

PRINCIPI E COMPETENZE CHIAVE DELLA TERAPIA ERICKSONIANA

EDIZIONE 2019
CCET-2

Manuale di Ricerca e Didattica

Per la Terapia Ericksoniana

Revisione 2019

Promosso da

The Milton H. Erickson Foundation

in Collaborazione con

The Milton H. Erickson Institute di Phoenix

Traduzione a cura di Elena Fiamma Zappia in collaborazione con Maria Sole Garosci

PRINCIPI E COMPETENZE CHIAVE DELLA TERAPIA ERICKSONIANA

Manuale di Ricerca e Didattica per la Terapia Ericksoniana - 2019

“Molti pazienti mi hanno scritto una lettera, spiegando che desideravano aiuto...senza inviarla... Sono andate oltre il processo cosciente formale di chiedere aiuto e l'inconscio ha dato loro risposta. Pertanto, quando io divento solo un ricordo, mi scriverai e il tuo inconscio potrà rispondere alla tua lettera.”

– Dott. Milton H. Erickson, 1974

Dan Short, Editor della Serie Competenze Chiave della Terapia Ericksoniana,
Edizione 2019 (CCET-2)

Autori Principali

Jeff Zeig, Direttore e Co-Fondatore, Milton H. Erickson Foundation

Scott D. Miller, Co-Fondatore, ICCE

Dan Short, Direttore, Milton H. Erickson Institute di Phoenix

Contributi

L'elenco delle competenze chiave, sviluppato per il Research and Teaching Initiative del 2017, ha rappresentato uno sforzo collaborativo. Il volume *Principi e Competenze Chiave della Terapia Ericksoniana: Manuale di Ricerca e Didattica* ha come scopo la possibilità di monitorare, misurare ed implementare il nucleo di competenze della terapia Ericksoniana.

Il gruppo internazionale per lo sviluppo include: Marilia Baker, Rubin Battino, Norma Barretta, Consuelo Casula, Betty Alice Erickson, Helen Erickson, Roxanna Erickson-Klein, Teresa García-Sánchez, Steven Gilligan, Eric Greenleaf, Carl Hammerschlag, Abraham Hernández Covarrubias, Jean-Claude Lavaud, John Lentz, Camillo Loredi, Rob McNeilly, Michael Munion, Idrissa Ndiaye, Bill O'Hanlon, Ernest Rossi, Charles Simpkins, Isabelle Prevot-Stimec, Bernhard Trenkle e Michael Yapko.

Copyright © 2019 del Dott. Dan Short. Tutti i diritti sono riservati.

È consentita la distribuzione per uso didattico, a titolo gratuito, attraverso canali professionali.

Indice

Introduzione al Manuale per le Competenze Chiave della Terapia Ericksoniana.....	4
FINALITA' DI UN MANUALE PER LE COMPETENZE CHIAVE.....	4
COME È STATO CREATO QUESTO MANUALE.....	5
MILTON H. ERICKSON E LA STORIA DEL MOVIMENTO ERICKSONIANO.....	9
I. Fondamenti Teorici.....	12
TERAPIA ERICKSONIANA.....	14
TEORIA DELLA SALUTE E DELLO SVILUPPO UMANO.....	15
TEORIA DEL CAMBIAMENTO.....	19
TEORIA DEL MIGLIORAMENTO.....	20
II. Principi Relazionali.....	21
OSSERVAZIONE: Volontà di essere profondamente percettivi in relazione agli altri.....	23
VALIDAZIONE: Volontà di essere accoglienti e supportivi in relazione agli altri.....	24
COLTIVAZIONE: Volontà di essere evocativi e d'ispirazione in relazione agli altri.....	25
SFIDA: Volontà di essere direttivi e motivanti in relazione agli altri.....	26
III. Competenze Chiave.....	28
I. CUCIRE SU MISURA: Propensione a personalizzare il trattamento.....	29
Presupposti Centrali del Cucire su Misura.....	30
Esempi Operativi di Cucire su Misura.....	31
II. UTILIZZAZIONE: Propensione ad utilizzare le caratteristiche del paziente, le dinamiche interpersonali e i fattori situazionali.....	34
Presupposti Centrali dell'Utilizzazione.....	34
Esempi Operativi di Utilizzazione.....	35
III. APPROCCIO STRATEGICO: Propensione a creare un contesto di <i>problem solving</i> auto- organizzato.....	38
Presupposti Centrali dell'Approccio Strategico.....	38
Esempi Operativi dell'Approccio Strategico.....	39
IV. DESTABILIZZAZIONE: Propensione a perturbare <i>pattern</i> psicologici stabili, allo scopo di incoraggiare la flessibilità e l'apprendimento.....	43
Presupposti Centrali della Destabilizzazione.....	44
Esempi Operativi di Destabilizzazione.....	44
V. APPROCCIO ESPERIENZIALE: Propensione a dare priorità all'apprendimento esperienziale continuo.....	47

