

# QUALE *psicologia*

QUALE *psicologia* ISSN 1972-2338



Istituto per lo Studio delle Psicoterapie  
Società Italiana di Psicoterapia Strategica  
Società Italiana di Psicoterapia

4

Nuova Serie, Supplemento n. 2

Aprile 2015



## **QUALE *psicologia***

Semestrale dell'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie fondato nel 1992  
Organo della Società Italiana di Psicoterapia e della Società Italiana di Psicoterapia Strategica  
*Anno 3 – Numero 4, Supplemento n. 2 – Aprile 2015 – Nuova Serie*

Direttore scientifico  
*Filippo Petruccelli*

Comitato scientifico  
*Barbara D'Amario, Pierluigi Diotaiuti, Guglielmo Gulotta, Fausto Massimini, Luciano Mecacci, Patrizia Patrizi, Irene Petruccelli, Valeria Schimmenti, Chiara Simonelli, Rosella Tomassoni, Giulia Villone Betocchi, Valeria Verrastro*

Direttore responsabile  
*Valeria Verrastro*

Redazione  
*Rocco Chizzoniti, Cristina Colantuono, Giulio D'Urso, Alessandra Gherardini, Anna Rizzuti, Valeria Saladino, Maria Teresa Serranò*

Grafico  
*Renato De Marco*

Direzione, Redazione e Amministrazione  
*00185 Roma – Via San Martino della Battaglia 31*  
*Telefoni 06 44340019, 328 6068080 – Fax 06 44340017*  
*www.qualepsicologia.it*

Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 86 del 17 Aprile 2013  
ISSN 1972-2338

È consentita la riproduzione dei testi citando la fonte  
Finito di stampare in proprio il 4 maggio 2015



# QUALE *psicologia*

Anno 3 – Numero 4, Supplemento n. 2 – Aprile 2015 – Nuova Serie

## SOMMARIO

<b>Alla scoperta di Ulisse. Viaggio verso la consapevolezza di sé per orientare la scelta al futuro</b> <i>The Discovery of Ulisse. Journey to the Self Awareness to Direct the Choice to the Future</i> <i>Valeria Verrastro, Filippo Petruccelli, Federica Cicchelli</i>	pag. 7
<b>Il ruolo del counseling nella prevenzione dell'infezione da HIV</b> <i>The Role of Counseling in the Prevention of HIV Infection</i> <i>Immacolata Messuri, Maurizio C. Gerardini</i>	“ 29
<b>La “metacura” delle donne caregiver. Cura, disagio, malattia</b> <i>“Metacure” of Caregiver Women. Cure, Discomfort, Disease</i> <i>Matteo Pio Ferrara, Alessandra Gherardini, Annateresa Inglese, Roberta Sardella; Alfredo De Risio</i>	“ 59
<b>La resilienza</b> <i>Resilience</i> <i>Valeria Verrastro, Anna Rizzuti, Valeria Saladino</i>	“ 69
<b>La resilienza in psicoterapia</b> <i>Resilience in Psychotherapy</i> <i>Valeria Verrastro, Anna Rizzuti, Valeria Saladino</i>	“ 79
<b>Il coma di Biancaneve</b> <i>Snow White's Coma</i> <i>Daniela Zylberman</i>	“ 91
<b>Gestione e norme redazionali</b>	“ 102



# La resilienza in psicoterapia

## Resilience in Psychotherapy

Valeria Verrastrò<sup>1</sup>, Anna Rizzuti<sup>2</sup>, Valeria Saladino<sup>3</sup>

### **Riassunto**

*Il costrutto di resilienza è stato più volte adoperato in psicoterapia. A tal proposito, tramite una breve descrizione dell'approccio cognitivo-comportamentale, sistemico-relazionale e psicomodinamico nella specificità del costrutto di resilienza, ci si focalizza sulle tecniche proprie dei singoli approcci psicoterapici e sui punti di forza di ognuno. Inoltre il presente articolo illustra la peculiarità della terapia strategica, enfatizzando rispetto allo sviluppo della resilienza, attraverso l'esplicazione delle varie tecniche atte ad attivare il processo di cambiamento. Di notevole importanza il contributo di Milton Erickson, il quale traslò i principi da egli studiati in merito all'ipnosi nella terapia strategica, fornendo un ampio spettro di tecniche e spunti verso un ottica più flessibile di fare terapia.*

### **Parole chiave**

*Resilienza, approcci psicoterapici, ipnosi, approccio strategico, benessere.*

### **Abstract**

*The construct of resilience was utilized many times in psychotherapy. The present work analyzes the principal techniques of cognitive-behavioral, systemic-relational and psychodynamic approaches. Furthermore, a brief introduction about strategic psychology allows to understand its contribution in improving resilience through the explanation of the different techniques involved in the therapeutic process. Another fundamental contribution concerns Milton Erickson's hypnosis in the strategic approach. This kind of study provides a more flexible way to do psychotherapy.*

### **Keywords**

*Resilience, psychotherapies, hypnosis, strategic approach, well-being.*

## Uso della resilienza in psicoterapia

Dall'analisi dei vari approcci psicoterapici è stato possibile constatare come indipendentemente dall'approccio utilizzato, ciò che caratterizza una psicoterapia efficace è la costruzione dell'alleanza psicologica che condurrà allo sviluppo e alla promozione del benessere psichico e alla riduzione del disagio vissuto dal paziente. Per comprendere meglio tale affermazione sembra opportuno un breve accenno alle principali scuole di pensiero e al loro apporto alla resilienza. Secondo l'approccio

