

La Terapia Breve ad Approccio Strategico

di Valeria Verrastro *

Chi cerca aiuto per trovare una soluzione ad una difficoltà personale, familiare o relazionale desidera, in linea di principio, trovare un modo rapido, e il più possibile indolore, per modificare la propria situazione di sofferenza.

La Terapia Breve ad Approccio Strategico intende rispondere a questa giusta necessità attraverso modalità operative finalizzate a rimuovere il problema (anche nel caso in cui questo persista da tempo) entro un limitato numero di sedute. La Terapia Breve Strategica è nata, intorno agli anni cinquanta del secolo scorso, sulla base di cinque grandi correnti: - *gli studi sull'ipnosi di Milton. H. Erickson*, che mise a punto una serie di strategie (non solo di natura ipnotica) innovative considerate anche adesso il punto di riferimento di ogni terapia mirata alla soluzione dei problemi umani in tempi rapidi.

- *le teorie sulla comunicazione di Paul Watzlawick* (Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. D., 1967). esposte nell'opera, *Pragmatica della comunicazione umana*", che può essere considerata "classico" su questo tema, in cui vengono postulati i cinque assiomi fondamentali della comunicazione umana e le loro implicazioni pragmatiche sia nel campo della terapia che in quello della comunicazione stessa.

- *gli studi sistemici ascrivibili al The Mental Research Institute di Palo Alto*,(1970) che grazie al contributo pionieristico dell'antropologo G. Bateson, (Bateson G., 1956, 1972,1984) modificarono la concezione di malattia mentale che dal quel momento in poi non venne più considerata come il frutto di conflitti intrapsichici ma piuttosto come il prodotto di interazioni comunicative patologiche.

- *la cibernetica*, traslando alcuni concetti, come ad esempio quello di "feedback", dallo studio delle macchine a quello della comunicazione familiare, ha mostrato come anche nelle famiglie l'esistenza di un errore può condurre il sistema - macchina o famiglia - a tentare una correzione che produce un cambiamento nell'errore che a sua volta obbliga la macchina a reagire nuovamente (Ashby, 1956).

Grazie a questo orientamento, nella psicoterapia è stato possibile passare dal concetto di casualità lineare a quella casualità circolare.

* Psicologo-Psicoterapeuta, Istituto per lo Studio delle Psicoterapie

- *il costruttivismo radicale di Ernst von Glasersfeld*, secondo l'Autore «arrivare alla conoscenza è un processo di adattamento dinamico attraverso possibili interpretazioni dell'esperienza. Colui che conosce non costruisce necessariamente conoscenza di un mondo "reale"» (Glasersfeld, 1990).

Inoltre Glasersfeld definisce la conoscenza come ciò che viene costruito dall'organismo vivente per ordinare il flusso dell'esperienza di per sé confuso, in esperienze ripetibili, caratterizzate da rapporti relativamente verosimili tra di esse. Le possibilità di costruire un tale ordine vengono comunque determinate dai passi precedenti della costruzione; ciò significa che il mondo "reale" si manifesta esclusivamente laddove le nostre costruzioni falliscono. Tuttavia, poiché ogni volta è possibile descrivere e spiegare il fallimento soltanto con quei concetti che abbiamo utilizzato per la costruzione delle strutture poi fallite, questo processo non potrà mai fornirci un'immagine del mondo che potremmo rendere responsabile del loro fallimento (Von Glasersfeld, 1988).

Il costruttivismo radicale non rifiuta una realtà oggettiva, ma semplicemente afferma che noi non abbiamo modo di conoscere che cosa possa essere tale realtà. I costrutti mentali, elaborati da esperienze passate, aiutano a imporre un ordine al proprio flusso continuo di esperienza. Tuttavia, quando essi falliscono in questo scopo a causa di costrizioni esterne o interne, causando di conseguenza un problema, il costrutto cambia per tentare di adattarsi alla nuova esperienza (Dougiamas, 1998).

La psicologia strategica, come abbiamo evidenziato, pur risentendo di diverse influenze, affonda le sue radici nel lavoro di Erickson e si sviluppa come un modello grazie al contributo di autori diversi, tra i quali ricordiamo in particolare J. Haley. (articolo idee in psicologia)

I contributi di J.Haley di M.H. Ericksons

J.Haley, grazie al suo lavoro al Mental Research Institute di Palo Alto, ha elaborato delle tecniche specifiche ed innovative di intervento terapeutico. L'autore ritiene che lo stile del terapeuta deve essere dirompente e molto direttivo. Secondo l'autore il compito fondamentale del terapeuta è quello di assumersi la responsabilità della presa in carico del paziente e di condurre sempre e comunque sempre "il gioco" tra le due parti al fine di ottenere il cambiamento terapeutico. Haley considera il paziente come imbrigliato in strutture e rapporti di tipo gerarchico che non gli permettono l'espressione delle proprie risorse e delle proprie potenzialità. Il terapeuta deve dunque mantenere il controllo di tutto *quello* che accade all'interno del contesto terapeutico, ed predisporre un tipo di intervento centrato sul problema, atto a risolverlo nel modo più veloce ed efficace possibile (Haley, 1973).