Presupposti Centrali dell'Approccio Esperienziale	49
Esempi Operativi dell'Approccio Esperienziale	49
VI. APPROCCIO NATURALISTICO: Propensione a creare l'aspettativa che il cambiamento avverrà in modo automatico e naturale	52
Presupposti Centrali dell'Approccio Naturalistico	55
Esempi Operativi dell'Approccio Naturalistico	55
IV. Strumenti di Misurazione	61
SCALA DEI PRINCIPI RELAZIONALI (RFS-SC).....	62
RFS-SC.....	62
Istruzioni per la Somministrazione della RFS-SC.....	63
Risultati Preliminari	65
SCALA DELLE COMPETENZE CHIAVE (CCS-6).....	66
CCS-6	66
Caratteristiche Psicometriche e Interpretazione dei Punteggi.....	67
Scheda Rapida di Riferimento per la Valutazione	71
Profilo delle Competenze Chiave.....	74
Istruzioni per la somministrazione della CCS-6.....	75
Formazione e Supervisione	76
V. RISORSE AGGIUNTIVE	77
Lista degli Istituti Ericksoniani nel Mondo	78
Storia della Milton H. Erickson Foundation: storia di un Impegno Cooperativo	92
Glossario della Terminologia Ericksoniana	107
Riferimenti alle Fonti Principali.....	126

Introduzione al Manuale per le Competenze Chiave della Terapia Ericksoniana

L'approccio Ericksoniano alla terapia è identificativo di una comunità internazionale che si ispira al lavoro pionieristico del Dott. Milton H. Erickson. Le persone che si definiscono professionisti Ericksoniani hanno partecipato a un programma di formazione organizzato dalla Milton H. Erickson Foundation o dagli Istituti Ericksoniani accreditati, situati nei diversi paesi del mondo.

La Milton H. Erickson Foundation Inc. è stata istituita il 29 Ottobre 1979 e da allora si occupa di promuovere e accrescere i contributi alle scienze del benessere apportati dal compianto Dott. Milton H. Erickson. A tale scopo, la Fondazione offre occasioni di sviluppo continuo attraverso conferenze, piccoli gruppi di formazione e pubblicazioni per professionisti del benessere e della salute mentale.

Al lavoro della Erickson Foundation, con sede a Phoenix, Arizona, si aggiunge, inoltre, la rete di Istituti Ericksoniani che si sono diffusi nel mondo e che si impegnano a far progredire la terapia Ericksoniana nei diversi paesi. Questi gruppi di professionisti hanno ottenuto l'autorizzazione, da parte della Fondazione, per poter utilizzare il nome di Milton H. Erickson nella denominazione delle loro organizzazioni. La direzione di tali istituti è affidata a professionisti che soddisfano i requisiti di idoneità definiti dalla Fondazione, fortemente raccomandati da esperti associati e in possesso di comprovate conoscenze relative ai metodi Ericksoniani. Il Comitato Direttivo della Fondazione esamina la richiesta di ogni Istituto per assicurarsi che rispetti gli standard richiesti.

Così come ogni professionista possiede punti di forza unici, allo stesso modo ogni programma di formazione è caratterizzato da uno specifico piano educativo. Tuttavia, la maggior parte di essi include generalmente: formazione riguardante i principi Ericksoniani relativi al cambiamento e allo sviluppo umano, approfondimento di competenze chiave generali e specifiche, messa in pratica di tecniche uniche della terapia Ericksoniana, utilizzo di materiale originale di Milton Erickson e supervisione o consulenza per i terapeuti praticanti. Naturalmente, ogni professionista competente avrà anche una formazione teorico-pratica più ampia del settore, così come la responsabilità nei confronti dell'ordine professionale a cui fa riferimento. La denominazione "Ericksoniano" identifica un approccio caratterizzato da un'ampia varietà e da uno sviluppo costante, perciò gli specialisti più sapienti e abili perseguono la formazione e la consulenza continua lungo tutto il corso della propria carriera.