cognitivo, sviluppato da Albert Ellis e Aaron T. Beck, alla base della sofferenza psichica vi è il pensiero distorto. Dunque l'interpretazione che le persone danno ad un dato evento o situazione le conduce inevitabilmente ad attribuzioni rispetto alla loro capacità di controllo e risoluzione delle difficoltà, incidendo anche sulla capacità di adattamento a situazioni nuove o traumatiche. La mente è dunque descritta come un sistema di conoscenze e pensieri tramite cui gli individui valutano la propria esperienza cercando di regolare le loro emozioni e la loro condotta. Dalla letteratura si evince come la reazione più comune alle esperienze traumatiche sia la dissociazione. In tal caso obiettivo della terapia consiste nell'integrazione e tolleranza di tali vissuti frammentati e dunque non verbalizzati del soggetto. In tale direzione va la terapia cognitivo comportamentale, volta a gestire sintomi fobici e a ristrutturare eventuali pensieri negativi annessi al trauma. A tal proposito di notevole interesse è il modello elaborato da Knafer e Grimm (1980) diviso in sette fasi. La prima fase vede lo sviluppo dell'alleanza terapeutica, in cui i due protagonisti della relazione stipulano un sorta di patto di fiducia reciproca attraverso il quale si impegnano ad investire, ognuno con il proprio ruolo, impegno per ottenere il fine prefissatosi. In tal modo il paziente si sente direttamente coinvolto nel processo terapeutico e responsabile almeno quanto lo psicoterapeuta della riuscita della terapia. La seconda fase riguarda invece la volontà di cambiamento, che si sviluppa a partire dalla fiducia del terapeuta nei confronti delle reali capacità del paziente. Costrutto fondamentale in tal senso risulta essere la *self-efficacy* (Bandura, 1977), ossia quanto il soggetto si ritiene capace di affrontare un determinato compito in base alla valutazione delle sue stesse abilità. Il terapeuta dunque rafforzerà tale percezione enfatizzando i risultati positivi e confortando il paziente attraverso incoraggiamenti, stipulando gli obiettivi da raggiungere come punti concreti e creando così la base per un futuro processo di cambiamento. La terza fase di analisi comportamentale, si focalizza sullo specifico del problema, analizzando frequenza, modalità e durata del sintomo, raccogliendo tutte le informazioni portate dal paziente circa i meccanismi di scompensazione e di mantenimento del problema, che potrebbero essere utili ai fini della terapia. La quarta fase predispone un programma di cambiamento in cui il terapeuta spiega al paziente le origini del problema, gli obiettivi ed una prospettiva di cambiamento futuro. In seguito si procede con il trattamento vero e proprio in cui il terapeuta oltre a supportare il paziente facilita le sue competenze riflessive. A questa fase segue quella di monitoraggio e valutazione del processo in atto, in cui il terapeuta da dei feedback rispetto ai cambiamenti positivi ottenuti, per favorire l'apprendimento del paziente. In tal modo il cliente riconosce i cambiamenti raggiunti e gli obiettivi ottenuti. Inoltre il terapeuta fornisce una serie di tecniche comportamentali al fine di aumentare la sua capacità di fronteggiare il sintomo ed anche eventuali problematiche future. L'ultima fase di generalizzazione del processo e dissoluzione del legame prevede un atteggiamento terapeutico meno direttivo ed un rinforzo delle capacità di auto aiuto. La terapia cognitivo comportamentale si basa sull'acquisizione di capacità personali attraverso alcune tecniche quali: *desensibilizzazione sistematica*, tramite cui si analizza lo stimolo ansiogeno e ne si riducono gli effetti attraverso l'apprendimento di tecniche di rilassamento e di immaginazione graduale. Queste permettono di affrontare sia livelli di ansia minimi che maggiormente ansiogeni. Ulteriore tecnica è quella dell'*implosione*, tramite cui il terapeuta induce la sperimentazione della situazione maggiormente temuta per poi dimostrarne la futilità. Di fondamentale importanza nello sviluppo della resilienza nell'ottica cognitivo comportamentale è il *training assertivo*, in cui si rafforza la capacità di autoaffermazione del soggetto e di espressione delle emozioni. Tale tecnica è particolarmente indicata per coloro i quali non riescono a dire no, e che dunque si lasciano sovrastare dagli altri. Questa si realizza attraverso *role play* in cui il paziente