Il terapeuta deve quindi assumere un ruolo attivo e “manipolatorio” in modo da usare , anche con modalità implicite, l’influenza personale e il linguaggio suggestivo. La psicoterapia secondo l’autore, è paragonabile ad una partita a scacchi dove l’obbiettivo viene raggiunto attraverso l’uso di particolari strategie elaborate “ad personam” che debbono comunque poter essere modificate in itinere (Verrastro V., Petruccelli F., 2006).

Per quello che concerne Erickson possiamo focalizzare come la caratteristica più evidente della sua opera il trasferimento alla psicoterapia delle innovative scoperte relative al fenomeno ipnosi e della suggestione. L’autore usava un linguaggio ingiuntivo, che insieme ad un repertorio di mosse strategiche aveva lo scopo di far vivere al paziente nuove esperienze emotive atte a destrutturare la sintomatologia preesistente.

Durante la sua carriera, durata oltre 40 anni, Erickson usò molto frequentemente l’ipnosi, ma con modalità completamente diverse da quelle usate dagli psicanalisti; mentre nella psicanalisi l’ipnosi veniva utilizzata come mezzo privilegiato per portare a galla contenuti inconsci, Erickson la usava soprattutto come strumento comunicativo atto a far emergere le diverse modalità relazionali che venivano a crearsi, nella diade terapeutica, durante l’interazione comunicativa. Nell’ipnoterapia ericksoniana il compito del terapeuta non si esauriva nell’indagare le profondità della mente dell’individuo mediante ipnosi, né nell’effettuare il cambiamento attraverso la trance in sostituzione del paziente.(Erickson *et al.*,1979).L’ipnosi viene invece utilizzato come strumento per riattivare le potenzialità irrigiditesi del paziente e per condurlo al cambiamento, senza risolvere le sue resistenze al cambiamento, ma aggirandole o utilizzandole a proprio favore (Nardone, 1991). La modalità di intervento dell’autore evidenziava il suo sconfinato rispetto e la sua innata fiducia nei confronti dell’essere umano.

Erickson credeva che ogni persona rappresentasse una realtà irripetibile con esperienze e con modalità di percepire ed elaborare la realtà del tutto individuali. *“La prima cosa da tener presente quando si tratta con un paziente, un cliente o una persona è rendersi conto che ciascuno di essi è un individuo. Non ci sono due persone uguali. Non ci sono due persone che capiscano la stessa frase allo stesso modo, e così, trattando con la gente, non dovete cercare di far sì che si adattino al vostro concetto di cosa loro dovrebbero essere... Dovreste cercare di scoprire quale viene ad essere l’idea che loro hanno di se stessi.”* (Erickson su Gordon, Meyers – Anderson, 1984, p. 35). Da ciò, secondo Erickson, il terapeuta deve adattarsi al paziente cercando di entrare nelle sue modalità di rappresentazione della realtà, parlare il suo stesso linguaggio.

“Compito del terapeuta è guarire. Non è né giudicare né censurare ma semplicemente rendere un servizio ai pazienti che li renda capaci di vivere le proprie vite nella migliore e più adeguata modalità” (Erickson, Rossi 1980)

Con Erickson, si verifica una svolta epocale. Il problema è osservato nella sua qualità stilistica nel tempo presente, ovvero piuttosto che sui possibili *perché* del problema si indaga sul *come* il problema funzioni *qui e ora*.

La psicoterapia nell'ottica strategica

Con il termine psicoterapia si intende l'utilizzo, con scopi terapeutici, di strumenti squisitamente psicologici nella cura dei disagi mentali. Questi strumenti fanno riferimento e derivano dallo specifico modello teorico di riferimento adottato dal terapeuta. La psicoterapia può, infatti, essere considerata l'applicazione di tecniche specifiche derivanti da principi psicologici applicati da un terapeuta addestrato ed esperto (Meltzoff, Kornreich, 1970).

Secondo Strupp (1978) la psicoterapia è “ un processo interpersonale progettato per produrre una modificazione di quei sentimenti, cognizioni, atteggiamenti e comportamenti rilevati problematici per il soggetto, che cerca di farsi aiutare da un professionista con una specifica formazione”

Molti autori concordano nel ritenere la relazione che si stabilisce tra paziente e terapeuta sia l'elemento fondante della terapia stessa. La psicoterapia, infatti, viene vista come una relazione particolare, definita attraverso categorie culturali, tra un terapeuta professionista ed il cliente. Le pratiche professionali, applicate all'interno di un rapporto interpersonale, sono finalizzate all'aiuto psicologico di chi richiede un aiuto (Jervis, 1993).

In una definizione più attuale la psicoterapia viene definita come “ogni trattamento di disturbi mentali o problemi psicologici che utilizzi metodi psicologici”. In effetti, con il termine “psicoterapia” ci si riferisce ad una famiglia di metodi. Ciascuno di essi discende da un modello teorico di funzionamento psichico, che indica le modalità di formazione della psicopatologia e le tecniche che favoriscono il cambiamento terapeutico (Sanavio, Cornoldi, 2001).