FINALITA' DI UN MANUALE PER LE COMPETENZE CHIAVE

L'obiettivo di questo manuale è quello di aiutare a chiarire la comunicazione, la ricerca, la pratica e gli standard globali relativi alla formazione professionale per la terapia Ericksoniana. Nonostante il termine

“manuale” possa far pensare, secondo alcuni, ad immagini negative di rigidi protocolli per i trattamenti, l’intento generale di questo testo consiste puramente nell’assicurarsi che chiunque affermi di praticare, fare ricerca o insegnare la terapia Ericksoniana, lo possa fare alla luce di un insieme di criteri universalmente condivisi.

La conoscenza e le abilità specifiche di una disciplina costituiscono le competenze fondamentali di quel determinato approccio. Una competenza chiave, secondo la definizione di Marrelli, Hoge e Tondora (2004), rappresenta una capacità umana misurabile essenziale per una performance efficace. Le competenze chiave includono la conoscenza teorica, le tecniche e le skills necessarie perché uno specialista possa dire di stare utilizzando un particolare modello. Come altre terapie basate sulle evidenze, la terapia Ericksoniana è un approccio concettualmente distinto con specifiche competenze chiave che possono essere apprese e misurate durante la pratica. L’evidenza di tali competenze chiave rende possibile la formazione basata sul risultato (outcome-based education, OBE).

Il *Manuale per le Competenze Chiave della Terapia Ericksoniana* contiene un insieme di principi relativi alle informazioni fondamentali utili a specialisti e istituti che desiderino acquisire padronanza della terapia Ericksoniana. Tali principi si dividono in principi relazionali e competenze chiave. L’obiettivo del manuale è quello di offrire ai ricercatori e ai professionisti una base stabile, di conoscenza e tecnica, il più fedelmente associata all’eccellenza della pratica clinica per un terapeuta Ericksoniano.

Le informazioni contenute in questo volume rappresentano una *descrizione generale*, più che essere risolutive e definitive. Ciò significa che il presente manuale non contiene tutto quel che vi è da sapere della terapia Ericksoniana. Di conseguenza, il mancato richiamo ad una tecnica o un principio non significa che essi non siano Ericksoniani. Piuttosto, il seguente testo rappresenta una raccolta dei principi e delle pratiche che hanno ottenuto maggior consenso tra gli studiosi e gli insegnanti di terapia Ericksoniana. Inoltre, tali principi e tecniche sono unicamente relativi alla pratica della terapia Ericksoniana, in modo tale da distinguerla dalle altre terapie esperienziali, suggestive o integrative. Allo stato attuale dell’evoluzione della terapia Ericksoniana, la raccolta di principi che segue è ciò che meglio racchiude questa forma unica di pratica clinica.

Col tempo si auspica che questo manuale possa essere una risorsa per la creazione di nuovi filoni di ricerca e per il miglioramento dei programmi di formazione esistenti. Il manuale, il modulo di valutazione dei principi relazionali e la scala delle competenze chiave, permetterà agli insegnanti di condurre analisi oggettive dei propri studenti e identificare aree di miglioramento per una didattica mirata. Inoltre, i terapeuti esperti, che desiderino migliorare la propria competenza attraverso la pratica clinica, possono registrare i loro lavori e usare punteggi numerici per identificare le proprie aree di miglioramento e perfezionarle. Queste risorse sono pensate per essere condivise con gli Istituti Ericksoniani accreditati in tutto il mondo, con finalità formative e di ricerca.

COME È STATO CREATO QUESTO MANUALE

Diversamente dalle altre scuole tradizionali di psicoterapia, la terapia Ericksoniana non è stata concettualizzata da una singola figura autorevole. Tale metodo terapeutico, infatti, è stato sviluppato e sistematizzato nel tempo e attraverso la pratica grazie a individui di talento che, ispirati dal lavoro di

Milton Erickson, si sono impegnati a praticare ed insegnare. Data la mancanza di una struttura univoca della terapia Ericksoniana, il suo progresso e lo sviluppo continuo sono per lo più risultato dei congressi internazionali, libri e video celebri e corsi di formazione erogati dalla rete globale di Istituti Ericksoniani. Questi sono i mezzi attraverso cui i professori e gli studiosi Ericksoniani si impegnano collettivamente per divulgare gli aspetti essenziali e replicabili del lavoro pionieristico di Milton Erickson.

