesso del loro contratto, o che l'ES si senta in certo modo legato da giuramenti o che le sue doti peculiari siano state sfruttate con una tecnica sbagliata.

(G. Groddeck)

# Rapport ericksoniano

Erickson considera *tutti* gli elementi giocati nella relazione terapeuta-paziente come utili alla generazione di un cambiamento

Purché la relazione avvenga in termini *consapevoli e finalizzati* alla terapia.

Cosa *non* è una relazione volta al cambiamento? I due estremi...

*Tecnicismo puro*

*Aiuto-amicizia*

# Tecnicismo puro

Solo tecnica = Conscio = direttività

Direttività = messa in atto di un modello altrui

Modello altrui = pedagogia



Una delle metacomunicazioni è:

“Come io terapeuta sono bravo perché uso una tecnica, replicando un comportamento altrui, tu paziente starai bene solo se ubbidirai a qualcun altro”.

Toglie totalmente spazio alla “libertà” di individuazione e di metaforizzazione

# Modelli Tecnici

- Sono usati come testimonianza dell'efficacia di una psicoterapia
- Sono più “economici” (telemedicina, videoconferenza, trattamenti in gruppo, non *di* gruppo, full-immersion, psicologo *periferica* del PC) ; possono raggiungere più persone ed essere più tollerati nei casi di minor collaborazione.
- Talvolta, però, appaiono credibili ed appetibili proprio per il tecnicismo su cui si basano, che può mettere in secondo piano l'interazione umana
- Si svolgono su gruppi “ben definiti” di patologie
- Aderenza (*obbedienza?*) al DSM
- Interventi pedagogici – psicoeducativi.
- Metacomunicazione: “Il terapeuta ne sa più del paziente”

# *Aiuto-amicizia*

Sull'altro estremo della iperspecializzazione c'è il credere che tutti siamo un po' psicologi

abilità “innate” di ascolto e socializzazione, la spalla su cui piangere



Terapeuta “amico” del paziente, reagisce senza filtro al suo vissuto emozionale

È il paziente che *mette in trance* il terapeuta

# *Aiuto-amicizia*

Improvvisazione «improvvisata» del terapeuta che non conosce tecniche.

Non è tanto diverso dal tirare un pugno alla radio... provo a caso qualcosa che potrebbe funzionare. Una perturbazione NON strategicamente orientata.

Se, nel migliore dei casi, il rapporto T-P “funziona” sulla base di affinità del Terapeuta col paziente = amicizia = rottura del setting professionale = consiglio = “pedagogia” soft.

Metacomunicazione: “siamo sulla stessa barca, fai quello che ti pare e io verrò con te”...

Togliendosi dal ruolo terapeutico, il terapeuta finisce per scimmiottarne un altro.

# *Rapport*

Reazione simmetrica all'immagine del mondo di un'altra persona

Si alimentano ricorsivamente i due fuochi terapeutici rapport e trance

La tecnica è al servizio della persona e della terapia, non è sostitutiva dell'interazione umana, ma aiuta a renderla **consapevole** e **canalizzata**

È un legame di **prossimità** e non di intimità

# *Rapport*

Pedagogia “costruttivista”, che consentirà al paziente di trovare dentro di sé le stesse risorse delle quali il terapeuta gli rimanda l’esistenza, poiché *si fida* a sua volta della bontà del proprio inconscio e di quello del paziente.

Metacomunicazione: “Tutti e due ci fidiamo di quello che facciamo e cerchiamo di comunicare *bene* affinché lo si faccia sempre meglio”

# Processi di costruzione

Ruolo del terapeuta nei processi di costruzione del paziente

**Direttivo**-Non direttivo

**Pedagogia**-Psicologia costruzionista

**Il Terapeuta già sa cosa è meglio per il paziente**

Il Terapeuta non sa cosa sia meglio fino a quando il paziente non comunica *un'esperienza*

**Il Terapeuta informa**-Il Terapeuta costruisce la realtà insieme al paziente

# Dimensioni del rapport - I

**R sulla base del contenuto.** Ad esempio: la suocera impicciona. Se si comunica “Lei è un’impicciona!”, si generano due chance per il paziente, entrambe disfunzionali: o il rifiuto della comunicazione del terapeuta (e rottura del rapport) o l’accettazione del suo messaggio (e rottura del rapporto terapeutico: si comunica la necessità di affidarsi ad altri per comprendersi e per agire bene).  
Es: paziente che ha paura di andare in orbita.