mette in atto una serie di comportamenti differenti da quelli abitualmente attuati per sperimentarsi in atteggiamenti più assertivi, sotto la guida del terapeuta. Le tecniche della terapia cognitivo-comportamentale possono essere utilizzate anche per promuovere le risorse dell'individuo e potenziare l'adattamento all'ambiente e le capacità di auto-riparazione, concetti portanti il costrutto di resilienza. Fondamentale in questo senso risulta essere la CBT- based proposta da Padesky e Mooney (2012) strutturata in quattro fasi volte a sviluppare la resilienza del soggetto. Durante la prima fase si indagano i punti di forza e le caratteristiche di personalità del paziente, quali un temperamento flessibile, delle buone capacità interpersonali e cognitive, una buona capacità di regolare le emozioni, capacità di cooperazione, un attaccamento sicuro e una buona fiducia in sé stessi (Davis, 1999) in modo che egli possa applicarlo alle varie situazioni problematiche che deve affrontare nel quotidiano. Nella realizzazione di questa fase è importante focalizzarsi sui domini della vita del paziente per potergli dare dei feedback positivi. La seconda fase consiste invece nel creare un modello di resilienza personale basato sui punti di forza identificati in precedenza. Nella terza fase si applicherà tale modello cercando di espanderlo a più domini, mentre nell'ultima fase paziente e terapeuta elaboreranno insieme una serie di compiti atti a sviluppare la resilienza nello specifico delle aree problematiche. Tale modello, così strutturato, permette dunque non solo di affrontare momenti particolarmente difficili della vita del soggetto ma garantisce anche una futura capacità di gestione dello stress e delle situazioni di crisi. Come l'approccio cognitivo comportamentale anche la psicodinamica sollecita le caratteristiche personali del soggetto nel superamento delle criticità. Sinonimo di tale approccio sono: psicoterapia psicanalitica, intensiva, orientata all'insight, espressivo-supportiva ed esplorativa. Lo psicologo ad orientamento dinamico mira non solo all'individuazione di segni e sintomi, ma anche alla valutazione dei meccanismi di difesa, al livello di alterazione delle funzioni psichiche e all'analisi delle relazioni interpersonali esibite nella relazione paziente-terapeuta. Uno dei fattori che caratterizza la psicodinamica è la capacità di mentalizzazione, ossia la comprensione che il proprio comportamento deriva da credenze e punti di vista i quali possono non coincidere con quelli altrui. Tale caratteristica influenza grandemente le modalità con cui il soggetto si appropria alla vita e agli eventi stressanti. Ulteriore aspetto è dato dalle relazioni oggettuali, infatti secondo la psicoterapia psicodinamica dall'osservazione dei pattern relazionali del paziente è possibile evincere i modelli interpersonali di riferimento che si ripercuoteranno nella gestione della vita quotidiana, con riferimento alle situazioni stressanti. La psicodinamica pone una sostanziale differenza tra punti di forza e di debolezza dell'Io. Un soggetto con Io forte tende a mantenere il controllo degli impulsi e riesce a gestire emozioni negative quali rabbia, ansia, dolore; anticipando le conseguenze delle sue azioni e portando avanti scopi e obiettivi prefissatesi. Il soggetto con Io debole, di contro, è prevalentemente impulsivo, non ha capacità di giudizio né tolleranza allo stress. Nel primo caso il paziente sarà in grado di gestire la frustrazione dettata dall'esplorazione psicoterapica mentre nel secondo le sollecitazioni del terapeuta potrebbero non essere accolte. Come già asserito rispetto alla terapia cognitivo-comportamentale, anche nella psicodinamica aspetto fondamentale è la costruzione dell'alleanza terapeutica che si basa su alcuni punti: lo sviluppo da parte del paziente di un buon legame di attaccamento con il terapeuta, il sentire che il terapeuta gli è d'aiuto e che stanno perseguendo congiuntamente gli obiettivi prefissatesi attraverso un rapporto di mutua collaborazione. In tale fase il terapeuta promuove l'alleanza attraverso un atteggiamento recettivo volto a trasmettere fiducia e comprensione. La psicoterapia psicodinamica si fonda su due versanti uno più espressivo l'altro supportivo. Il primo si basa sulle tecniche dell'interpretazione, osservazione, confronto, chiarificazione; il secondo invece applica consigli ed

elogi, interventi educativi e validazione empatica. Entrambi utilizzano l'incoraggiamento ad elaborare. L'uso di tali tecniche varia in base al paziente che si ha di fronte e al livello di alterazione funzionale che potrebbe costituire un filtro rispetto alle possibili tecniche da utilizzare. L'approccio psicodinamico non si basa unicamente sui fattori intrapsichici ma valuta anche le relazioni con il mondo esterno. La terapia psicodinamica dunque conduce ad una maggiore conoscenza e sviluppo delle capacità introspettive del soggetto a partire dall'interazione paziente-terapeuta, dall'interpretazione del transfert e delle resistenze in un campo bi-personale. Infatti obiettivo è rafforzare la capacità di comprensione delle motivazioni e dei significati insiti nei comportamenti propri ed altrui. In un'ottica di psicologia del Sé è possibile rielaborare un evento traumatico attraverso il Sé narrativo o come è stato definito da Paul Ricoeur (Jervolino, 1984) "identità narrativa". Odiernamente la concezione del Sé rispecchia connotati prevalentemente relazionali. Kohut diede una prima teorizzazione in tal senso a partire dal riconoscimento del ruolo delle interazioni familiari nella costruzione dell'identità dell'individuo. Il Sé diviene dunque istanza esterna e collettiva. Tale visione coincide con lo sviluppo delle teorie sul linguaggio, strumento per la costruzione soggettiva della realtà. Dunque nasce l'idea che la molteplicità del Sé derivi dal linguaggio e che esista una dimensione narrativa, come asserisce Bruner, secondo il quale la nostra identità ed il nostro concetto di Sé si acquisiscono tramite la struttura narrativa. Partendo da tali presupposti è possibile applicare la terapia narrativa nella cura del PTSD. Una delle tecniche maggiormente in uso che fa leva sulla resilienza è la Testimony Therapy, in cui i pazienti sono invitati a raccontare la loro esperienza traumatica innestandola nel racconto autobiografico, facendo sì che le memorie frammentate dell'evento si trasformino in una struttura narrativa coerente e finalizzata all'elaborazione dell'esperienza dolorosa, attraverso il recupero del significato emotivo. In un'ottica sistemica, invece, il concetto di resilienza diviene più ampio in quanto ad essere coinvolto è l'intero sistema familiare. Attualmente individui e famiglie si trovano ad affrontare cambiamenti di svariata natura, economici, politici, sociali. Dunque è fondamentale che non solo l'individuo ma l'intero nucleo familiare abbia le risorse per affrontare problematiche complesse e adattarsi a situazioni nuove. La resilienza si traduce in tale contesto nella capacità di superare i momenti di crisi di ogni fase del ciclo di vita che una famiglia deve affrontare. Ad esempio la genitorialità, la vita di coppia, l'adolescenza e, tutti quegli eventi normativi che fanno parte di un sistema familiare. Si è dunque passati da un'ottica di causalità lineare ad una circolare, considerando i problemi nel quadro di un sistema, in cui se un elemento si rompe il sistema si modifica. In tale ottica, ad esempio, a seguito di un trauma, bisogna lavorare simultaneamente sul traumatizzato e sul suo contesto familiare, per cui la resilienza non è solo un fattore individuale ma prende anche in esame i contenuti relazionali che possono facilitarne o ostacolarne lo sviluppo. Secondo Walsh (2008) bisogna considerare la resilienza all'interno della teoria dei sistemi, allargando l'adattamento individuale ai contesti familiari e sociali di appartenenza, facendo riferimento ad un influenzamento ricorsivo. Nel corso del tempo i terapeuti familiari hanno abbandonato il paradigma basato sul deficit per focalizzarsi sulle risorse della famiglia. Dunque oggetto di studio è stata la famiglia e le sue modalità di gestione dei momenti di crisi. Tale approccio enfatizza la capacità auto-riparativa delle famiglie in situazioni difficili, promuovendo sostegno e benessere durante tutte le fasi del ciclo vitale. Gli interventi in questo ambito riguardano il rafforzamento delle reti parentali e sociali affinché si affermino quali contesti di cura per gli stessi individui. La resilienza familiare si definisce come quella serie di strategie di fronteggiamento e adattamento che intervengono nel contesto familiare (*Ibidem*). Attraverso lo studio delle dinamiche familiari si è in grado di comprendere il modo in cui la famiglia gestisce le situazioni di