Pertanto, per raggiungere gli obiettivi prefissati da questo manuale, molti dei principali maestri e ricercatori Ericksoniani sono stati contattati per la raccolta dati insieme ad altri specialisti della terapia Ericksoniana. L'informazione raccolta è stata poi oggetto di un'analisi sistematizzata pensata ad hoc per produrre una descrizione della terapia Ericksoniana che fosse esaustiva e attendibile. Le idee sviluppate in questo manuale rappresentano il risultato delle intuizioni e delle esperienze del seguente gruppo internazionale di interpellati: Marilia Baker (USA), Rubin Battino (USA), Norma Barretta (USA), Consuelo Casula (Italia), Betty Alice Erickson (USA), Helen Erickson (USA), Roxanna Erickson-Klein (USA), Teresa García-Sánchez (Spagna), Steven Gilligan (USA), Eric Greenleaf (USA), Carl Hammerschlag (USA), Abraham Hernández Covarrubias (Messico), Jean-Claude Lavaud (Isola della Riunione), John Lentz (USA), Camillo Loriedo (Italia), Rob McNeilly (Australia), Scott Miller (USA), Michael Munion (USA), Idrissa Ndiaye (Francia), Bill O'Hanlon (USA), Ernest Rossi (USA), Dan Short (USA), Charles Simpkins (USA), Isabelle Prevot-Stimec (Francia), Bernhard Trenkle (Germania), Michael Yapko (USA) e Jeff Zeig (USA). Nonostante essi non rappresentino la totalità dei capiscuola e insegnanti della terapia Ericksoniana, il campione è abbastanza ampio e rappresentativo per poter distinguere con chiarezza la terapia Ericksoniana dalle altre forme di terapia.

Al seguente elenco di principi relazionali e competenze chiave della pratica vi si è giunti attraverso una clusterizzazione in primo luogo, in base al principio della validità apparente e con l'aiuto, poi, dell'Analisi Fattoriale Esplorativa (FAC). A tale scopo, ognuno degli esperti sopraelencati ha prodotto una lista di competenze, tecniche e/o principi che lui o lei considerano i più importanti nell'esercizio sapiente della terapia Ericksoniana. La richiesta di tale informazione è stata posta in modo aperto e libero, in modo tale da raccogliere il più vasto numero di idee rilevanti. Successivamente, ogni idea è stata trattata come singolo dato, il quale poi è stato raggruppato insieme ad altre idee che fossero sovrapponibili ad esso per significato (validità apparente, appunto). Tutto ciò è stato analizzato attraverso una tecnica di ordinamento bidimensionale, di seguito descritta brevemente e poi più nel dettaglio attraverso l'intero manuale.

Il primo passo dell'analisi è stato pensato per includere ogni idea presentata dal gruppo di intervistati. Tali contributi variavano da un numero minimo di 24 dati a un massimo di 212. L'aggregato di dati è stato poi diviso in tante categorie sovraordinate quante fossero necessarie per catturare ogni dato. Ciò ha portato alla formazione di 4 ampie categorie. Queste quattro categorie hanno lo scopo di rappresentare un insieme di abilità e pratiche della terapia Ericksoniana universalmente condivise:

1. Observation (osservazione)
2. Cultivation (coltivazione)
3. Validation (validazione)
4. Challenge (sfida)

Al fine di raggiungere il livello di inclusività desiderato, i descrittori di questi gruppi distinti di competenze sono ampi e astratti. Essi ci dicono in termini generali quali abilità cliniche sono considerate essenziali nella terapia Ericksoniana per un terapeuta esperto competente e a tutto tondo. Benché tali descrittori non siano abbastanza specifici per l'insegnamento e il training, offrono un buon punto di partenza per poter costruire la visione d'insieme di questa forma unica di terapia.