Paul Watzlawick (1997) pone invece l'attenzione ad uno degli aspetti fondamentali presenti in una psicoterapia: la comunicazione interpersonale. La comunicazione, secondo l'autore, crea la realtà soggettiva e relazionale, sia del terapeuta che dell'utente. Attraverso di essa è possibile cambiare le opinioni della persona sulla natura della realtà e sulle convinzioni disfunzionali che la irrigidiscono. Gulotta allarga ulteriormente il concetto sostenendo che “*La narratologia psicoterapica è determinata dalle verbalizzazioni tra terapeuta e paziente. Esse non sono semplici narrazioni ma costituiscono il contesto e i fatti che ivi sono narrati. È da questo interscambio che trae nutrimento il processo terapeutico*”.

Secondo l'autore la psicoterapia, o “relazione di aiuto”, che dir si voglia consiste *nell'interazione tra due soggetti* di cui uno chiede aiuto per affrontare e superare i problemi umani che gli si sono

presentati, e l'altro, addestrato a tal fine, utilizza le proprie capacità e competenze per affrontarli. L'interazione nella relazione d'aiuto avviene per mezzo di uno scambio di messaggi verbali e non verbali (comunicazione) all'interno di uno scenario (contesto) adatto all'invio e ricezione dei messaggi stessi.

A seconda del tipo di problema si possono individuare le finalità della relazione d'aiuto, che possono essere identificate come obiettivi specifici o generali.

Gli obiettivi specifici, che comunque non esauriscono l'attività della relazione d'aiuto, possono essere: alleviare i sintomi, fornire supporto emotivo, aiutare il soggetto a prendere decisioni, ecc.

L'obiettivo generale della relazione d'aiuto è *quello di aiutare il soggetto ad aiutarsi*, sviluppando in lui quelle capacità che gli consentiranno di affrontare i problemi quotidiani al meglio, o intervenendo al fine di provocare una crescita umana permanente a mezzo della modificazione o arricchimento del comportamento sociale.

Per raggiungere il suddetti scopi, il terapeuta deve essere fornito, a seguito di un idoneo training, di cognizioni tecniche e capacità sociali che gli permettano, sia di instaurare una relazione produttiva con il paziente basata sul rispetto, sulla fiducia, e sull'onestà, sia di condividere le proprie inferenze con il paziente, progettando insieme a lui un piano d'azione per raggiungere la meta individuata come situazione desiderabile e seguendolo nell'evoluzione del programma.

Il terapeuta deve quindi possedere un repertorio di capacità (skill) adatte ad indirizzare e sostenere il soggetto durante il processo d'aiuto intrapreso.

Un'abilità essenziale attiene la *raccolta e l'elaborazione di informazioni rilevanti*.

In relazione all'*acquisizione* delle informazioni utili e necessarie il terapeuta può essere: *esplorativo o intuitivo*; mentre in rapporto alla *elaborazione* delle informazioni può adottare uno stile *riflessivo od emotivo*;

Lo scambio di messaggi che caratterizzano l'interazione tra il soggetto e il terapeuta non si riferisce solo al problema trattato, ma si allarga ad una situazione più ampia che comprende la relazione stessa.

Questi elementi possono facilitare, ma volte anche ostacolare, il corso del processo frapponendosi come interferenze tra il soggetto e il terapeuta. Essi costituiscono il contesto "situazionale" entro il quale si scambiano i messaggi e contribuiscono ad influenzare l'intensità e l'efficacia.

Si deve, comunque, sottolineare che alla base di ogni della **relazione d'aiuto** vi è una relazione umana dove sentimenti quali il rispetto, l'onestà, la genuinità devono essere presenti e incoraggiati.

Il modello strategico di terapia può essere suddiviso in stadi nell'ambito dei quali sono individuabili:

- a. Gli specifici *obiettivi* da raggiungere nello stadio specifico;

- b. Le particolari *strategie* e tecniche da utilizzare per ottenere gli obiettivi prefissati;
- c. Il tipo di *comunicazione* da usare.

Durante il **1° stadio** gli *obiettivi* da raggiungere sono: *definizione del problema e cattura del paziente; definizione degli obiettivi e costruzione della relazione; indagine sul sistema percettivo reattivo del paziente e ridefinizione di questo; costruzione dell'ipotesi di intervento e prime manovre.*

Le *strategie* che normalmente vengono usate sono: la tecnica del ricalco, la ristrutturazione del problema presentato, la ristrutturazione del sistema percettivo-reattivo e delle tentate soluzioni operate; eventuali prescrizioni .

Per ciò che riguarda la *comunicazione* viene usato un linguaggio tipicamente ipnotico basato sulla suggestione e sull' influenza interpersonale ma senza che venga attuata una induzione formale di trance.

In ambito strategico non esiste una demarcata differenziazione tra *fase diagnostica e fase terapeutica*, in quanto si ritiene che qualunque tipo di comunicazione, anche solo esplorativa sia una forma consapevole o inconsapevole di influenza che terapeuta e paziente esercitano reciprocamente. Perciò il terapeuta non può pensare di effettuare una fase diagnostica senza influenzare, consapevole o no, il soggetto.