stress, in quanto tali modalità ed il continuo ridefinirsi dei ruoli familiari influenzano il benessere del nucleo. Un approccio basato sulla resilienza familiare volgerà a sostenere le difficoltà connesse al ruolo genitoriale, alla promozione della riconciliazione e alla ricerca delle risorse familiari. Nell'ottica odierna volta alla continua trasformazione dei nuclei familiari composti da un solo genitore o da famiglie omogenitoriali, sempre più compare la tendenza ad avvicinarsi all'ideale di famiglia "sana". La verità è che non esiste un standard né nella composizione familiare né nelle strategie da adottare che possa garantire il benessere, l'unica tattica efficace è la flessibilità dei ruoli che permette di non fissarsi in rigidità disfunzionali. Bisogna infatti aiutare le famiglie a trovare un senso di continuità e coerenza. Dalle ricerche svoltesi in chiave sistemica si evincono alcuni processi fondamentali sottesi alla resilienza familiare, suddivisi dalla Walsh in tre ambiti: sistemi di credenze familiari, strutture organizzative e processi comunicativi. Questi processi sono fondamentali nella comprensione della struttura familiare come anche nella promozione di un percorso terapeutico nella promozione della resilienza. Il terapeuta dunque deve dapprima indagare il sistema di credenze del nucleo familiare, ossia le modalità di superamento del problema, la percezione della gravità e delle responsabilità ad esso connesse se è stato un incidente o è stato voluto, quali sono le sensazioni ed i vissuti; se l'evento è in qualche modo attribuibile o connesso alla storia pregressa della famiglia. Ulteriore punto è la visione costruttiva della famiglia rispetto l'evento. Il terapeuta familiare cercherà di sollecitare la famiglia ad investire su se stessa, attraverso l'individuazione di limiti e risorse. Rispetto ai modelli organizzativi della famiglia i processi che sottendono la resilienza familiare sono la flessibilità, la capacità di stare in relazione e le risorse socio-economiche. La flessibilità permette alla famiglia di mantenere l'omeostasi in un contesto di morfogenesi, nei momenti di crisi infatti tale caratteristica permette di recuperare la stabilità perduta e ripristinare le regole delle interazioni familiari. Inoltre i genitori dovrebbero svolgere la funzione di guida mantenendo un ruolo chiaro e ben definito in modo da non generare inversioni di ruolo, combinando autorevolezza e flessibilità. Oltre la flessibilità anche la reciprocità è importante nelle relazioni poiché garantisce coesione e compattezza dei membri. Una delle strategie fondamentali nella gestione dei momenti di crisi è l'unione delle forze, pur mantenendo una suddivisione chiara dei sottosistemi. Tutto ciò è possibile solo in un contesto di comunicazione efficace. Quest'ultima deve possedere tre caratteristiche per promuovere la resilienza: chiarezza, condivisione delle emozioni, collaborazione. Dinanzi ad un problema la famiglia tramite la comunicazione efficace deve dapprima riconoscere il problema, poi confrontarsi attraverso critiche e proposte costruttive ed infine negoziare sulle eventuali soluzioni concentrandosi sugli obiettivi, traendo vantaggio dai successi e predisponendosi così ad affrontare sfide future. Sarà il terapeuta a guidare la famiglia nella scelta di obiettivi concreti. Rutter (1987) ha individuato quattro processi protettivi per favorire la resilienza: interventi tesi a ridurre i fattori di rischio, interventi tesi a contenere l'insorgere di escalation reattive negative, interventi volti a rinforzare i fattori protettivi familiari e ridurre la vulnerabilità, interventi tesi a sviluppare un senso di stima ed efficacia nella famiglia e nel singolo. Walsh (2008) propone una centratura sulla significazione della crisi, sul controllo sugli eventi, sulla riorganizzazione della struttura familiare e sullo sviluppo della comunicazione efficace. Tali interventi si configurano in un contesto di alleanza in cui terapeuta e paziente co-costruiscono una visione costruttiva per affrontare la vita ed il futuro. Come si evince da quanto affermato sopra, il costrutto di resilienza è sotteso ad ogni psicoterapia ed anche se in modi differenti si sviluppa a partire da un contesto partecipativo e di condivisione in cui il paziente è parte attiva del processo.