Per poter acquisire un più alto grado di specificità e terminologia operativa, è stata condotta una seconda analisi, questa volta identificando quei gruppi di dati che apparivano con frequenza più alta. Le idee suggerite dagli intervistati che ne avrebbero proposte solo una o due sono state quindi escluse dall'analisi. Ciò ha portato all'individuazione di un insieme più numeroso e dettagliato di competenze chiave. I sei raggruppamenti che si sono formati attraverso la seconda analisi sono:

1. Tailoring (cucire l'intervento su misura)
2. Utilization (utilizzazione)
3. Strategic (approccio strategico)
4. Destabilization (destabilizzazione)
5. Experiential (approccio esperienziale)
6. Naturalistic (approccio naturalistico)

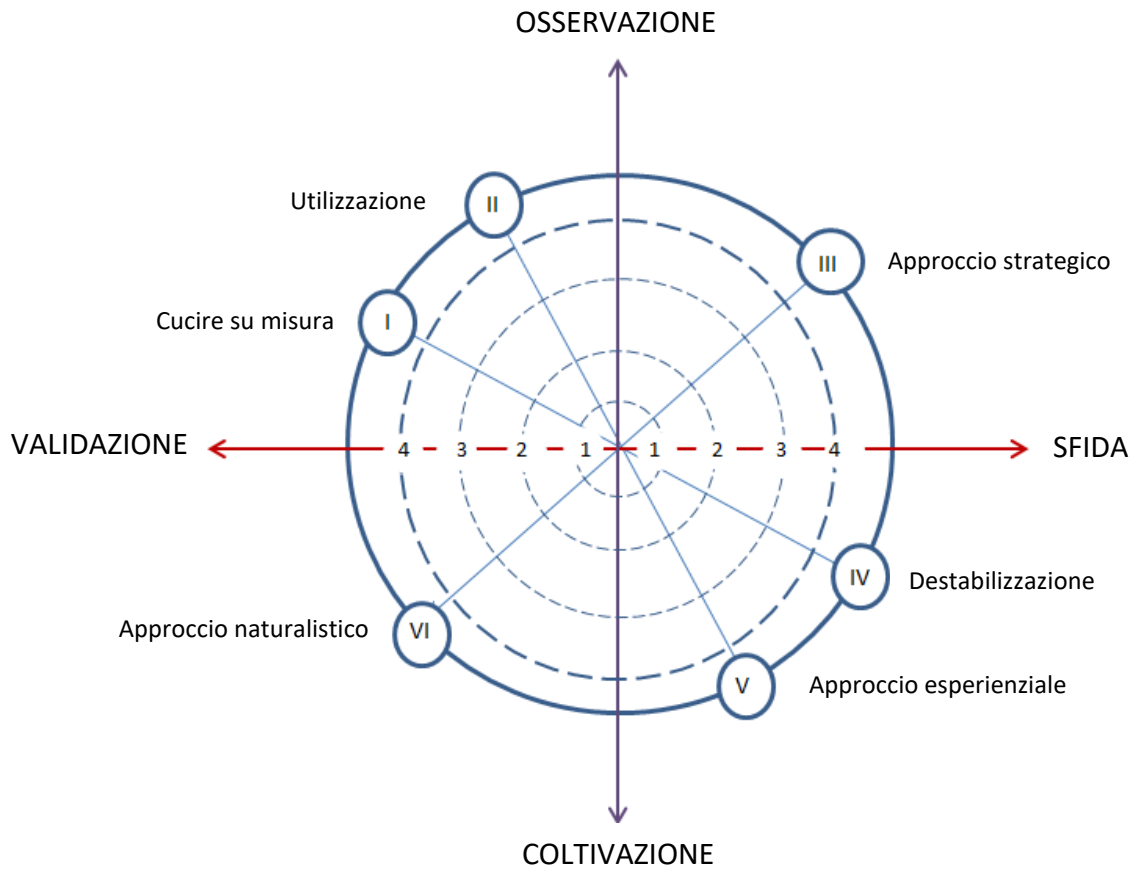
Ciò non vuole dire che queste siano le uniche categorie che possono essere usate per definire il lavoro di un terapeuta Ericksoniano. Piuttosto, se si riunissero i più celebri maestri e autori di questo approccio alla terapia e si chiedesse loro di creare una lista universalmente condivisa delle più importanti caratteristiche di una pratica competente, la lista verosimilmente apparrebbe in questo modo.

La ragione per cui è stata necessaria un'analisi multidimensionale che spiegasse tale approccio alla terapia breve, così complesso e sfumato, è motivata dal grado di sovrapposizione di alcuni dati e dall'apparente paradossalità dei risultati prodotti dall'indagine.

Più nello specifico, gli esperti concordano che Erickson prima di tutto accogliesse le persone e desiderasse legittimare le loro parole e azioni (attraverso un approccio terapeutico non-direttivo). Gli esperti convengono anche che Erickson nei trattamenti utilizzasse metodi provocatori, confronti terapeutici e compiti comportamentali (quindi un approccio terapeutico direttivo). Di conseguenza, questo aspetto multidimensionale del suo lavoro si ritrova nella pratica dei terapeuti Ericksoniani dei nostri giorni.

