



Scuola S.P.P.I.E.

H. Bernheim

INDIRIZZO PSICODINAMICO, ANALITICO ED IPNOLOGICO

**Scuola di Psicoterapia
Psicosintetica
ed Ipnosi Ericksoniana**

« H. Bernheim »

PER UN MODELLO INTEGRATO DI PSICOTERAPIA

La Scuola Bernheim ha un **indirizzo teorico psicodinamico** e **tre specificità cliniche: la psicologia analitica junghiana, la psicosintesi e l'ipnosi.**

L'integrazione di questi tre aspetti clinici potenzia l'efficacia terapeutica, sia per l'ampio raggio di intervento (dai disturbi più regressivi e cronici alle domande di ampliamento della coscienza), sia per la possibilità di calibrare interventi nel breve, medio e lungo termine.

Sul piano della prassi terapeutica inoltre l'integrazione si allarga a recuperare alcuni aspetti di altre terapie, che forniscono strumenti e metodologie di rinforzo quali la gestalt, l'analisi transazionale e la psicosomatica.

L'integrazione dei modelli teorici, degli aspetti clinici, delle esperienze terapeutiche, è articolata su tre dimensioni che la Scuola distingue su un piano didattico e di prassi: **TECNICA - METODICHE – STILE**

La Scuola distingue la dimensione della **“tecnica terapeutica” da quella delle “metodiche” (azioni terapeutiche) da quella dello “stile del terapeuta”.**

TECNICA

Per tecnica intendiamo il **quadro di riferimento dell'essere in psicoterapia, la cornice** di riferimento entro cui avviene il processo terapeutico. È caratterizzata da tre elementi fondamentali, mutuati dalla psicologia analitica:

- **la relazione terapeutica come sistema aperto (M.Fordham)**
- **il ruolo compensatorio dell'inconscio e il principio di autoregolazione psichica**
- **la storicità della persona**

Questi aspetti definiscono la tecnica terapeutica della Scuola ai quali si collegano altri, secondari, tra cui: il tema del **transfert controtransfert, l'indagine anamnestica, l'analisi della domanda, la formulazione degli obiettivi terapeutici, ecc..**

Questi aspetti secondari fanno parte di quello che chiamiamo **“processo terapeutico”**. Il processo terapeutico consiste nella distinzione didattica e pragmatica delle fasi terapeutiche e delle dinamiche presenti in ogni fase.

METODICHE

Le metodiche sono **tutti gli strumenti che il terapeuta utilizza** per raggiungere un certo risultato. Le metodiche sono **azioni terapeutiche** e come tali appartengono al processo terapeutico. In altre parole, la decisione di utilizzare una metodica piuttosto che un'altra dovrà essere coerente con la tecnica terapeutica formulata sopra e con il momento particolare che si sta vivendo nel processo terapeutico.

Le metodiche devono saper rispondere alla domanda: **che cosa sto facendo? Perché lo sto facendo?**

Le metodiche provengono dall'**ego state therapy, dalla gestalt, dalle tecniche cognitivo comportamentali, dall'ipnosi, dalla psicosintesi e dalla psicologia analitica.**

STILE

Se la tecnica terapeutica è il quadro di riferimento dell'essere in terapia, e le metodiche sono le azioni terapeutiche, **lo stile riguarda invece lo sguardo del terapeuta, l'ascolto, la visione profonda sull'umano**, sul disagio, le competenze e le risorse per affrontare o per confrontarsi con i temi della vita, del mondo contemporaneo, con le culture, con la Storia; la motivazione, gli atteggiamenti del terapeuta, le sue parti ancora immature, non individuate,

che possono colludere con il paziente, le sue doti, le predisposizioni personali, le inclinazioni e le sensibilità verso una certa modalità di fare terapia e di essere terapeuta.

Lo stile in poche parole riguarda il sentire, il pensare e l'agire del terapeuta. Quest'aspetto viene spesso trascurato nella formazione degli psicoterapeuti, o affrontato solo in ambito supervisionato. La Scuola invece ritiene lo Stile del terapeuta, un elemento fondamentale nella riuscita della terapia che può essere formato oltre che supervisionato.