## Approccio strategico e resilienza

L'approccio strategico è una scuola di pensiero che studia le interazioni degli esseri umani nella relazione con se stessi, con gli altri e con il mondo. Gli assunti teorici su cui si basa derivano dalle teorie sistemiche e cibernetiche applicate allo studio delle relazioni umane. Si passa dunque dallo studio del mondo intrapsichico, proposto dalla psicologia classica, a quello relazionale derivante dai processi comunicativi che quotidianamente intercorrono nella vita di ogni essere umano, costituendone la realtà. In tal modo è decaduta la concezione dell'uomo come mosso unicamente da istinti ed impulsi per dar spazio allo studio dell'individuo inserito in un ambiente che influenza e a sua volta viene influenzato dallo stesso. Nell'approccio strategico infatti l'uomo non solo non è avulso dal suo ambiente ma è soggetto attivo e co-costruttore della propria realtà (Verrastro, 2012). I concetti costruttivismo e costruzionismo sono dunque alla base della psicologia strategica e contribuiscono a fuori uscire dalla visione statica della psicoterapia per affacciarsi ad un modello terapeutico costruito su misura del paziente. Il terapeuta non deve mai perdere di vista infatti la peculiarità della persona che ha di fronte in quanto portatore di considerazioni e teorie uniche. I principali autori cui fare riferimento sono Gregory Bateson, il quale a partire dall'analisi delle teorie cibernetiche diede vita al costrutto di doppio legame. Egli costituì insieme ad altri studiosi, quali Weakland, Haley e Fly il gruppo di Paolo Alto che diede vita alla scuola sistemico-relazionale e che ispirò la terapia strategica. Iniziarono dunque gli studi sulla comunicazione umana che videro i primi contatti con Milton Erickson, da cui il gruppo apprese la comunicazione ipnotica. Ulteriore contributo si deve a Paul Watzlawick che con il suo lavoro *Pragmatica della comunicazione umana*, enunciò gli assiomi della comunicazione che si basano su un approccio pratico, comportamentale e relazionale. Nella relazione d'aiuto efficace obiettivo fondamentale è aiutare i pazienti a modificare il modo in cui osservano ed interpretano la realtà, in modo da poter risolvere il loro disturbo. Obiettivo è lavorare sulle problematiche del soggetto al fine di trovare una soluzione in tempi brevi a partire dalla lettura che il soggetto pone in essere e dalla propensione al cambiamento. Dunque il focus attento passa dalla diagnosi all'osservazione del mondo del paziente. Primo punto fondamentale è l'alleanza terapeutica o *rapport* che si instaura a partire dalla relazione di fiducia all'interno della quale proporre strategie di intervento. Nella costruzione del rapport sono di fondamentale importanza quattro fasi. La prima fase o *matching* consiste nel ricalco delle modalità comunicative verbali, non-verbali e para-verbali. La seconda fase o *pacing* consiste nel ricalco dei gesti e dei cambiamenti posturali. La terza fase o *ricalco*, è una somma delle due fasi precedenti. L'ultima fase di *guida* permette al terapeuta di comprendere se ha raggiunto il rapport con il suo paziente. A seguito del raggiungimento del rapport, si prosegue con le fasi del trattamento. Prima di tutto si procede con la definizione del problema in termini concreti, in modo da contestualizzare il problema nella vita del paziente, per meglio comprendere la percezione che egli ha del suo disagio. In tal modo si eviteranno categorizzazioni ed etichette diagnostiche per focalizzarsi unicamente sui sintomi riportati dal paziente, raggiungendo così una visione condivisa del problema. Secondariamente ci si appresta all'analisi delle tentate soluzioni, ad esempio "la legge del più di prima", ossia agire il comportamento opposto a quello che si desidera eliminare, provocandone un inasprimento (Watzlawick *et al.*, 1974). In seguito si definisce concretamente il cambiamento, promosso a partire dal concetto di benessere e normalità desiderata dal paziente. Il pensiero auspicabile deve dunque essere tradotto in comportamento per essere recepito come attuabile e realizzabile. Il terapeuta vorrà infatti riportati degli esempi che dimostrino il reale cambiamento del paziente. Infine si formula e si attua il piano deciso congiuntamente

per attuare il cambiamento. I principi su cui si basa la psicologia strategica sino ad ora enunciati rispecchiano alla perfezione il costrutto di resilienza precedentemente discusso, poiché il soggetto non solo è preso in considerazione dal suo punto di vista e non da una concezione generale di realtà e normalità ma egli costituisce anche parte attiva del processo di cambiamento. Lo strumento per eccellenza, utilizzato dalla strategica per produrre un cambiamento, è la comunicazione. Gli uomini in quanto attori sociali sono produttori e prodotti della comunicazione. Nel contesto terapeutico sia che lo psicoterapeuta utilizzi o meno la retorica è fautore ad ogni modo di comunicazione persuasiva. Watzlawick (1967) distingue tre tipologie di comunicazione persuasiva: *indicativo*, *ingiuntivo*, *evocativo*. Nella prima tipologia si pone enfasi sulle caratteristiche di un oggetto senza fare ricorso alla suggestione. Il secondo tipo suggerisce una data esperienza rispetto alla realtà. Infine la comunicazione persuasiva evocativa arriva all'inconscio del paziente attraverso l'uso di metafore e aneddoti, stimolando il meccanismo della proiezione e dell'identificazione. Essendo il soggetto fautore della propria realtà, la comunicazione persuasiva farà leva su alcune variabili che incidono sul procedimento stesso. La prima è la *motivazione*, fattore che conduce il soggetto ad attivarsi per raggiungere un dato obiettivo e che incide sul livello di attenzione che l'individuo presta ad un dato messaggio. L'attenzione a sua volta dipende dall'interesse che la persona nutre nei confronti di quel dato messaggio. Ulteriore fattore connesso alla motivazione è quello di valori e obiettivi. I primi rappresentano la visione del mondo del soggetto in quanto costituiscono ciò che per lui è più importante e ciò in cui crede, richiamando dunque agli obiettivi che la persona tenterà di raggiungere. Insieme alla motivazione è anche il bisogno, ossia quello stato di tensione interna che pone l'individuo in uno stato di insoddisfazione o insoddisfazione rispetto al raggiungimento dello scopo. Il secondo elemento della comunicazione persuasiva è *l'esposizione*, caratterizzata dalle modalità attraverso cui il ricevente entra in contatto con un dato stimolo. Dunque in tal caso si agisce sui fattori sia oggettivi che soggettivi. La *categorizzazione* invece è quella modalità classificatoria che il soggetto utilizza per memorizzare concetti e persone, tramite associazioni tra oggetti e azioni in base alle caratteristiche che li contraddistinguono. Secondariamente alla categorizzazione si avvia un processo di comprensione atto all'interpretazione degli elementi categorizzati. Questo passaggio è strettamente connesso alla percezione dell'evento e all'attribuzione che il soggetto ne fa. Ultimo elemento è *l'atteggiamento*, ossia la valutazione personale dell'individuo rispetto ad un evento, oggetto o comportamento, che dirige le decisioni dell'individuo modulandone l'autostima. Sulla base di queste variabili la comunicazione persuasiva si pone in un'ottica di cambiamento di quelle che sono le credenze del soggetto. Ulteriore strumento utilizzato in strategica è il paradosso. Frankl (1967), il quale fu tra i primi a proporre tale concetto, definiva il paradosso come un'inversione del pensiero del soggetto, che provoca un cambiamento nell'atteggiamento nei confronti del proprio sintomo, distaccandosi così da esso. Frankl gettò dunque le basi per la logoterapia secondo cui i sintomi nevrotici e fobici derivano dallo sforzo dell'evitamento messo in atto nei confronti degli stessi. Una tecnica da egli proposta era quella dello humor che efficacemente produceva un allontanamento dal sintomo. Il primo terapeuta che attuò delle regole all'uso del paradosso in terapia è stato Haley (1976), individuandone otto fasi di applicazione: definire la relazione terapeutica affinché comporti un cambiamento, identificare il problema, fissare gli obiettivi, presentare un piano o una strategia, squalificare l'elemento famiglia investito di eccessive responsabilità, assegnare un compito o direttiva paradossale, osservare le reazioni a tale direttiva, prescrizione da parte del terapeuta del sintomo. Nella strutturazione del cambiamento e dunque nella promozione della resilienza stessa il terapeuta deve concordare una strategia di intervento che possa concretamente portare