Facilitare l’esperienza veicolata dalla credenza disfunzionale in maniera ancora più disfunzionale o irrimediabilmente inaccettabile per il soggetto

*Dichiararsi impotente. Diventa ciò che sei ancora di più. Cosa farebbe peggiorare la situazione?*

# Dimensioni del rapport - II

**R sulla base del comportamento.** Va incontro al paziente nel suo sistema di comunicazione (smorfie della bambina, insalata di parole dello schizofrenico). Importante è l'utilizzo di ciò che già la persona fa magari in altri contesti senza finalità terapeutica (attività artistiche, disciplina lavorativa, capacità di elaborare delle strategie alternative). Il comportamento fisso è visto come il retaggio di un'usanza in disuso: evidenziare che il resto è cresciuto (metafore del cambio dei vestiti, spostamento dei mobili, la camicia stretta).

- Il paziente ha il “permesso” di convogliare le energie che utilizza per mantenere i sintomi in attività collaterali che non ha ancora intrapreso.

*Puoi continuare a mangiare la stessa marmellata, spalmandola su  
TUTTE le fette biscottate.*

# Dimensioni del rapport - III

*R sulla base della cultura.* La non-legge del bambino (vanno invece bene le magie delle fate, le regole di un mondo “fantastico”), la legge del detenuto, la legge del poliziotto, il giusto-sbagliato del fervido religioso, la disobbedienza dell’adolescente.

Inoltre, impegnare la mente in un’attività conscia (ad esempio, rispettare una regola disciplinare, impegnarsi in un’attività piacevole ma richiedente un po’ di sforzo) facilita la generazione di attività e insight inconsci.

*Se invece di nuotare contro i respiri rischio di annegare.*

Faccio altro senza disturbare il lavoro che già accade normalmente nell’inconscio.

# Esempi

Inconscio: Senso di forza

“Stavo per comportarmi nella solita maniera ma poi mi è venuto in mente quello che mi ha detto nella seduta e ho fatto diversamente”

“Mi accorgo solo ora che ne parliamo in seduta di come mi sia comportato diversamente. È stato diverso dal solito, ma in maniera spontanea. Non riesco più a riprodurre il modello precedente”

Inconscio: Senso di colpa

# Riflessioni

- Solo il futuro è certo, il passato cambia sempre (detto polacco) —→ È il futuro che scrive il passato.
- Noi costruiamo storie per dare senso a fatti che in sé non ne hanno nessuno (G. Carofiglio)
- Un intellettuale dovrebbe semplificare le informazioni a uso di molti e non complicarle a uso di pochi (ad. A. Jodorowski)
- Il silenzio oggi è considerato un disturbo dell'udito (E. De Luca)

# Riflessioni

- Il sintomo, di solito, non è altro che il risultato della scelta migliore compiuta dalla persona tra le possibilità fissate a livello inconscio dalle associazioni permesse dalla mappa. La mappa è l'insieme di regole automatizzate che interpretano le esperienze. Quindi, lo sviluppo di "esperienze nevrotiche" non è altro che un comportamento difensivo del soggetto. Poiché è un processo inconscio, escluso dalla comprensione cosciente, è cieco e brancolante, non serve in modo utile ai fini della personalità (M. Erickson)
- L'uomo sa più cose di quante ne capisca (A. Adler)
- Ogni grande percorso inizia con il primo passo (Mao)
- Tra due punti fermi ci si può muovere in infiniti modi

# Riflessioni

- Non chiederti quante sono le stelle, ma scegline una e ammirala
- Non si può cambiare una cosa sola nella propria vita, ogni modifica è una modifica al contesto
- Chi conosce la propria debolezza è realmente più forte di chi crede ciecamente alla propria forza (P. Reverdy)
- La realtà non è ciò che ci accade, ma ciò che facciamo con ciò che ci accade (A. Huxley)
- Gli uccelli nati in una gabbia pensano che volare sia una malattia (A. Jodorowski)
- È la luce a "creare" l'occhio (gli esseri sotterranei infatti ne sono privi) e allo stesso modo è la mente che ritrova nel cervello lo specchio in cui riflettersi (P. Maurensig)