Nella formazione allo stile **si lavora sulla persona e sul gruppo, attraverso esperienze in aula, analisi dei sogni, dinamiche di gruppo, esperienze laboratoriali.**

Il lavoro sulla persona del terapeuta è fondamentale ed è la chiave del successo terapeutico.

I NODI CONCETTUALI

I **3 Nodi Concettuali** che sostengono l'integrazione in una prassi terapeutica coerente lungo l'articolazione "tecnica-metodiche-stile", sono: la **dissociazione, la coscienza e l'immagine.**

1) DISSOCIAZIONE

Il tema della dissociazione deriva dagli studi pionieristici di P. Janet.

Come scrive Ellenberger (1970) "L'opera di Janet può essere paragonata a **una grande città sepolta sotto le ceneri, come Pompei.** Il destino di una città sepolta è incerto: può restare sepolta per sempre, può rimanere nascosta per essere saccheggiata dai predoni, ma è anche possibile che un giorno sia dissotterrata e riportata in vita. E così, mentre su Janet cadeva il velo di Lesmosine, sul suo grande rivale, Sigmund Freud, si alzava il velo di Mnemosine".

L'utilità teorica e soprattutto clinica del concetto di dissociazione è stata riscoperta soprattutto in ambito non psicodinamico, in particolare **la ego state therapy** (corpus teorico clinico di origine psicodinamica, che ha dato origine ad indirizzi come l'Analisi transazionale e alcuni degli sviluppi più recenti della psicoterapia cognitivo comportamentale, come la Schema Therapy), **l'ipnosi e la psicotraumatologia.**

La psicologia junghiana ha sempre riconosciuto in Janet un punto di riferimento, e ha considerato la dissociazione una proprietà naturale, e perfino creativa, della psiche.

La teoria dei complessi autonomi sono un esempio di perfetto utilizzo clinico del concetto di dissociazione: **la psiche è composta di parti, di complessi a tonalità affettiva**, di cui l'Io non è che il complesso maggiore.

Si dischiudono, sul piano terapeutico, nuove strade che conducono al ristabilimento della salute psichica, che incomincia a mostrare un suo volto nuovo: non **il recupero (in alto) di un "inconscio rimosso" (in basso)**, ma **una ri-aggregazione** di parti di sé che coesistono una accanto all'altra. La terapia non consiste allora tanto, o solamente, nel far riemergere il rimosso, ma **nell'integrare parti disaggregate.**, visione è confermata dall'attuale ricerca neuroscientifica.

Come sostiene W. Bucci nella "Teoria del codice multiplo", **lo scopo della terapia è collegare aspetti affettivi, cognitivi e comportamentali**, creare nuove reti di significato, e non tanto recuperare le quote inconscie dell'Es nell'Io.

In realtà sia la **rimozione che la dissociazione sono importanti, e, in un certo senso, complementari.** Infatti "la rimozione implica un trasferimento del rimosso nell'inconscio dinamico (secondo una lettura dei contenuti mentali), mentre la dissociazione consiste in una separazione verticale, un clivaggio degli stati dell'Io, così che i contenuti mentali vengono a trovarsi in una serie di coscienze parallele" (Lingiardi, Mucci).

Un taglio orizzontale, un taglio verticale, formano una croce, simbolo di totalità psichica secondo gli studi di Jung. Obiettivo della terapia è giungere a questo tipo di totalità psichica. La ricomposizione del concetto di rimozione con quello di dissociazione può essere finalmente fatta, molti anni dopo la posizione "politica" anti-Janet di Freud e della sua Scuola.

La rimozione e la dissociazione sono processi psichici differenti non solo dal punto di vista fenomenologico ma soprattutto dal punto di vista del funzionamento psicopatologico dell'individuo.

"La rimozione, come difesa, rappresenta una reazione all'angoscia:

affetto negativo...ma sostenibile. La dissociazione come difesa, rappresenta una reazione a un trauma: un flusso caotico di affetti...che minaccia la stabilità del Sé...Il conflitto intrapsichico viene vissuto come insostenibile, non solo spiacevole" (Bromberg, 2011).