dei benefici. Tal piano di intervento deve essere incentrato unicamente sul paziente e sul problema da egli riportato. La terapia strategica può intendersi come una catena di utilizzazione-ipotesi-intervento-ristrutturazione-cambiamento, non è statica proprio perché si adatta al paziente e non viceversa. In ultimo l'efficacia delle strategie oltre a dipendere dal focus sullo specifico problema dipende anche dal livello di influenza che il terapeuta ha sul suo paziente. Tra le tecniche utilizzate in terapia breve strategica possiamo distinguere: *l' amplificazione*, quando il paziente tende a sottovalutare o esacerbare certi passaggi della sua storia personale o atteggiamenti che risultano a lui ovvi. Il terapeuta può focalizzare la sua attenzione su tali passaggi, ponendo domande specifiche con lo scopo di approfondirli. Tale tecnica ha l'obiettivo di spezzare la logica del paziente conducendolo a riflettere sui contenuti da lui sottovalutati, enfatizzando le conseguenze negative dei suoi ragionamenti; *la concretizzazione* conduce il paziente a rappresentarsi mentalmente e sensorialmente il problema rendendolo da astratto a concreto. All'interno di tale rappresentazione il terapeuta suggerisce una serie di suggestioni ipnotiche atte a provocare un cambiamento. In tal modo il paziente impara a gestire il sintomo non più al di fuori del suo controllo. Attraverso la prescrizione del sintomo il soggetto assume volontariamente il comportamento sintomatico e agisce su di esso attraverso la guida del terapeuta; *la prescrizione e predizione della ricaduta* si basa sul chiedere al paziente di far emergere il sintomo fra una seduta e l'altra. In tal caso il paziente è libero sia di farlo che di non farlo. Sia questa tecnica che la precedente garantiscono comunque la creazione ed il mantenimento di un doppio legame, in quanto sia che il paziente aderisca sia che non aderisca alla prescrizione egli ne esce vittorioso, poiché in entrambi i casi agisce volontariamente dando prova dell'efficacia della terapia; *miracle question* ha lo scopo di identificare gli obiettivi terapeutici che il paziente si prefissa individuando anche le risorse che egli ha a disposizione. Il terapeuta farà in modo di guidare il paziente nell'immagine di come sarà la sua vita una volta risolto il problema, stimolando eventuali soluzioni; *l'analisi attenta delle eccezioni*, il terapeuta chiede al paziente se gli è mai capitato di agire come se non avesse alcun problema, aumentando la fiducia in sé e nella possibilità di agire su di esso; lo *scaling*, riguarda la costruzione di scale intersoggettive di misurazione rispetto all'efficacia della terapia. Il paziente valuta infatti attraverso un punteggio stabilito dal terapeuta una variabile la quale incide sul processo terapeutico, ed in base al punteggio ottenuto si farà una previsione sul futuro andamento della terapia; *la ridefinizione positiva del disturbo* enfatizza la funzionalità del problema e l'effettiva propensione al cambiamento da parte del paziente, in modo tale da smontare l'idea in base al quale il sintomo sia un prodotto esterno riconducendo il tutto alla partecipazione attiva del paziente sul suo sintomo. Ulteriore tecnica è quella della *peggiore fantasia o worst fantasy technique* in cui si spinge il paziente a fantasticare su scenari ancora più angoscianti rispetto a quelli predisposti dallo stesso sintomo. Il terapeuta può anche prescrivere alcuni di questi comportamenti per inibirne l'effetto. *La decostruzione* invece individua le strutture cognitive, emotive e comportamentali attraverso cui il sintomo si mantiene per individuare gli elementi ed i ricordi disfunzionali dello stesso e smontarlo nelle sue varie componenti. Watzlawick fa riferimento anche ad un'altra tecnica, *la ristrutturazione*, che consiste nel descrivere il problema portato dal paziente attraverso sistemi di significato differenti che escludano l'etichettamento patologico. In questo modo il paziente, non essendo più vittima del circolo vizioso delle tentate soluzioni, può vedere altri aspetti del problema ed utilizzarli a suo favore. Oltre alle tecniche sino ad ora discusse, di fondamentale importanza nell'ottica strategica è l'utilizzo di metafore e aneddoti. La metafora infatti ha il vantaggio di comunicare al paziente aggirandone le resistenze. Attraverso l'uso di immagini, fiabe, aneddoti si raggiunge l'emisfero destro e dunque la creatività e l' emotività del paziente provocando un cambiamento. Milton