La fase conoscitiva, di definizione del problema e di indagine del sistema percettivo che lo mantiene, diviene deliberatamente già terapeutica.

Il primo contatto con il paziente assume un ruolo fondamentale: da un lato il terapeuta deve entrare in possesso delle conoscenze relative al paziente ed al suo problema, che gli permettono di mettere a punto un piano strategico di trattamento e selezionare le particolari manovre da applicare; dall'altro deve catturare il paziente, ossia acquisire potere di intervento costruendo una situazione ricca di suggestione tale da rendere il paziente manipolabile.

Si tratta di fare in modo di entrare in sintonia con le percezioni e concezioni del soggetto, di parlare il suo stesso linguaggio, per poi una volta introdottisi nel suo sistema percettivo-reattivo farlo cambiare direzione verso il cambiamento.

Questo significa che mentre si fanno domande e si indaga sul problema presentato, grazie all'utilizzo di un tipo di comunicazione ipnotica, o ipnosi senza trance, si aggira la resistenza al cambiamento del paziente, rendendolo collaborativo.

L'indagine sul problema non è assolutamente la ricerca del trauma originario e delle cause nel passato del problema, ma consiste in uno studio del sistema percettivo-reattivo del soggetto, del sistema relazionale di cui egli fa parte e delle tentate soluzioni operate sino al momento attuale che invece di risolvere mantengono il problema.

Il terapeuta fin dal primo incontro focalizza la sua attenzione su *che cosa* il soggetto vive all'interno dei tre tipi di interazione interdipendenti che il soggetto vive con se stesso, con gli altri e con il mondo; *su come* il problema presentato funziona all'interno di tale sistema relazionale; *su come* il soggetto ha cercato fino ad ora di combattere o risolvere il problema; *su come* è possibile cambiare tale situazione problematica nel modo più efficace;

Nel condurre tale indagine si ristrutturava la percezione di sé, degli altri, e del mondo presentando al paziente una serie di ipotetici punti di vista diversi in relazione al problema presentato, alla situazione prospettata e alle sue eventuali concezioni in merito.

Questa è contemporaneamente sia una forma di indagine che una forma di intervento, in quanto sollecita il soggetto, mentre cerca di fare comprendere al terapeuta il proprio personale sistema percettivo-reattivo.

In questa fase può essere utile ai fini di produrre reazioni utili, sia alla comprensione che al provocare una prima alterazione del sistema di tentate soluzioni che mantengono il problema, assegnare delle prescrizioni di comportamento da eseguire nello spazio tra una seduta e l'altra.

Nel condurre tale indagine si ristrutturava la percezione di sé, degli altri, e del mondo presentando al paziente una serie di ipotetici punti di vista diversi in relazione al problema presentato, alla situazione prospettata e alle sue eventuali concezioni in merito.

Per sistema percettivo-reattivo di un soggetto si intende il funzionamento delle tre tipologie di relazione interdipendenti tipiche di ogni essere umano:

1. *La relazione tra il Sé e il Sé;*
2. *La relazione tra il Sé e gli altri;*
3. *La relazione tra il Sé e il mondo.*

Se una sola di queste tre categorie di interazione non funziona bene, anche le altre vengono inficiate.

Per definire concretamente il problema, il terapeuta deve trovare la risposta ad una serie di domande del tipo: *che cosa il paziente identifica come problema* e che modo si manifesta; *con chi* il problema si presenta, peggiora, si maschera o non appare; *quando e dove* di solito si manifesta; *con quale* frequenza ed intensità si manifesta; *che cosa è stato fatto o viene* correttamente fatto (sia dal

soggetto che da altri) per risolvere il problema; *a cosa serve* il problema; a *chi* porta benefici e *chi* potrebbe essere danneggiato dalla risoluzione del problema;

Durante il **2° stadio** gli obiettivi che debbono essere raggiunti sono: *rottura del sistema percettivo-reattivo* rigido del paziente e delle tentate soluzioni operate; *ridefinizione* del primo cambiamento avvenuto; *promozione* di ulteriori e progressivi cambiamenti.

Per ottenere questo *le strategie* che vengono comunemente usate sono: *ristrutturazioni*: cognitive, paradossali, provocative; *prescrizioni* di comportamento: dirette, indirette, paradossali; *ingiunzioni* tramite l'uso di metafore, aneddoti, storie, aforismi.

Il tipo di *comunicazione* è ipnotica e basata sull'influenza personale.

Dopo aver individuato il sistema percettivo reattivo tipico del soggetto e le sue ricorrenti tentate soluzioni, si deve trovare il modo di sbloccare tale circolo vizioso, ed aprire la possibilità a nuove e più funzionali percezioni e reazioni nei confronti della realtà.

Ciò si ottiene attraverso le esperienze dirette, le quali, anche solo per un momento, possono far esperire al paziente un'alternativa modalità di percezioni e di conseguente reazione rispetto a quella perpetrata sino a quel momento.