Similmente Kernberg:

"La rimozione e i meccanismi di alto livello a essa connessi...proteggono l'io dai conflitti intrapsichici, respingendo un derivato pulsione o la sua rappresentazione, o entrambi, dall'io cosciente. la scissione e i meccanismi connessi proteggono l'io dai conflitti attraverso la dissociazione, vale a dire tenendo attivamente separate esperienze contraddittorie del Sé e delle altre persone significative" (Kernberg, 1984).

La dissociazione risulta allora essere un meccanismo più arcaico, presente nei funzionamenti borderline e narcisistici, più che in quelli nevrotici.

Negli studi dello psicoterapeuta le condizioni limite, le psicosomatosi, i disturbi di personalità, le resistenze alla terapia, **sono maggiormente frequenti che in passato.** La dissociazione fornisce un quadro teorico clinico in grado di riconoscere e trattare le problematiche del paziente.

Le tecniche mutuata dalla ego state therapy, le tecniche gestaltiche e l'ipnosi, permettono di entrare in rapporto con le parti di sé dissociate per promuoverne, successivamente, una sintesi.

"Psicosintesi" è il termine usato da Jung per identificare il suo metodo (ad un processo di analisi dovrà seguirne uno sintetico, ripeteva). Assagioli ha portato avanti alcuni importanti sviluppi sul piano **della psicologia transpersonale (sintesi armonica dei tre aspetti dell'uomo: bio-psichico-spirituale)** e ha individuato nelle sub-personalità le parti di sé potenzialmente dissociate.

2) COSCIENZA

Lo studio della dissociazione si accompagna a quello della "coscienza". Di nuovo, **"coscienza", un termine che è stato ben poco presente nella letteratura psicoanalitica,** maggiormente occupata nello studio dell'inconscio. Gli studi sulla coscienza sono stati realizzati maggiormente nel campo dell'ipnosi sperimentale. **Jung ha riconosciuto nella coscienza il polo di una dialettica conscio inconscio.** La non comprensione di questa dialettica ha portato e porta tutt'oggi alla considerazione **dell'inconscio come al semplice luogo del rimosso e la coscienza alla parte controllante e decisionale di sé.** La psicologia junghiana invece ha compreso come nell'inconscio possa esservi un'intenzionalità al servizio dell'individuo, una proto-coscienza, e nella coscienza il ricettacolo di credenze collettive senza vita, un'inconscietà.

I complessi a tonalità affettiva, sono per Jung, parti autonome, nel cui nucleo vi è la presenza di un archetipo che ne caratterizza la qualità e la quantità di energia. La coscienza dovrà orientarsi a recuperare questa energia, liberarla dal complesso e metterla al servizio dell'individuo.

Le tecniche di interpretazione simbolica, il confronto con il sogno, l'immaginazione attiva, sono metodiche junghiane per riaggregare le parti di sé, sintetizzarle in un'unità che conserva il conflitto vitale (il dissidio delle parti, la coincidenza degli opposti) non lo risolve ma lo porta su un piano esprimibile, vivibile, sostenibile, in una parola, esperibile.

L'ipnosi con le sue metodiche, è un bacino di esperienze cliniche, di pratiche terapeutiche codificate e efficaci, volte al raggiungimento di uno stato modificato della coscienza che permette di riconoscere e curare quelle parti di sé traumatizzate, e insieme, di recuperare quelle risorse "dissociate", più che rimosse.

Il campo clinico **dell'ipnosi recupera tecniche di tipo cognitivo comportamentale che adatta direttamente alle parti profonde che riesce a fa emergere.**

Le tecniche gestaltiche, allo stesso modo, trovano un impiego direttamente nel lavoro **con le parti della persona, incluse le parti "somatiche".** La psicologia junghiana infine trova nell'ipnosi più moderna uno sviluppo naturale, incominciato con le tecniche di immaginazione attiva e, in un certo senso, con la Sand play therapy. **L'ipnosi acquisisce dal pensiero junghiano un linguaggio naturale, quello degli archetipi,** che permette **di costruire metafore** potenti in grado di connettersi con il linguaggio del sistema nervoso autonomo (pre-simbolico) e dialogare con il "linguaggio d'organo".