Ma come possono essere conciliate queste differenze in modo che possano essere facilmente concettualizzate e comprese? La soluzione qui proposta consiste nel fatto che tutte le sei competenze chiave condividano abilità relazionali che si sovrappongono. Le quattro abilità relazionali qui identificate rappresentano polarità che si controbilanciano l'un l'altra dando come risultato un approccio alla terapia più sfaccettato e stabile. Per comprendere meglio ciò, immaginiamo di confrontare il range di abilità di un terapeuta che si sente a suo agio solamente approvando le azioni delle persone, un terapeuta che si sente a suo agio esclusivamente dicendo alle persone cosa fare e un terapeuta la cui capacità di validazione è controbilanciata da un'ugualmente forte capacità di sfidare gli individui a compiere qualcosa che sia nel loro interesse. Queste due ultime abilità apparentemente incompatibili, sono in verità forze complementari che funzionano insieme allo stesso modo in cui gioia e rabbia si

controbilanciano e si stabilizzano a vicenda. Questa visione concettuale della terapia Ericksoniana è illustrata nel diagramma che segue.



Come si può vedere nel diagramma, le competenze chiave relative al saper cucire su misura l'intervento, all'utilizzazione e all'aver un approccio strategico, richiedono uno sviluppo elevato di abilità di osservazione (cioè comunicazione recettiva). Al contrario, il saper essere naturalistici, esperienziali e saper destabilizzare, necessitano di un approfondimento delle capacità di coltivare (quindi comunicazione espressiva). Similmente, l'essere naturalistici, saper costruire su misura l'intervento e l'utilizzazione dispongono di un alto grado di abilità di validazione, cioè soft power (potere dolce), mentre il saper destabilizzare, essere esperienziali e strategici impongono l'abilità di avviare e rinforzare attività strutturate pensate per sfidare determinati set comportamentali e mentali, quindi hard power (potere duro). L'importanza di questi gruppi complementari di competenze era già stata osservata da Erickson, durante un incontro didattico con Jeff Zeig, quando spiegò una propria affermazione riguardante l'uso del potere secondo cui questo tipo di terapia richiede un pugno di ferro coperto da un guanto di velluto (hard power e soft power).

Durante la raccolta dati, uno degli intervistati commentò: "Io mi considero uno psicoterapeuta Ericksoniano, ma credo che imparare la nosologia che noi abbiamo creato per descrivere ciò che facciamo, non rispecchi adeguatamente ciò che rende il terapeuta competente.". Questo è un punto importante che richiede più di una semplice risposta teorica. E questo è il motivo per cui il presente manuale include uno strumento di misurazione che è stato oggetto di un'approfondita verifica

psicometrica risultando un mezzo di misurazione affidabile per un gruppo di competenze chiave proprie dell'approccio Ericksoniano alla terapia. Questo risultato è stato raggiunto con un grado di accuratezza tale da permettere agli analisti di distinguere questo tipo di terapia da altri approcci simili. Tale elemento verrà spiegato nel dettaglio, più avanti nel manuale. Il punto qui importante consiste nel fatto che i concetti che seguono sono stati prodotti da ricerche empiriche e, nel loro insieme, sono risultati essere indicatori significativi riguardo al fatto se una persona stia facendo terapia Ericksoniana o meno.

In sintesi, questo manuale ha l'intenzione di fornire una descrizione esaustiva della terapia Ericksoniana che sia coerente concettualmente e verificabile empiricamente. Esiste un detto famoso tra i ricercatori delle scienze comportamentali: "Se non puoi misurarlo, allora non esiste." Secondo queste parole, se non puoi provare che qualcosa sia reale e non solo una teoria o una superstiziosa credenza, allora hai bisogno di trovare un modo per osservarla e misurarla. Per questo, ognuna delle sei competenze chiave in questo manuale è stata spiegata in principio, poi spezzata in un minimo di quattro componenti, ognuna delle quali è stata poi definita in termini operativi concreti.

