



RIVISTA ITALIANA DI IPNOSI E PSICOTERAPIA IPNOTICA

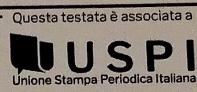
ANNO 44 - N. 3 • SETTEMBRE 2024

DIRETTORE
RESPONSABILE
Ivano Lanzini

SEGRETARIA
DI REDAZIONE
Silvia Giacosa

A.M.I.S.I.	CONSIGLIO DIRETTIVO	SOCIETÀ ITALIANA DI IPNOSI CLINICA	CONSIGLIO DIRETTIVO
S. Giacosa	Presidente	† G. P. Mosconi	Presidente
S. Laurini	Vice Presidente	I. Karam	Vice Presidente
E. Pagliajunga	Vice Presidente	S. Giacosa	Segretario
C.F. Licari	Segretario	C. Licari	Consigliere
S. Catalano	Consigliere		
M. Cigada	Consigliere		
G.M. Ideo	Consigliere		
C. Jamoletti	Consigliere		
I. Lanzini	Consigliere		

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



SOMMARIO

EDITORIALE

Felicità: decostruzioni in corso
(Ivano Lanzini)

50

LETTERE AL DIRETTORE

(Ivano Lanzini)

52

LAVORI ORIGINALI

50 ANNI DI IPNOSI
dalla suggestione all'Intelligenza Artificiale
(Angelo Giuseppe de' Micheli)

56

Metafore
(Enrico Pagliajunga))

60

La ricerca di un filo nella relazione terapeutica
con un giovane paziente
(Andrea Nava)

65

Rischi professionali: la hýbris del terapeuta
(Mariella Del Farra)

69

L'approccio non direttivo e meta - interpretativo
in psicologia terza parte
(Ivano Lanzini)

72

Rischi professionali: la *hybris* del terapeuta

Mariella
Dal Farra

Psicologa,
Psicoterapeuta
AMISI

hybris *ibris* s. f. – Traslitterazione del gr. ὕβρις, che significa genericam. «insolenza, tracotanza», e nella cultura greca antica è anche personificazione della prevaricazione dell'uomo contro il volere divino: è l'orgoglio che, derivato dalla propria potenza o fortuna, si manifesta con un atteggiamento di ostinata sopravvalutazione delle proprie forze, e come tale viene punito dagli dèi direttamente o attraverso la condanna delle istituzioni terrene (per es., *la h. di Prometeo*).

Fra i diversi fattori terapeutici consapevolmente impiegati dallo psicoterapeuta ericksoniano nello svolgimento della pratica clinica, la fiducia per così dire “programmatica” nelle risorse del paziente riveste, com’è noto, un ruolo di particolare rilevanza. La “fiducia”, nella sua accezione terapeutica, non è intesa nei termini di una generica apertura di credito nei confronti della persona bensì come un processo di implicito, e talvolta esplicito, riconoscimento e rimando delle sue specifiche prerogative, anche e soprattutto se in forma ancora latente, al fine di facilitarne l’implementazione. In questo senso, la fiducia rappresenta un potente dispositivo di cambiamento che informa il *rapport* e ne modella l’azione.