La psicoterapia junghiana, con il suo **utilizzo del simbolo e dell'analogia,** oltre che della **metafora, con la teoria degli archetipi e il ruolo del Sé** come nocciolo transpersonale dell'individuo, e integrati all'ipnosi, porta la terapia ad essere ad ampio raggio: sia **per quegli stati patologici particolarmente regressivi, che per quegli stati**

resistenti alla terapia solo verbale, sia per le domande di ampliamento della coscienza che rientrano sotto il nome di **percorsi di crescita personale**, mindfulness, ecc., che nascondono un bisogno di trascendenza e di sacro che deve essere tenuto presente e congiunto con gli altri bisogni della persona umana, come il bisogno di sicurezza, di nutrimento affettivo, di relazione.

La coerenza metodologica ed epistemologica tra metodiche e tecnica è data dai concetti cardine di **“coscienza” e “dissociazione”**. La **coscienza** nella psicologia junghiana non è qualcosa di distinto dall'inconscio, ma **qualcosa che emerge dall'inconscio**; coscienza è uno stato, presente in gradi diversi in ogni parte psichica, persino nel corpo, di più in ogni aspetto della vita, nella stessa materia. Il tema della coscienza come “proprietà emergente” riguarda l'odierna teoria della complessità, e il pensiero junghiano ne è precursore. Ben diversa è la visione della coscienza come facoltà appartenente all'Io, a ciò che è conscio. Sul piano della prassi terapeutica questo significa che le parti inconscie posseggono una coscienza, ossia un'intenzione, un significato, una direzione. **Scopo della terapia è riconoscere ed entrare in rapporto con queste isole di coscienza, o parti di sé.**

Il tema della dissociazione fornisce un'ulteriore fattore di coerenza tra tecnica e metodica. Abbiamo visto sopra come Jung, sulla scorta di Janet, abbia recuperato il tema della dissociazione in ambito psichico: **il riconoscimento dei complessi** come unità parzialmente autonome, **la naturale tendenza dissociativa** della psiche, **il riconoscimento dell'Io come dissociazione dal Sé**, sono aspetti clinici oltre che teorici della psicologia junghiana, che aprono all'utilizzo di **metodiche che da una parte permettono di entrare in rapporto** con le problematiche profonde del paziente, dall'altra a **riconoscere la dinamica tra le parti psichiche, dall'altra ancora a fornire una sintesi, una integrazione e il recupero di una funzione riflessiva.**

3) L'IMMAGINE

Il tema dell'immagine e dell'immaginazione simbolica è stato individuato da Jung che ne ha fatto l'asse portante della sua psicologia e rappresenta uno dei tratti che la distinguono maggiormente dalla psicoanalisi freudiana, la quale parla invece di fantasie primarie. Vediamo **somiglianze e differenze.**

“Le fantasie primarie sono strutture fantasmatiche tipiche (**scena primaria, evirazione, seduzione**). Organizzano la vita fantasmatica, quali che siano le esperienze personali dei soggetti. L'universalità di queste fantasie si spiega, secondo Freud, col fatto che esse costituirebbero un patrimonio trasmesso filogeneticamente”. (Laplanche e Pontalis).

Le fantasie primarie orienterebbero la realtà del soggetto. In questo senso appaiono **molto simili alle immagini archetipiche.**

Allo stesso modo, inoltre, **i temi che si incontrano nelle fantasie primarie hanno un carattere comune**, si riferiscono tutte **alle origini**. “Nella scena primaria è raffigurata l'origine del soggetto; nelle fantasie di seduzione, l'origine, il sorgere della sessualità; nelle fantasie di evirazione, l'origine della differenza dei sessi” (L. e P.).

Così anche le immagini archetipiche sono collegate ai miti, e molto spesso ai miti dell'origine (in un certo senso tutti i miti sono miti delle origini).

Qui le somiglianze tra i due concetti. Vediamo ora le differenze.

La prima, meno significativa: Mentre **Freud riteneva che in un passato arcaico** l'evento fantasticato fosse realmente accaduto, **per Jung il mito è la proiezione dell'inconscio** (realtà psichica e non realtà materiale).