# L'ipnosi

- Ipnosi= comunicazione che genera lavoro inconscio nel paziente, sviluppo delle risorse, liberazione dagli ostacoli
- Trance= distacco dall'abituale stato di coscienza, con probabile manifestazione di fenomeni più o meno obiettivabili (amnesia, rilassamento, riduzione della soglia critica)
- La trance è utile, non indispensabile.
- Lasciare libertà al soggetto di andare in trance come e quanto vuole
- Utilizzo del linguaggio metaforico:
  - Aumenta lo spazio comunicativo
  - Lo rende efficace

# L'ipnosi

- La trance può essere al servizio di una buona ipnosi (comunicazione ipnotica), non ci interessa il contrario
- Creazione di un sottoinsieme comunicativo tra inconsci.
- Terapeuta troppo concentrato (fuori dalla trance)= sta facendo molto sforzo cognitivo: cosa metacomunica?
- Terapeuta troppo in trance= può non cogliere aspetti di comunicazione del paziente, può sfociare in una relazione di intimità
- Terapeuta in leggera trance= creazione di uno spazio di osservazione, prossimità, co-costruzione, impegno reciproco. Cosa metacomunica?

# L'ipnosi

- Ricerca degli stili «ipnotici» dissociativi del soggetto (fa parte di un'altra lezione sugli stati oggettivi e soggettivi della trance), utilizzo del tailoring
  - Un lieve stato di trance può aiutarci a cogliere gli aspetti comunicativi inconsci del paziente e sviluppare una narrazione adeguata= corretta relazione tra ricettore e tipo di messaggio. Non possiamo vedere la pay-tv con una radio
  - Lo stato di trance accelera il percorso dissociativo, lo fa risultare naturale e accettabile per il paziente.
  - Una buona ipnosi migliora il rapporto e viceversa
  - Erickson stesso si produceva una auto-ipnosi durante le terapie
- «Se sono in dubbio sulla mia capacità di cogliere le cose importanti, vado in trance. Quando c'è qualche problema importante con un paziente e non voglio lasciarmi sfuggire il minimo dettaglio, vado in trance» (Erickson)

# L'autoipnosi

## Chapter Five

### Autohypnotic Experiences of Milton H. Erickson

Milton H. Erickson and Ernest L. Rossi

Reprinted with permission from *The American Journal of Clinical Hypnosis*,  
July, 1977, 20, 36-54.

- Ogni ipnosi è una forma di autoipnosi
- Il conscio non può comunicare direttamente con l'inconscio (come nel sonno, nell'orgasmo...)
- L'ipnosi non è una forma di sforzo immaginativo, ma un recupero e una liberazione di forme di apprendimento già possedute
- L'auto-ipnosi migliore avviene spontaneamente, ma può partire da un comando di avvio conscio (un segnale, una domanda)

# L'autoipnosi del terapeuta serve a

- Non recitare a memoria: «le prove sono più importanti dello spettacolo (Grotowski)»
- Non dare soluzioni direttive
- Non interpretare il paziente
- Staccarsi dall'immediatezza del vissuto
- Avere fiducia nel proprio repertorio
- Favorire cosa può servire al paziente in quel momento

# Le «leggi» della Scuola di Nancy

1. Legge dell'attenzione concentrata. Hard focus – calamitati su un punto esterno (stanza) o interno (corpo).
2. Legge dell'emozione ausiliaria: se un'idea è circondata da una forte emozione, è più probabile che si verifichi.
3. Legge dell'effetto (o dello sforzo) contrario. Ogni volta che la volontà e l'immaginazione entrano in conflitto, la volontà ne esce perdente. «Devo dimagrire - dormire - smettere di fumare». Ogni volta che attiviamo un'idea, attiviamo anche il suo contrario. Abitudinarietà del cervello, rinforzo dei circuiti nervosi. Il cervello tossicodipendente.
4. Legge dell'effetto dominante. Un'emozione forte rimpiazza sempre un'emozione debole. La luce del sole oscura la luce della candela. La tigre nella stanza.