Come parte integrante di questo quadro concettuale, sono state ricercate e sviluppate due misurazioni comportamentali sottoforma di scale riassuntive. Nonostante entrambi gli strumenti di misurazione abbiano i propri punti di forza e debolezze, essi sono concettualmente congruenti e possono essere usati per codificare su base numerica i video di terapeuti esperti e studenti che desiderino impegnarsi nell'uso competente della terapia Ericksoniana. Questi strumenti si trovano nella Sezione IV, intitolata "Strumenti di Misurazione". La revisione di questo manuale del 2019 include un'analisi della curva ROC. Questi strumenti, unitamente alla teoria del cambiamento che ne consegue, al modello della salute e alla lista dei principi fondamentali, sono i pilastri che ci aiutano a comprendere meglio a cosa la terapia Ericksoniana deve la propria unicità.

MILTON H. ERICKSON E LA STORIA DEL MOVIMENTO ERICKSONIANO

Milton Hyland Erickson (1901-1980) è considerato l'architetto d'innovazioni che in psicoterapia sono considerate parallele a quelle di Sigmund Freud. Se Freud è conosciuto come il padre delle teorie moderne della psicoterapia, Erickson rappresenta il pioniere principale per le tecniche pratiche di intervento e cambiamento. Questo spirito pionieristico e la volontà di assumersi rischi fanno parte della sua storia di vita. Nato nel Nevada, in una baracca di legno con il pavimento in terra battuta in una città mineraria di argento, a cinque anni Erickson si trasferì con la sua famiglia in una fattoria a Lowell, Wisconsin. Il viaggio iniziò andando verso est a bordo di un carro coperto, un'ironia che Erickson si divertiva ad utilizzare per descrivere come andare avanti con uno stile *rétro*.

La vita di campagna offrì ad Erickson innumerevoli opportunità per risolvere problemi quotidiani, aspettare pazientemente che i raccolti crescessero e per osservare attentamente i processi della natura. Queste qualità: pragmatismo, pazienza e massima attenzione, sono evidenti nella pratica terapeutica Ericksoniana. I racconti riguardanti l'accettazione della difficoltà, il superamento delle avversità, realizzare il lavoro significativo un passo alla volta, così come sfruttare la spinta al cambiamento, divennero una parte standard delle sue tecniche di insegnamento e sono attualmente usate dai terapeuti nel mondo.

All'età di 17 anni, Erickson si ammalò di poliomielite. Mentre giaceva nel letto paralizzato e in stato semi-cosciente, Erickson percepì un dottore avvisare sua madre "Il ragazzo sarà morto entro la mattina". Questa affermazione ebbe un effetto profondo su Erickson e produsse una potente risposta emotiva. Egli credeva che nessuno avesse il diritto di dire ciò a una madre, tanto meno sua madre. Come risposta di ribellione, Erickson trovò sufficienti energie fisiche non solo per sopravvivere alla notte, ma anche per sconfiggere la malattia. Il poliovirus colpì tutto il suo corpo e per un periodo egli ebbe controllo volontario solo di ciò che si trovava al di sopra dei propri occhi. Erickson ricordava quel momento come d'intensa consapevolezza – consapevolezza dei propri limiti e di ciò che lo circondava. Egli fece mesi di tediosa riabilitazione per imparare a sfruttare l'interazione tra mente e corpo e durante il tempo di confinamento, egli divenne astutamente attento ai *pattern* comportamentali di coloro intorno a lui, così da riconoscere chi si stava avvicinando dal suono dei suoi passi e anticipando il suo stato emotivo ancor prima di incontrarsi.

Per completare la propria guarigione, Erickson fece un viaggio in canoa giù lungo il Mississippi, tornando contro corrente, durato sei settimane. Egli riusciva a stento a tenersi in piedi senza stampelle, non era in grado di trasportare l'attrezzatura su terra senza assistenza e possedeva risorse economiche minime. Piuttosto che chiedere aiuto in maniera diretta, Erickson scoprì di poter stimolare la curiosità altrui ed evocare offerte di aiuto spontanee. Per molte sere, egli si "guadagnò" il proprio pasto caldo raccontando storie ai pescatori lungo il fiume. La pratica della suggestione indiretta e dell'evocazione delle risorse, così come anche lo storytelling, rimasero caratteristiche di spicco dell'approccio Ericksoniano.