La seconda differenza, più profonda, può essere espressa nel seguente modo. **L'immagine archetipica esprime una necessità trasformativa, di cui l'Io può o non può occuparsi**, ma in ogni caso spinge un ampliamento della coscienza verso quella che Jung chiama **individuazione**. Per Freud, al contrario, la fantasia primaria ostacola la salute del soggetto, la impedisce, la travisa. La realtà è lo scopo, arrivare alla realtà è riconoscere la fantasia come illusione, come qualcosa che ha un valore fin tanto che occorre prendersene cura per rimuoverla, non per elaborarla, non per portarla ad un suo compimento, ma per superarla.

Per Jung l'immagine archetipica è una domanda sulle questioni fondamentali della vita, **chi sono, perché sono qui, perché sono io**, esattamente come per Freud; ma **per Jung le risposte alle domande**, attraverso le diverse immagini archetipiche (l'immagine dell'abisso, l'immagine dell'albero, l'immagine della Grande Madre), **non sono risposte date una volta per tutte, sono simboli, il loro significato è nel divenire non in un tempo storicamente determinato, ma nella Storia.** Le immagini archetipiche presenti nei sogni dei nostri pazienti (dentro l'abisso, chiusi, il panico), o le immagini concretizzate in un sintomo corporeo (un problema asmatico), o agite in un gesto (chiusura degli occhi, strizzati per alcuni secondi), o ancora vissute in una fantasia (come se l'aria diventasse come latte) o in

uno stato d'animo (la paura di svenire), sono tutte immagini archetipiche che rispondono ad una domanda, certamente mitica e relativa alle origini dell'esistenza (e della coscienza), ma che è riprodotta nel qui e ora storico.

Cosa ha da dirti questa domanda oggi rispetto a ieri? Rimane tutto uguale o ci sono anche aspetti di novità?

E inoltre, **queste immagini riguardano un fatto ben preciso o un processo in divenire?** La vita, la morte, le fantasie che si possono fare su di esse, sono qualcosa che imprigionano, limitano la nostra coscienza nell'irrealtà, o la aprono ad un pensiero che pensa sé stesso?

Il paziente non porta un sintomo, porta sé stesso, e insieme **la propria famiglia, la propria cultura** di appartenenza, il **proprio vissuto storico**. Lo psicoterapeuta se vuole curare la persona ha il dovere di entrare nel mondo di quella persona, ma non può farlo fino in fondo se non entra egli stesso nel mondo, nella Storia. E non può essere di aiuto se non riconosce nelle domande sulle origini tutte le risposte ancora implicite, che il soggetto cerca invano di esprimere.

La psicoterapia orientata alle immagini archetipiche favorisce questo processo: di quale abisso sta parlando il paziente? Cosa c'è nell'esperienza dell'abisso che lo angoscia? Perché ha scelto proprio quell'immagine, cosa lo attrae? Quali ulteriori significati porta con sé l'abisso? Quali sono oggi gli abissi dell'esistenza? Come vengono affrontati collettivamente?

In questo modo facciamo **un cammino nel collettivo e nell'individuale** per comprendere dov'è in questo momento il paziente e quali sono le intenzioni che ha già messo in campo. Allearci e prenderci cura di queste intenzioni è il primo passo da compiere per una cura del profondo.

Il tema dell'immagine allora ci apre ad un **quarto nodo concettuale**, che in un certo senso appartiene allo stile del terapeuta più che alla tecnica, e consiste nella **consapevolezza del proprio essere nella Storia**. Da cui ne deriva sul piano pratico alcune questioni importanti che si riflettono nel proprio fare psicoterapia: dialettica (vs autoritarismo), visione trasformativa (vs. dogmatismo), complessità (vs. riduzionismo).

Per sintetizzare, **i 4 nodi concettuali** si possono riassumere in una **opposizione** tra un primo termine (quello che viene recuperato dalla Scuola) e un secondo termine che rappresenta non il contrario, né l'antagonista, quanto il secondo polo di una dialettica trasformata, secondo gli insegnamenti junghiani.

- **DISSOCIAZIONE VS RIMOZIONE (SCISSURA VERTICALE VS SCISSURA ORIZZONTALE)**
- **COSCENZA VS INCONSCIO (INTENZIONALITA' VS LUOGO DEL RIMOSSO)**
- **IMMAGINE VS FANTASIA (REALTA' PSICHICA VS REALTA' MATERIALE)**
- **STORIA VS NATURA (PSICHE VS CORPO)**