# Il triangolo della trance

- Focalizzazione su un punto (est vs int)
- Focalizzazione su una parola
- Focalizzazione su una emozione
- Tracciare una linea tra i tre punti
- Costruire un'antenna in mezzo: captare i segnali senza forzarli
- Usare i segnali di ratifica (all'inizio, cose facili... il limone, il falò)

# Narrazione

C'era un contadino che ogni giorno arava lo stesso punto del terreno, andava avanti e indietro, ma il solco non veniva mai abbastanza bene. Ogni giorno ritornava al campo con un aratro diverso e arava sempre lo stesso punto. Un giorno chiede al vicino il suo trattore, ma ancora arava lo stesso punto e non era soddisfatto. Passava giorno e notte a pensare a come fare meglio il proprio lavoro. Un giorno arava più velocemente e un giorno più lentamente, un giorno arava alla mattina e un giorno alla sera, un giorno da destra a sinistra e un giorno da sinistra a destra.

Finché il vicino, quello che gli aveva prestato il trattore, gli disse: “Hai scavato una gran fossa. Da lì dentro non potrai mai vedere come arare il resto del campo.”

## Bonus tracks: *Due modelli*

Due metafore abbozzate per comunicare e chiarire (sia al paziente, sia internamente al terapeuta) quale tipo di rapporto si intenda instaurare e, di conseguenza, quale strada si voglia percorrere: Virgilio e Avatar.

non esauriscono né vogliono limitare tutte le possibilità esistenti

Convergono sull'impostazione **dinamica** del rapporto terapeuta-paziente e non si riferiscono a modelli presunti "neutri" o predeterminati ancor prima che avvenga l'interazione col paziente

# Terapeuta-Virgilio

- Archetipo dello psicoterapeuta: guida nel cammino di ricerca
- Con me si per-turba, si passa per turbe, poi c'è bisogno di una Beatrice per visitare il Paradiso
- Divina Commedia, schema dell'innalzamento della sfida e dell'abilità per ricreare il flow, cioè l'esperienza ottimale. Più starà bene, meno accetterà le condizioni in cui si era messo.
- Ricerca della META, non fermarsi alla pseduconsolazione (quinte di sabbia) come Ulisse deve resistere al canto delle Sirene

# Fuoco I & Fuoco II

- Riunificazione degli opposti (in alchimia: spritualizzazione del corpo e incorporazione dello spirito).
- D.C.: Dante passa dal fuoco terrestre al fuoco celeste, cioè dal fuoco della passione al fuoco purificatore. Il passaggio attraverso le prove che deve compiere per arrivare alla meta è incoraggiato da Virgilio, che sprona Dante e gli ricorda la meta, l'oggetto ultimo dei suoi desideri (Purgatorio, XXVII, 10-12).

*Più non si va, se pria non morde,  
anime sante, il foco: intrate in esso,  
ed al cantar di là non siate sorde*

Solo dopo esser passato per il primo fuoco, Dante può compiere l'ultima parte del proprio cammino e Virgilio lo lascia affidato ad altra guida (*spunto utile come metafora per la fine del trattamento*). L'altra guida può essere rappresentata dalla propria vita pienamente intesa come terreno esperienziale per tendere alla meta finale, piuttosto che dall'osservatore nascosto piuttosto che da altro (al limite anche da un altro terapeuta).

*“Tratto t'ho qui con ingegno e con arte;  
lo tuo piacere ormai prendi per duce:  
fuor se' dell'erte vie, fuor se' dell'arte. (...)  
Non aspettar mio dir più, né mio cenno:  
libero, dritto, sano è tuo arbitrio,  
e fallo fora non fare a suo senno:  
per ch'io sopra te coronò e mitrio”*

# Significato della fine della terapia

Va conosciuto e dichiarato per poterla iniziare e per generare il setting terapeutico, nel quale si colloca anche il tipo di rapporto terapeuta-paziente con i suoi risvolti consci e inconsci

Chi raggiunge la propria meta, raggiunge l'in-divduazione, diventa veramente individuo, nel senso di non diviso e non-stimato (contato, pesato, valutato) da altri (sacrificato ad altri), è perciò libero dalle condizioni dell'esistenza individuale.