La concreta esperienza il più delle volte deve avvenire al fine di aggirare la resistenza, in maniera che il soggetto non ne sia consapevole, lo diventerà in seguito.

Il cambiamento per essere efficiente ed in grado di cambiare qualcosa nella situazione del paziente, deve essere banale, piccolo, poco ansiogeno.

Sappiamo che all'interno di un sistema anche il più piccolo cambiamento produce una reazione a catena di cambiamenti che conduce al completo sconvolgimento del sistema. (Effetto Butterfly).

Tale apparente piccolo cambiamento, inoltre possiede la proprietà di ridurre la resistenza al cambiamento del soggetto, non spaventato dal dover fare qualcosa che non si sente assolutamente in grado di fare.

Una volta prodotto questo primo fondamentale cambiamento, lo si ridefinisce assieme al paziente per aumentare la consapevolezza e la fiducia nelle proprie capacità, dando così una suggestione positiva con conseguente fiducia in merito ai successivi cambiamenti che dovranno avvenire nel corso del trattamento.

Dopo aver ottenuto la rottura del sistema disfunzionale che manteneva il problema, con la apertura di nuove prospettive percettivo reattive per il paziente, si procede ad una successione di interventi tesi a consolidare tale cambiamento già ottenuto e a produrre ulteriori cambiamenti.

Il **3° stadio** è caratterizzato dal raggiungimento da parte del paziente dei seguenti obiettivi: ulteriori cambiamenti in progressione sino alla realizzazione degli obiettivi concordati come soluzione del problema; *Acquisizione* di elasticità percettivo-reattiva nei confronti della realtà;

Le *strategie* che vengono usate sono: *prescrizioni* di comportamento assegnate in maniera gradualmente meno “ingiuntiva”; *ristrutturazioni*; *ridefinizioni* esplicative dei cambiamenti.

La comunicazione diventa gradualmente sempre meno ipnotica, l’influenza personale e la ingiunzione vengono usate sempre meno per favorire in maniera indiretta l’autonomia personale.

La finalità è quella di condurre a nuove esperienze che dirigano alla effettiva e permanente soluzione del problema presentato dal paziente e alla acquisizione di repertori elastici di percezione e risposta nei confronti della realtà.

In pratica dopo aver rotto il sistema problematico, si cerca anche di orientare la costruzione di un nuovo evolutivo e più funzionale equilibrio del sistema.

Al paziente non si danno certezze ideali, ma strumenti strategici e conoscitivi. Il passaggio è dai contenuti ai processi, si sostituisce la rigidità con l’elasticità, e con un modo più funzionale di porsi nei confronti dei problemi che ogni essere umano ineluttabilmente incontra nel suo cammino esistenziale.

A questo fine si fanno eseguire al paziente una serie graduale di prescrizioni di comportamento, precedute e seguite da ristrutturazioni, finalizzate al far esperire progressivamente situazioni di maggiore competenza personale e cambiamento rispetto alla situazione problematica precedente.

La terapia da situazione interpersonale nella quale uno dei due comunicanti influenza deliberatamente l’altro per condurlo a risolvere rapidamente i propri problemi, diviene progressivamente una situazione interpersonale dove i comunicanti confrontano le loro concezioni ed esperienze.

E’ una maniera indiretta ed implicita per comunicare al soggetto che egli ha superato i problemi e sta raggiungendo una capacità personale che gli permetterà di affrontare da solo altri eventuali problemi nel futuro.

Nel 4° stadio l’*obiettivo* principe è la completa assunzione di autonomia personale ed elasticità percettivo-reattiva da parte del paziente le *strategie* adottate consistono nella Spiegazione del lavoro svolto (ridefinizione cognitiva) e nel chiarimento del processo di cambiamento; la *comunicazione* non è più ipnotica ma descrittiva e colloquiale (linguaggio indicativo).

La finalità è quella di consolidare definitivamente l’autonomia personale della persona aiutata a risolvere i propri problemi.

A questo fine si procede ad un riepilogo ed a una spiegazione dettagliata del processo terapeutico svolto delle e delle strategie utilizzate.

Le tecniche Strategiche

Ristrutturazione

Inserire la definizione che la persona dà del problema all'interno di altri sistemi di significato, senza mai contestarla apertamente o etichettarla come patologica (Watzlawick, 1974).

Il terapeuta lavora sui significati portati dal paziente dimostrando come partendo da identiche premesse e mantenendo inalterato il contenuto del problema sia possibile arrivare in modo del tutto logico a conclusioni molto differenti rispetto a quelle che attualmente sostengono la sofferenza della persona.

Riguarda fundamentalmente alterare il significato attribuito ad una situazione attraverso il cambiamento del contesto concettuale e/o emozionale nella quale questa situazione è vissuta.

Significa ricodificare la percezione della realtà di una persona senza cambiare il significato delle cose ma cambiando la loro struttura. Non si cambia il valore semantico di ciò che la persona esprime, ma si cambiano le cornici all'interno delle quali inserire tale significato.

Ovviamente cambiando la cornice, si cambia in maniera indiretta il significato stesso.