Un esempio suggestivo di come la fiducia riesca ad attivare capacità latenti in ciascuno di noi è rappresentato dall’acquisizione del linguaggio: se pensiamo a quanto sia impegnativo imparare a parlare una lingua straniera (apprendimento di natura più procedurale che dichiarativa, sotteso quindi da un’elaborazione in buona misura di tipo inconscio), possiamo immaginare (poiché non ce lo ricordiamo) quanto possa essere stato complesso imparare a parlare *tout court*. Ciò è avvenuto, proceduralmente, a partire dall’aspettativa implicita dei caregiver primari che noi fossimo in grado di farlo, cosa che li ha portati a rivolgersi a noi con parole che non potevamo ancora capire, ma che si presumeva avremmo potuto comprendere di lì a qualche tempo, ed è stato proprio attraverso questa interlocuzione ad alto coefficiente affettivo che abbiamo insensibilmente appreso gli elementi analogici (prosodia, rimo, alternanza, intonazione, etc.) e poi quelli “analitici” (lessico, suono, significato) della lingua che parliamo. Un bambino di meno di tre anni non sa di potere imparare a parlare, ma lo sanno gli adulti che se ne prendono cura, ed è proprio la prefigurazione di questa sua capacità che ne consente l’attivazione. In questo senso possiamo forse affermare che la fiducia, insieme al rispecchiamento, siano propedeutici a qualunque forma di apprendimento, compreso quello, del tutto particolare, che avviene nell’ambito di un percorso psicoterapeutico.

Se fiducia e rispecchiamento sono fattori terapeutici trasversali a tutte le psicoterapie, pur prendendo nomi e modalità differenti a seconda del modello teorico di riferimento, è però proprio nella pratica clinica ericksoniana, e neo-ericksoniana, che assumono un ruolo precipuo attraverso il reclutamento attivo, “programmatico”, della mente inconscia del paziente. L’estensione del dominio della fiducia alle competenze implicite, inconsce, facilita infatti un rispecchiamento su più livelli, favorito per esempio dall’utilizzo della metafora che, tanto nel colloquio quanto nella comunicazione ipnotica, in ragione della sua doppia natura concreto-operativa/simbolico-astratta, “parla” contemporaneamente alla mente procedurale e a quella dichiarativa, veicolando una comprensione particolarmente efficace perché “processata” due volte, ovvero in due modi diversi e complementari. Di fatto, l’intero apparato metodologico ericksoniano, dalla tecnica di utilizzazione al ricalco, è un articolato dispositivo di rispecchiamento, a partire dalla configurazione del setting dove il terapeuta, collocato frontalmente rispetto al paziente, consente a quest’ultimo di riflettersi nel suo sguardo, nella sua mimica, nell’insieme del suo linguaggio non verbale.

Coerentemente, anche quando il terapeuta neo-ericksoniano si pone in modalità dialettica rispetto al paziente, proponendo per esempio un’ipotesi esplicativa, una diversa chiave di lettura, una narrazione inedita o magari una provocazione, lo fa con la consapevolezza di stare utilizzando

*Mariella
Dal Farra*

queste sollecitazioni alla stregua di "mezzi di contrasto" o "cartine al tornasole" che consentono alla persona di "reagire", evidenziando così e talvolta attivando specificità, competenze e risorse personali. Dunque non è tanto la tecnica in sé a potersi definire come ericksoniana, o meno, quanto l'attitudine che ne informa l'utilizzo, sempre e comunque volto a far emergere il soggetto nel suo divenire (se stesso)¹.

Questo dispositivo di rispecchiamento, che naturalmente si avvale, nel modo più ecologico possibile, delle vaste colonie di neuroni-specchio che ciascuno di noi ha in dotazione, ingaggia quindi il paziente tanto sul piano dell'elaborazione concettuale, consci, quanto su quello dell'integrazione procedurale, inconscia. Ma poiché fiducia e rispecchiamento sono "embedded", incorporati nella comunicazione terapeutica, il loro effetto catalizzatore tende a scivolare, per così dire, sotto la soglia dell'attenzione. Può accadere così che il paziente registri, soprattutto durante le prime fasi del percorso terapeutico, un iniziale beneficio, eventualmente accompagnato da una parziale remissione sintomatologica, e che però non riesca ancora a riconoscere questi effetti come frutto della propria capacità di elaborazione, attribuendoli invece, per il medesimo gioco di specchi, al terapeuta. Ed è qui che si evidenzia la competenza specifica di quest'ultimo, che riconosce la proiezione della persona e gliela "restituisc", evitando di rispecchiarsi a sua volta nell'immagine rimandata dal paziente (cosa che invece è perfettamente autorizzato a fare ogni qualvolta si trovi a interagire in una configurazione relazionale paritetica, non professionale).