*È dilatato oltre ogni limite perché realizza la pienezza delle sue possibilità (R. Guénon).*

Aggiungiamo noi, ha esteso il proprio Sé, è libero dai condizionamenti auto ed etero indotti, è libero in quanto agganciato pienamente in ciò che fa, vive di esperienze autoteliche.

Da Per-turbazione a Tras-formazione (ritornare nella propria vera forma in-divisa dallo spirito), felicità, libertà, in-dividuo (parole chiave per metafore, anche nel parlato terapeutico). Riunione della dualità del Sé (io-opere).

*Hai abbandonato le pietre per fare posto a tutto ciò che ancora non sai che riuscirai a trovare.*

L'esperienza luttuosa dell'abbandono della nevrosi si sostituisce con l'emozione esperienziale esplorativa dell'ancora ignoto (ricorda: l'emozione forte sostituisce l'emozione debole)

# Terapeuta - Avatar

- Rapport: non è empatia (condivisione di emozioni) ma capacità di reagire simmetricamente all'immagine del mondo di un'altra persona (dimostrazione).
- Non è condividere il modello del paziente ma utilizzarlo in maniera convincente per farlo andare dove veramente desidera.
- Non ci si deve sforzare di “piacere al paziente” ma puntare sull'esperienza che il paziente fa di parlare con una persona che capisce la sua immagine del mondo

# V- il paziente

	Paziente		
	cosa domanda	Come si pone	dove arriva
<b>Virgilio</b>	tutor per affrontare il disagio	Affidamento	non avverte più il disagio
Esempio	periodo di lutto	Cerca supporto per affrontare il periodo	converte il lutto in ricordo
<i>Metafore su problemi di vita, esistenziali – non patologie, possono essere sprovvisti di sintomi</i>			

# V – Il terapeuta

Terapeuta		
cosa risponde	Come reagisce	dove si ferma
accompagna nel disagio	Accoglie per far uscire	il paziente è emozionalmente rivolto al futuro
attraversa con il paziente le fasi del lutto	Descrive la sofferenza come esperienza e la reindirizza verso un traguardo	il lutto è accolto nel bagaglio esperienziale e le emozioni negative sono sostituite
Sotto le montagne non si vede il panorama ma puoi conoscere dei dettagli del bosco che ti torneranno utili, poi puoi proseguire il cammino e vedere tutto l'orizzonte che desideri		

# V – la terapia

Terapia		
quale cambiamento	come si effettua il cambiamento	come si esaurisce il cambiamento
cessazione della sofferenza	attraversando il periodo di disagio	non c'è più bisogno di una guida
l'esperienza del lutto non va scartata in fretta ma conosciuta ed accettata	liberando gradualmente energie dal lutto verso altro	il lutto è archiviato e sostituito, non ostacola il percorso di vita e non rende più necessario il terapeuta
"Beatrice" (la tua vita interiore, il sostituto dell'evento luttuoso) ti è ora da compagna e ti è sufficiente per visitare il paradiso		

# A – Il paziente

<b>Avatar</b>	Nuovo modo di vedere il mondo	Mette alla prova il terapeuta	Si sente fundamentalmente diverso
<b>Esempio</b>	Scelte sessuali egodistoniche	Si confronta riproponendo modelli relazionali propri con il terapeuta	Accetta se stesso
<i>Metafore su cambiamenti individuali profondi Non disagio focale, i sintomi possono essere solo di copertura</i>			

# A – Il terapeuta

Riflette il paziente con il maggior numero possibile di punti di vista	Non-direttività, restituzione dei segnali, aumento dei dubbi-prospettive	Il rapporto è radicalmente mutato rispetto all'inizio; non effettua più prove sul terapeuta
Cerca l'emersione del disagio in tutte le forme possibili	Accetta il modello proposto dal paziente e gliene fa intravedere altri	Il paziente ha raggiunto un proprio modello che non ha più bisogno di ulteriori dimostrazioni
Puoi leggere da solo tutta la mappa del percorso che ti sta davanti e decidere ogni volta quale strada ora percorrere, ora tralasciare.		