Questo perché, ponendo uno stesso evento all'interno di diversi contesti e guardandola da prospettive diverse, questo cambia completamente il suo valore. La realtà, è determinata dal punto di osservazione da cui il soggetto la guarda; se si cambia tale punto di osservazione, la realtà stessa cambia.

Nel ristrutturare un'idea o concezione di una persona, non si mette in discussione l'idea o la concezione ma si propongono diversi percorsi logici e diverse prospettive di approccio a tali idee e concezioni. Non si cambia il contenuto del quadro ma solo la cornice,

Ipnoterapia senza trance:

Il tipo di lavoro svolto dal terapeuta nel costruire, nella sua relazione con il paziente, una realtà comunicativa carica di suggestione che permetta di ingiungere prescrizioni di comportamento che lo conducono a rompere i suoi ripetitivi e disfunzionali schemi di azione.

Oppure fare esprimere durante la seduta, le esperienze emozionali correttive, ossia forti emozioni, provocate dalla comunicazione/relazione con il terapeuta, che conducono il paziente allo spostamento delle sue percezioni e/o concezioni riguardo alla realtà verso prospettive più funzionali.

Utilizzare il linguaggio e le modalità rappresentazionali del paziente:

E' la prima fondamentale manovra per catturare il paziente. Si esprime nel fatto che il terapeuta deve cercare di cogliere rapidamente il linguaggio e le modalità di rappresentazione della realtà del paziente e, nell'interazione comunicativa, egli deve rispondere utilizzando lo stesso linguaggio e le stesse rappresentazioni.

In pratica ricalcando lo stile comunicativo del paziente, si entra all'interno del suo sistema percettivo-reattivo con gli effetti congiunti: a) di farlo sentire compreso e a proprio agio; b) di acquisire il potere di dirottare dall'interno il suo disfunzionale sistema di percezione e reazione nei confronti della realtà.

Evitare le forme negative e riorientare positivamente:

Colpevolizzare il paziente o l'utilizzo di affermazioni negative nei confronti del comportamento o delle idee del paziente, tende a colpevolizzarlo e a promuovere reazioni di irrigidimento e rifiuto.

Pertanto invece di criticare e negare l'operato del paziente, anche se tale operato è assolutamente errato o disfunzionale, si gratifica la persona e mediante tale gratificazione, si danno delle ingiunzioni per la modifica del suo comportamento.

Mediante tale procedura di solito, si promuove una partecipazione ed una collaborazione ai fini terapeutici anche di soggetti estremamente diffidenti o irrigiditi nelle loro posizioni e soprattutto non si incorre nelle reazioni negative prodotte dalla colpevolizzazione del paziente rispetto alle proprie azioni. Il fatto che le sue azioni siano disfunzionali è un implicito della sua richiesta di aiuto e non ha alcun bisogno di essere sottolineato.

Utilizzo della resistenza e uso di paradossi:

La resistenza viene prescritta e manipolata. Questo si esprime nel mettere il paziente in una situazione paradossale nella quale la sua resistenza o il suo irrigidimento verso il terapeuta diventi una prescrizione ed una regola della terapia, in modo tale che la funzione prioritaria della resistenza viene annullata;

Utilità della comunicazione paradossale come intervento capace di scardinare una rigida e compulsiva situazione percettivo-reattiva. A questo scopo la tecnica si esprime nell'amplificare e

portare alla esasperazione, durante il colloquio, le lamentele e le fissazioni del paziente, sino a condurlo, paradossalmente, all'essere lui stesso a rassicurare il terapeuta.

La logica del paradosso è quella di un messaggio che si nega e si afferma al tempo stesso, che risulta né vero né falso.

Anticipazione delle ragioni e delle espressioni del paziente:

Si usa per evitare gli irrigidimenti nella relazione con il paziente, quando si vuole comunicare qualcosa che potrebbe provocare reazioni aggressive e di rifiuto.

In pratica si prevengono le reazioni del paziente in maniera tale da metterlo in una situazione di obbligata accettazione di ciò che si sta affermando.

Una tecnica simile è quella di anticipare, durante la descrizione che un paziente fa dei suoi problemi, quello che egli prova.

In questo modo si dà l'impressione quasi magica di leggere nella mente del soggetto con l'effetto di acquisire immediatamente grande potere di intervento grazie a questa semplice suggestione che ha trasmesso al paziente l'idea che il terapeuta ha capito subito tutto e che, di conseguenza, saprà bene come intervenire.

Uso di aneddoti, metafore:

Il racconto di aneddoti o storie oppure, possiede la prerogativa di permettere la comunicazione di messaggi sfruttando la proiezione e l'identificazione, che di solito una persona attua nei confronti di personaggi e situazioni di un racconto di una metafora.

Usando questa tecnica si disseminano suggestioni all'interno di un racconto che non coinvolge direttamente il paziente.

Quindi si comunica in forma indiretta e velata il messaggio che si vuole inviare. Inoltre il linguaggio analogico tipico di queste modalità comunicative possiede un grande potere evocativo-suggestivo che permette già di per sé stesso l'aggiramento della resistenza.