A titolo esemplificativo, al termine di un'induzione un paziente potrebbe affermare: "Non ricordo esattamente cos'ha detto, ma le sue parole mi hanno fatto stare bene." In realtà, se il paziente non avesse in sé la facoltà di esperire uno stato di benessere nell'ambito di una condizione lievemente modificata dell'attenzione, e caratterizzata da una valenza emotiva piacevole come quella che di solito si sperimenta durante le induzioni, nessuna "parola" avrebbe potuto condurvelo (come peraltro, e significativamente, qualche volta accade!). Ma poiché il paziente non sa (ancora) di potersi sentire così, conferirà il merito dell'esperienza al terapeuta, che invece si è limitato ad indurla, ovvero a facilitarne l'occorrenza. Una risposta che restituisc questa competenza al paziente potrebbe quindi essere: "Questo dimostra che in alcuni momenti *lei è capace* di sentirsi bene: prendiamo nota..."

La conoscenza formale delle dinamiche di rispecchiamento che si sviluppano all'interno del processo terapeutico è dunque una condizione necessaria, seppure non sufficiente, ai fini di un intervento tecnicamente e deontologicamente corretto. Non è sufficiente perché, analogamente ai propri pazienti, i terapeuti sono soggetti intrinsecamente relazionali, con tutte le implicazioni del caso. In particolare, diversi studi hanno evidenziato come, negli esseri umani, "le risposte neurali alle ricompense di tipo sociale mostrano analogie con le risposte neurali a ricompense di tipo non-sociale, come il cibo o il denaro. In particolare, l'attività dello striato correlata alle esperienze sociali gratificanti è simile a quella corrispondente al ricevimento di gratificazioni non-sociali." (Bhanji, J. P., & Delgado, M. R. 2014)².

Il rimando positivo da parte di un paziente può essere riconosciuto come espressione del suo potenziale di cambiamento, sul piano razionale, ma attivare nondimeno il circuito della ricompensa del terapeuta che sperimenterà un senso di gratificazione - neurologicamente correlato all'attivazione del corpo striato, quindi su base dopaminergica – suscettibile di condizionare la sua valutazione dell'evento. L'influenza esercitata dalle ricompense di tipo sociale sul comportamento umano è stato oggetto di ricerca in relazione al conformismo^{3,4,5,6}, alla propensione a seguire un consiglio^{7,8,9}, all'altruismo^{10,11,12} e ad altre opzioni comportamentali socialmente codificate.

L'ingaggio dei circuiti della ricompensa, che sono alla base di *drives* motivazionali particolarmente intensi, non dovrebbe mai essere sottovalutato. L'esempio più eclatante di quanto l'incentivo sociale, sotto forma di "like" o di visualizzazione, possa condizionarci è rappresentato dai *social networks*: piattaforme dichiaratamente progettate per sfruttare questo meccanismo endogeno al fine di prolungare indefinitamente la fruizione da parte degli utenti (cfr. intervista rilasciata nel 2017 da Sean Parker, uno dei fondatori di *FaceBook*)¹². Senza volere in alcun modo equiparare il processo di affiliazione artatamente messo in atto dai *social* alla spontaneità di un feedback positivo candidamente fornito da un paziente, ritengo però utile, in qualità di terapeuta, monitorare con particolare attenzione l'effetto generato da questo tipo di commento. Al netto delle caratteristiche personali, dei pregressi e del grado di consapevolezza professionale, la gratificazione comportata dal conferimento di un potere così grande come quello di "curare", o anche solo di "aiutare" qualcuno comporta un guadagno psicologico non trascurabile, sia in termini relazionali che narcisistici. Ma

*Rischi professionali: la hýbris del terapeuta*Mariella
Dal Farra

incassare acriticamente questa "ricompensa" equivarrebbe a complimentarsi con il genitore, invece che con il bambino, nel momento in cui questi pronuncia la sua prima frase di senso compiuto.