# A – La terapia

Ristrutturazione interiore, accettazione di se stessi, perdita della maschera dei sintomi	Rispetto dei tempi, modificazioni minime possibili, accumulo delle resistenze	Accetta costruttivamente la realtà con un'interazione profondamente mutata, aumento della "libertà" e della creatività di azione
Scelte sessuali egosintoniche, abbandono di scelte sociali, familiari, in funzione delle proprie	Sperimentazione di modelli alterativi, in situazioni alternative, come possibilità di fuga dall'empasse	Il paziente vive la scelta sessuale come propria e non come aderenza alle regole di una realtà altrui.
Hai indossato vestiti nuovi per l'occasione, hai ritirato in un cassetto quelli che non ti andavano più bene, ti guardi allo specchio e l'immagine ti appartiene completamente.		

# Conclusioni

I modelli di rapport e di terapia “non rappresentano delle tecniche che E. applica scientemente, (...) ma piuttosto in modo **inconscio**, quando è richiesto, in modo garbato e congruo” (Gordon & Meyer-Anderson, 1981)

Fondere le doti personali alle abilità tecniche produce una **sommatoria** di effetti maggiore di quella che si otterrebbe semplicemente avvicinando i due fattori (Semerari, 1996)

L'esperienza personale del terapeuta nella propria vita, nella propria supervisione, nel proprio rapporto con i pazienti e la **fiducia** che egli ripone nelle proprie risorse inconsce, sono, veicolati dalla tecnica e dalla cultura, le armi principali per istituire il rapport con il paziente, **educarlo alla bontà operativa dell'inconscio** e condurlo alla guarigione e alla scoperta di sé.

# Conclusioni

Ogni tipo di psicoterapia può essere riassunto sul principio terapeutico di far ottenere *più libertà* al paziente (Abreu, 2005), che è stato finora imprigionato nella gabbia coattiva dei sintomi e delle proprie costruzioni mentali.

Pianista che suona un tasto solo

La terapia non consisterà nel non utilizzare *mai più* quella nota e quel tasto, ma nel trovare libertà di comporre nuove melodie, incluse quelle che comprenderanno la nota stessa e quelle che in un primo momento possono apparire stonate.

Non è possibile cambiare *una sola cosa* della propria vita.

Più cultura= più strumenti di interpretazione e manovra sulla realtà; più possibilità di migliorare l'imprinting genetico (espressione genica)

“E’ proprio l’organismo, secondo la natura dei propri recettori, secondo le soglie dei suoi centri nervosi, secondo i movimenti degli organi, che sceglie nel mondo fisico gli stimoli ai quali sarà sensibile. L’ambiente si costituisce nel mondo secondo l’essere dell’organismo, restando inteso che un organismo può sussistere soltanto a patto di trovare nel mondo un ambiente adeguato”(1).

Tuttavia, l’attività percettiva non esaurisce la cognizione ma si limita a porle dei vincoli, peraltro già messi in luce dall’articolo:”What the frog’s eye tells the frog’s brain”(1959) in cui Maturana, Lettvin, McCulloch e Pitts espongono i dati raccolti sul sistema ottico delle rane, sostenendo che il mondo percepito dalla rana fosse profondamente diverso da quello cui ha accesso la mosca. Ad esempio, la rana identifica una mosca come possibile preda solo se questa è in movimento e qualsiasi cosa che si muovesse come una mosca sarebbe una mosca per la rana. Dunque, il sistema ottico della rana, così come quello di ogni essere vivente, vincola la sua visione del mondo. Ora, se nel caso della rana questo vincolo è probabilmente esaustivo di ciò che per lei è il mondo, lo stesso non si può dire per gli organismi dotati di un retroterra culturale, linguistico, sociale, ecc: **quanto più il mondo culturale è ricco, tanto più le risorse percettive sono riorientabili**. “L’intuizione centrale di quest’orientamento non oggettivista è la concezione secondo la quale la conoscenza sarebbe il risultato di un’incessante interpretazione che emerge dalle nostre capacità di comprensione. Queste capacità sono radicate nelle strutture della nostra corporeità biologica, ma sono vissute e sperimentate in un ambito di azione consensuale e di storia culturale” (2).

1.Merleau-Ponty, La struttura del comportamento, Bompiani 1973, p.37

2.Varela, Thompson, Rosch, La via di mezzo della conoscenza, Feltrinelli, Milano 1992.