Ironia:

L'ironia ha un potere straordinario nel ristrutturare attraverso il senso dell'umor o il ridicolo, situazioni che viste nella loro tragicità o nella loro estrema serietà vengono vissute come inaccettabili ed immutabili.

Illusione di alternative:

E' particolarmente utile quando si deve prescrivere qualcosa che si teme sia ritenuto dal paziente troppo difficile, come nel caso di quei pazienti che su ogni prescrizione trovano da biasimare qualcosa pur di evitare la esecuzione di questo.

La tecnica si esprime nell'assegnare la possibilità di scelta tra due diversi compiti da eseguire: uno, il primo molto ansiogeno e sicuramente ritenuto impossibile dal paziente, il secondo sempre meno ansiogeno e più attuabile.

In realtà si assegna il primo ben sapendo che, il paziente, rifiutando questo, è costretto ad accettare il secondo compito anche se lo ritiene più difficile, in quanto è sempre meglio del primo.

Le prescrizioni di comportamento:

Si parte dalla convinzione che il cambiamento passi attraverso esperienze concrete, e la prescrizione di sequenze comportamentali, da eseguire tra una seduta e l'altra, ha il fine di far vivere quelle esperienze individuate come portatrici di cambiamento.

Prescrizioni dirette: sono quel tipo di indicazioni dirette e chiare di azioni da eseguire tese alla risoluzione del problema presentato, o al raggiungimento di uno dei progressivi obiettivi del cambiamento.

E' utile nei casi di persone molto collaborative e che hanno una scarsa resistenza al cambiamento, alle quali è sufficiente dare la chiave di risoluzione del problema, prescrivendo loro come comportarsi di fronte alla situazione problematica in maniera da disinnescare i meccanismi che la mantengono operante.

Prescrizioni indirette: sono quel tipo di ingiunzioni di comportamento che mascherano il loro vero obiettivo. Ossia, si prescrive di fare qualcosa con il fine di produrre qualcosa di diverso da ciò che è dichiarato o prescritto. Questo tipo di prescrizione utilizza la tecnica ipnotica dello spostamento del sintomo, nel senso che di solito si attira l'attenzione del paziente su qualche altra cosa problematica che riduca l'intensità del problema presentato.

Prescrizioni paradossali: nei confronti di un problema che si presenta come spontaneo ed irrefrenabile, ad esempio ossessioni o comportamenti ostinati, è efficace prescrivere il

comportamento sintomatico stesso, poiché in questo modo si mette la persona nella situazione paradossale di dover eseguire volontariamente ciò che è involontario ed incontrollabile e che ha sempre tentato di evitare. Anche in questo caso l'esecuzione volontaria del sintomo annulla il sintomo stesso, che per essere sintomo deve essere qualcosa di spontaneo ed incontrollabile.

Bibliografia

- Alexander F., (1956). *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Norton, New York.
- Ammaniti M., Stern D., (1991). *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Bari.
- Anolli L., (2002). *Psicologia della Comunicazione*, Il Mulino, Bologna.
- Araoz D. L., (1987). *Ipnosi e terapia sessuale*, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.
- Ashby W.R., (1956). *An introduction to cybernetic*. Chapman & Hall Ltd., London.
- Conti I., (2002). *La psicoterapia breve strategica*. In: <http://www.humantrainer.com> 2002.
- Bandler R., Grinder J., (1975). *The structure of magic* (Science and Behavior Books) tr. it.: La struttura della magia. Astrolabio-Ubaldini, Roma.
- Bandler R., Grinder J., (1975). *I modelli della tecnica ipnotica di Milton Erickson*, Astrolabio-Ubaldini Editore Roma. (**manca titolo in inglese**)
- Bateson G., (1984). *Mente e natura*, Adelphi Edizioni, Milano.
- Bateson G., (1972), *Step to an ecology of mind*, (Chandler Publishing Company, San Francisco), tr.it.: Verso una ecologia della mente, Adelphi, Milano 1993.
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J. H., (1956). *Toward a Theory of Schizophrenia*, Behavioral Science, 1 (4): 251-264.
- De Shazer S., Berg I.K., (1992). *Doing therapy: a post-structural revision*. Journal of Marital and Family Therapy 18 (1): 71-81.
- Dougiamas M., (1998), A Journey into Constructivism. In: <http://dougiamas.com/writing/constructivism.html>.
- Elster J.,(1979), *Ulysses and the Sirens*, Cambridge, Cambridge University Press (tr. it. 1983, *Ulisse e le sirene*, Il Mulino, Bologna).
- Elster J. (1985) (a cura di), *The Multiple Self*, Cambridge University Press and Norwegian University Press (tr. it. 1991 Elster J. (a cura di), *L'io multiplo*, Feltrinelli, Milano).
- Gulotta G., (1997). *Lo psicoterapeuta stratega. Metodi ed esempi per risolvere i problemi del paziente*, Franco Angeli, Milano.