Note

- 1 Cfr. l'immagine proposta da R. Pignatti a proposito del "terapeuta come avatar" ("Il rapport come processo di comunicazione e cambiamento in psicoterapia ipnotica", *ResearchGate*, 2009): "Il terapeuta dovrebbe altresì agire come uno specchio *minimamente* deformante, che restituisce al paziente la narrazione in una forma appena diversa, introducendo delle ipotesi di via d'uscita (il passaggio al livello successivo nel videogioco) o di differente punto di vista (l'uso di un altro avatar nel videogioco) o di possibilità di analisi di tutta la situazione e non di un solo particolare (come la possibilità di ispezionare la mappa di un ambiente virtuale prima di visitare effettivamente le stanze).
E tuttavia importante che il terapeuta non si consideri il centro della terapia, ma che restituiscala paziente la possibilità di diventare autonomo nella realtà che sta imparando a conoscere in maniera differente. Sostanzialmente, al paziente è gradualmente richiesto di diventare avatar di se stesso.
- 2 Bhanji, J. P., & Delgado, M. R. (2014). The social brain and reward: social information processing in the human striatum. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 5(1), 61-73.
- 3 Klucharev, V., Hytönen, K., Rijpkema, M., Smidts, A., & Fernández, G. (2009). Reinforcement learning signal predicts social conformity. *Neuron*, 61(1), 140-151.
- 4 Izuma K., Adolphs R. Social manipulation of preference in the human brain. *Neuron*. 2013; 78:563-73.
- 5 Mason, M. F., Dyer, R., & Norton, M. I. (2009). Neural mechanisms of social influence. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 110(2), 152-159.
- 6 Zaki, J., Schirmer, J., & Mitchell, J. P. (2011). Social influence modulates the neural computation of value. *Psychological science*, 22(7), 894-900.
- 7 Klucharev, V., Smidts, A., & Fernández, G. (2008). Brain mechanisms of persuasion: how 'expert power' modulates memory and attitudes. *Social cognitive and affective neuroscience*, 3(4), 353-366.
- 8 Meshi, D., Biele, G., Korn, C. W., & Heekeren, H. R. (2012). How expert advice influences decision making. *PLoS One*, 7(11), e49748; 7:1-12.
- 9 Biele, G., Rieskamp, J., Krugel, L. K., & Heekeren, H. R. (2011). The neural basis of following advice. *PLoS biology*, 9(6), e1001089.
- 10 Izuma, K., Saito, D. N., & Sadato, N. (2010). Processing of the incentive for social approval in the ventral striatum during charitable donation. *Journal of cognitive neuroscience*, 22(4), 621-631.
- 11 Mobbs D. et al. A key role for similarity in vicarious reward. *Science*. 2009; 324:900.
- 12 Kuss, K., Falk, A., Trautner, P., Elger, C. E., Weber, B., & Fliessbach, K. (2013). A reward prediction error for charitable donations reveals outcome orientation of donators. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(2), 216-223.
- 13 Le dichiarazioni rilasciate da Sean Parker durante un'intervista alla BBC gettano una luce inquietante sulla genesi di *FaceBook*. Secondo il programmatore, l'obiettivo dichiarato era: "Come possiamo indurti a consumare il più possibile del tuo tempo e della tua attenzione? Ciò richiedeva che di tanto in tanto il sistema fornisse all'utente una piccola dose di dopamina, ottenuta grazie al fatto che qualcuno aveva messo un "like" o un commento su una foto o un post." Parker asserisce che questo meccanismo ha permesso di "costruire un circuito di validazione sociale che si auto-perpetua, sfruttando scienemente una vulnerabilità della psicologia umana." Un estratto dell'intervista a questo link: <https://www.bbc.com/news/av/technology-41937476>