Erickson utilizzava la metafora, facendo leva sugli stessi pensieri portati in terapia dal paziente. Ultimo aspetto da non sottovalutare è l'utilizzo del non verbale, tecnica estremamente cara alla psicologia strategica la quale si pone come obiettivo quello di parlare lo stesso linguaggio del paziente. Infatti la comunicazione non verbale ha il potere di aumentare la suggestività dell'intervento facendo leva sulla mimica, sulla postura, sulla gestualità e sviluppando un clima empatico, attraverso il così detto gioco di specchi che enfatizza da una parte il potere che il paziente assume nella relazione, dall'altra la comprensione delle risposte adattive e funzionali. Lo stesso vale per lo sguardo, che assume una valenza fondamentale nella gestione del controllo e dell'influenza che il terapeuta ha sul paziente. Un altro strumento da non trascurare e che caratterizza fortemente la strategica è l'ipnosi. Il percorso seguito da tale strumento ha visto il susseguirsi di diversi periodi: il periodo mistico, il periodo magnetico, il periodo psicologico ed il periodo fisiologico. Intorno al secolo XVII si cominciò a compiere le prime ricerche empiriche sull'ipnosi, alla fine dello stesso secolo ebbe inizio il periodo psicologico dell'ipnosi i cui maggiori protagonisti furono Braid, Bernheim, Charcot, Janet e Freud. Intorno agli anni '50 fu adottato il metodo sperimentale all'ipnosi che vide il fondamentale contributo di Hull, il quale tentò di applicare l'approccio behaviorista allo studio dell'ipnosi e della conseguente suggestionabilità del soggetto a cui è applicata. Nell'ottica strategica un personaggio di notevole spicco fu Milton Erickson, il quale è forse esempio lampante non solo del genio strategico ma anche del soggetto resiliente. Affetto da una serie di problemi di salute che lo condussero alla paralisi, egli cominciò ad approfondire la tematica dell'ipnosi come strumento di guarigione a partire dai primi studi sulla trance. Essendo egli stesso portatore di un handicap fisico sperimenta su di sé gli effetti dell'ipnosi. Un esempio di ciò è la focalizzazione ideodinamica che gli consente, nonostante la sua paralisi totale, di produrre dei movimenti seppur minimi del corpo a partire da un forte desiderio verso un determinato oggetto di interesse. Ciò lo conduce alla scoperta che la mente inconscia ha un reale potenziale e che può modificare la realtà che ci circonda. Erickson nei seguenti anni di studi non si fossilizza mai ad un unico approccio, accusando invece le scuole di psicologia di immaturità e rigidità concettuale. Infatti, lo stesso asserisce di ricercare il cambiamento non la teoria, che egli considera un ostacolo all'utilizzo di componenti personali ed interpersonali (Zeig, 1990). Tra i concetti chiave ericksoniani ritroviamo il considerare la persona come unica e caratterizzata da modalità percettive individuali; il sintomo agito inconsapevolmente dal soggetto; il cambiamento centrato sul paziente. Quest'ultimo è forse il punto su cui si basano le fondamenta della psicologia strategica, in quanto il terapeuta non costruisce un programma attorno al paziente ma utilizza i suoi stessi schemi riordinandoli in maniera funzionale e confermando il suo modo di essere nel contesto in cui vive. Per far ciò Erickson agisce su due fronti: responsabilità del paziente e risorse possedute. Dunque il terapeuta utilizza la diagnosi come mezzo di comprensione ed identificazione di quelle risorse che condurranno al futuro intervento, non come etichetta statica e puramente nosografica. Analogamente alla psicologia positiva, Erickson si focalizza sui punti di forza del paziente, promuovendo il cambiamento attraverso ciò che il soggetto sa mettere in pratica piuttosto che tramite ciò che non è in grado di fare. Un secondo punto riguarda l'identificazione delle resistenze che devono essere sostituite da nuove modalità comportamentali. Per fare ciò il terapeuta, secondo Erickson, deve focalizzarsi sul presente e non sul passato, per permettere al paziente di esperire una serie di emozioni e sensazioni che non rivanghino antiche esperienze ma il qui ed ora. L'autore parte dalle percezioni e dal linguaggio del suo paziente per produrre il cambiamento, non tenta di trasmettergli le sue credenze partendo dal presupposto che siano corrette. Questo processo di cambiamento può dunque essere accompagnato dall'ipnosi, come strumento