Loriedo C., Nardone G., Watzlawick P., Zeig J.K., (2002). *Strategie e stratagemmi delle psicoterapia. Tecniche ipnotiche e non ipnotiche per la soluzione, in tempi brevi, di problemi complessi*, Franco Angeli, Milano.

Haley J., (1974). *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze.

Haley J., (1976). *Uncommon Therapy. The psychiatric techniques of Milton Erickson, M.D.*, (W. W. Norton & Co., Inc., New York) tr. it.: *Terapie non comuni. Tecniche ipnotiche e terapia della famiglia.* Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.

Jervis G., (1993). *Fondamenti di psicologia dinamica*, Feltrinelli, Milano. (Psic Clin VV)

Hoffman L., (1981). *Foundations of family therapy*. Basic Book, New York.

Erickson M.H., (1980), *Opere* (4 volumi), a cura di Ernest Rossi, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma. 1982/1984:

Vol. I: *La natura dell'ipnosi e della suggestione*; Vol. II: *L'alterazione ipnotica dei processi sensoriali, percettivi e psicofisiologici*; Vol. III: *L'indagine ipnotica dei processi psicodinamici*; Vol. IV: *L'ipnoterapia innovatrice*.

Erickson M.H., Rossi E.L., (1982). *Hypnotherapy. An exploratory casework*, (Irvington Publishers, Inc., New York), tr. it.: *Ipnoterapia. Una ricerca clinica*, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.

Erickson M.H., Rossi E.L., Rossi S.I., (1979). *Hypnotic realities. The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*, (Irvington Publishers, Inc., New York), tr.it.: *Tecniche di suggestione ipnotica. Induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indirette*, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.

Freedheim D.K., (1992). *Storia della psicoterapia, un secolo di cambiamenti*. Ed. Scientifiche Ma.Gi, Roma.

Freud S., (1915-17) (tr. It. 1985). *Introduzione alla psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, Roma.

Meltzoff J., Kornreich M., (1970). *Research in psychotherapy*, Atherton, New York. (Psic Clin VV)

Nardone G., (1998). *Psicosoluzioni*, Rizzoli, Milano.

Nardone G., (1991). *Suggestione - Ristrutturazione = Cambiamento, l'approccio strategico e costruttivista alla terapia breve*, Giuffrè, Milano.

Nardone G., (2004). *Cenni storici della terapia breve evoluta*. *Rivista di Terapia Breve Strategica e Sistemica* 1: 63-70.

Nardone G., Salvini A., (1997). *Logica matematica e logiche non ordinarie come guida per il problem-solving strategico*, in Watzlawick P., Nardone G. (a cura di) *Terapia breve strategica*, Cortina, Milano: 53-61.

- Russell B., Whitehead A.N., (1910). *Principia Mathematica*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Sanavio E., Cornoldi, C., (2001). *Psicologia Clinica*, Il Mulino Bologna. (Psic Clin VV)
- Shön D.A., (1983). *The Reflexive Practitioner*. Basic Books Inc., New York.
- Skorjanec B., (2000). *Il linguaggio della terapia breve. Retorica e logica del cambiamento terapeutico*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Vannoni D., (2001). *Manuale di psicologia della comunicazione persuasiva*, Utet, Torino.
- Watzlawick P., (1979). *Il linguaggio del cambiamento*, Feltrinelli, Milano.
- Watzlawick P., (1990). *Therapy is what you say it is*, in Zeig J.K., Gilligan S.G., (Eds) *Brief therapy: Myths, methods and metaphors*, Brunner/Mazel, New York: 55-61.
- Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. D., (1967). *Pragmatic of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*, (W. W. Norton & Co., New York), tr. it.: *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.
- Watzlawick P., Weakland J. H., Fisch R., (1974). *Change. Principles of problem formation and problem solution*, tr.it.: *Change. La formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.
- Watzlawick P., Nardone, G. (a cura di) 1997, *Terapia Breve Strategica*, Milano Cortina. (Psic Clin VV)
- Weakland J.H., (1993). *Conversation-but what kind?* In: S. Gillian, R. Price. *Therapeutic Conversation*. Norton, New York.
- Verrastro V., (2005). *Psicologia della comunicazione. Un manuale introduttivo*, Franco Angeli, Milano.
- Verrastro V., (2006). *Strategie e interventi in psicologia clinica dello sviluppo*. Franco Angeli, Milano.
- Verrastro V., Petrucelli F., (2006). *Psicologia clinica. La storia, i metodi gli strumenti. Un manuale introduttivo*, Franco Angeli, Milano.
- Von Bertalanffy L., (1950). *An outline of general system theory*. *British Journal of the Philosophy of Science*; 1: 134 -165.
- Von Glasersfeld E., (1990). *An exposition of constructivism: Why some like it radical*. In: R.B. Davis, C.A. Maher, N. Noddings (Eds). *Constructivist views on the teaching and learning of mathematics*. National Council of Teachers of Mathematics, Reston, Virginia: 19-29.
- Von Glasersfeld E., (1988). *Introduzione al costruttivismo radicale*. In: P. Watzlawick (a cura di) *La realtà inventata*. Feltrinelli, Milano.