di identificazione, estrazione e ristrutturazione delle risorse del paziente. Lo stato di trance infatti aiuta nella ristrutturazione degli schemi cognitivi a partire da uno stato di coscienza alterato, in cui emergono le potenzialità del soggetto. Erickson ha in tal modo dotato l'ipnosi di una veste scientifica e pragmatica, sfatando il classico mito di ipnosi come fenomeno occulto ed esoterico sino a quel momento vigente. L'ipnosi ericksoniana si basa sulle diverse esperienze che lo stesso Erickson ha vissuto a causa del suo daltonismo e della sordità tonale che non gli consentivano di esperire percettivamente gli stimoli nella maniera comune ma, in modo del tutto peculiare. Questo "svantaggio" tuttavia fu ciò che determinò la scoperta di una modalità più creativa e personale di interpretare e vivere gli eventi che egli traslò nella terapia ipnotica. Secondo l'autore infatti lo scopo della terapia è quello di accedere ai contenuti inconsci del paziente ed utilizzarli depotenziandone le disfunzionalità. L'ipnosi infatti è quel processo psicologico che conduce il paziente all'utilizzo delle proprie capacità a partire da associazioni mentali e ricordi, con lo scopo di raggiungere un determinato obiettivo concordato con il terapeuta. La terapia strategica, poiché molto flessibile, ha una struttura adattabile ai bisogni e alle risposte del paziente, per cui non vi sono regole a cui attenersi in maniera rigida. Tuttavia è possibile seguire il percorso proposto da Erickson, composto da tre fasi: preparazione, trance terapeutica, valutazione e ratifica del cambiamento terapeutico. Nella fase di preparazione paziente e terapeuta si conoscono vicendevolmente e co-costruiscono un rapporto di fiducia reciproca che sarà alla base dei futuri incontri. Durante questi ultimi il terapeuta raccoglie informazioni sul bagaglio esperienziale del paziente e sui suoi schemi mentali. L'individuazione dei sistemi di credenze disfunzionali permette di creare la base per il futuro cambiamento, a partire dal depotenziamento degli stessi. Ulteriore punto fondamentale è l'aspettativa che il paziente nutre nei confronti della riuscita della terapia. Qualora le aspettative di esito positivo fossero molto alte, il paziente avrà una maggiore propensione al cambiamento e ad abbandonare le sue strutture di riferimento. Durante la trance terapeutica il sistema di credenze del paziente è temporaneamente sospeso, così da permettere una maggiore ricettività agli stimoli associativi connessi al cambiamento. Ognuno di noi reagisce diversamente alla trance, dunque non esiste un'unica modalità induttiva e ciò rende possibile la personalizzazione della terapia. I segnali fisiologici della trance sono catalessi, immobilità, lineamenti facciali rilassati, ritardo dei riflessi, rallentata frequenza respiratoria e cardiaca. Erickson utilizza un paradigma induttivo in cui per prima cosa porta il paziente a fissare l'attenzione verso le proprie sensazioni psico-fisiche o immagini prodotte dalla mente. La focalizzazione dell'attenzione è resa possibile anche da fattori esterni, tuttavia per meglio entrare in contatto con il proprio mondo interiore Erickson stimola il focus attentivo verso l'interno, piuttosto che l'esterno. Qualsiasi cosa catturi l'attenzione del paziente e riesca ad estraniarlo dall'esterno è considerato ipnotico ed è quindi utilizzabile. Attraverso questo approccio il terapeuta può utilizzare diverse suggestioni sul paziente, il quale, sentendosi accolto, reagisce positivamente. Secondariamente si procede con il depotenziamento dei sistemi di credenza del paziente attraverso la sperimentazione di situazioni nuove ed inaspettate, durante le quali il paziente può approdare ad intuizioni e modalità comportamentali sino ad ora sconosciute, il così detto momento creativo. Attraverso un processo di ricerca inconscia il paziente entra in contatto con quella parte di sé sommersa, formando nuove associazioni tramite suggestioni indirette promosse dal terapeuta. Infine, Erickson identifica come risposta ipnotica lo sviluppo dei processi inconsci avviati dal terapeuta. Infatti la risposta si manifesta in maniera involontaria e autonoma. Nel corso di tale procedura Erickson sottolinea come il fenomeno ipnotico non manipola né controlla il soggetto ipnotizzato, semplicemente né modifica il comportamento in quanto sviluppatosi in uno stato di coscienza alterato, ma rimane comunque un derivato



dell'esperienza del soggetto. Dunque l'ipnosi non veicola né il pensiero né l'esperienza ma amplia i contenuti già presenti nella mente dell'individuo, dandogli una maggiore espressione. In ultimo, la terza fase del processo ipnotico, ossia la ratifica del cambiamento, rende il paziente consapevole dei cambiamenti avvenuti tramite l'ipnosi. Tale riconoscimento permette al paziente di mettere in pratica ciò che ha compreso e consolidato rispetto a sé e al percorso interiore che ha esperito. Da quanto affermato è possibile constatare come tutte le tecniche sino ad ora citate, compresa l'ipnosi, dipendano dalla capacità strategica del terapeuta di incanalare le sue energie e quelle del paziente verso un'unica direzione che sia comunemente funzionale e che contribuisca ad ampliare il benessere e dunque la resilienza del soggetto. Inoltre la comunicazione e la sensibilità del terapeuta, indipendentemente dall'approccio utilizzato, sono la chiave per accedere a quella parte inconscia in cui si nasconde la resilienza del paziente.

## **Bibliografia**

- Bandura A., 1977, "Self-efficacy: Toward a Unifying theory of behavioral change", *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Batten M., Russell J., 1995, *Students at risk: A review of Australian literature 1980-1994*, Melbourne, Australian Council of Educational Research.
- Beck A., 1976, *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Meridian Press, New York.
- Cuthbert B. N., Bradley M. M., Lang P. J., 1996, "Probing picture perception: Activation and emotion", *Psychophysiology*, 33:103-111.
- Cyrułnik B., Malaguti E., 2005, *Costruire la resilienza: La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Erikson, Trento.
- Cyrułnik B., 2006, *Di carne e d'anima*, Frassinelli, Milano.
- Davis N.J., 1999, *Resilience: Status of research and research based programs. Working paper*, Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD.
- Di Blasio P., 2005, *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Unicopli, Milano.
- Garnezy N., 1972, "Vulnerability research and the issue of primary prevention", *American Journal of Orthopsychiatry*, 41:101-116.
- Jervolino D., 1984, *Il cogito e l'ermeneutica. La questione del soggetto in Paul Ricoeur*, Procaccino Editore, Napoli.
- Milotic M., 2014, "L'efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trauma", *Psicologia clinica*. <http://www.igorvitale.org/2014/01/19/lefficacia-della-terapia-cognitivo-comportamentale-nel-trauma/>.
- Padesky C.A., Mooney K.A., 2012, "Strengths-based cognitive-behavioural therapy: a four step model to build resilience", *Clin Psychol Psychother*, 19: 283-290.
- Petrucelli F., Verrastro V., 2012, *La relazione d'aiuto nella psicoterapia strategica*, Franco Angeli, Milano.
- Rutter M., 2006, *Implications of resilience concepts for scientific understanding*, Acad Sci, New York.
- Walsh F., 2008, *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Watzlawick P., Weakland J.H., Fish R., 1974, *Change: la formazione e la soluzione dei problemi umani*, Astrolabio, Roma.
- Zeig J.K., 1990, *Erickson: un'introduzione all'uomo e alla sua opera*, Astrolabio, Roma.

---

<sup>1</sup> Ricercatore in psicologia dello sviluppo e dell'educazione, Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale.

<sup>2</sup> Psicologo psicoterapeuta, Istituto per lo Studio delle Psicoterapie.

<sup>3</sup> Dottore in Psicologia ad indirizzo criminologico.