Finiti gli studi, Erickson ottenne numerosi posti di lavoro in ospedali statali per lavorare con pazienti con gravi patologie mentali. Fu all'interno del contesto istituzionale che Erickson riconobbe l'importanza dello humor, della speranza e della connessione interpersonale. Egli trovò modi benevoli per confrontarsi con i pazienti e i loro sintomi, osservando sia i pazienti stessi mettere in scena intenzionalmente i propri comportamenti sintomatici, sia altre persone rappresentarli. Grazie al fatto che egli abitasse in un appartamento situato all'interno dell'ospedale, Erickson poté essere testimone giorno per giorno dei cambiamenti delle condizioni dei propri pazienti. Con questo vantaggio dato dall'osservazione, Erickson fu capace di vedere gli effetti dell'interruzione del *pattern* così come l'effetto dei cambiamenti nel contesto interpersonale e l'effetto del cambio di prospettiva. Egli riconobbe presto molti di questi strumenti come utili trampolini per un ulteriore miglioramento terapeutico.

Prolifico scrittore, i contributi di Erickson alla letteratura professionale erano continui; egli fu conosciuto per i suoi lavori ed idee. Alcuni lo consideravano rivoluzionario, altri preoccupante. Dopo essersi trasferito in Arizona nel 1948 e aver iniziato la libera professione, data la sua reputazione nazionale e internazionale, altri professionisti vollero imparare da lui. Nonostante la debilitazione dovuta ai gravi effetti della polio e dell'avanzare dell'età, Erickson continuò ad insegnare fino al momento della sua morte, influenzando ampiamente il campo che ha continuato a svilupparsi nei decenni successivi.

Il motivo per cui la storia della vita di Erickson viene riportata all'inizio di un manuale sulla terapia Ericksoniana non è dettato dalla semplice curiosità. Piuttosto, la sua vita è fonte di ispirazione, dando la spinta a scoprire il tipo di speranza e resilienza che caratterizza questa terapia. Anche nei momenti peggiori della propria vita, Erickson non ha mai perso la speranza e la fede nelle potenzialità dell'essere umano. La sua malattia e come egli si è auto-guarito sono chiari esempi di ciò che l'ipnosi può fare nel

trattamento del dolore, della depressione, nella cura del trauma e dei lutti e nel trasformare la disperazione in una esperienza di vita significativa. Anche prima della sua morte, nel 1980, il lavoro sui casi e i principi della pratica insegnati da Milton Erickson condussero molti suoi studenti al loro individuale processo di scoperta creativa. Entusiasti dei cambiamenti nella propria vita e nelle vite di coloro con cui lavorarono, gli studenti di Erickson continuarono ad estendere il suo lavoro in modi che non necessariamente coincidono con ciò che lui stesso fece. Tuttavia, questa nuova crescita è ancora una volta frutto dell'albero originale e dunque Ericksoniana.

I. Fondamenti Teorici

Panoramica dei Fondamenti Teorici

La sezione I di questo manuale, relativa alla Terapia Ericksoniana (TE), definisce la TE e delinea le basi teoriche che ne definiscono la pratica, la formazione e l'attuale ricerca. La relazione tra teoria e pratica all'interno della comunità Ericksoniana è sempre stata controversa. Erickson insegnò ai propri studenti ad essere scettici nei confronti della teoria e di ogni costrutto accademico che limitasse la flessibilità degli specialisti o soffocasse la creatività. Se il giudizio convenzionale nella comunità di ricerca è che una buona pratica debba essere guidata dalla teoria, questa non è la posizione presa dalla maggior parte degli studiosi ed esperti di TE. Contrariamente, essi enfatizzano l'importanza della conoscenza sviluppata attraverso l'esperienza concreta e l'osservazione diretta. Come dicono alcuni "È il paziente a informare la terapia, non un libro di testo". I terapeuti esperti di TE considerano la pratica clinica come un continuo processo di indagine, con più valore rispetto ai modelli troppo riduttivi elaborati da persone che non hanno la conoscenza diretta del cliente, del terapeuta o delle immediate circostanze con cui essi si interfacciano. Fin dagli albori, la delineazione dei fondamenti teorici della TE ha seguito il lavoro pionieristico e ispiratore di Erickson, più che il contrario. La necessità di collegare in maniera consequenziale teoria astratta e pratica concreta è analoga al connettere un indirizzo stradale e un numero di telefono alla casa di qualcuno. Questi elementi non sono ciò che rende un'abitazione una casa, ma senza di essi gli altri avranno difficoltà a trovarla. In questa prospettiva, i seguenti fondamenti teorici sono pensati per collocare la TE fra le altre scuole di pensiero e definirla come pratica professionale.

Terapia Ericksoniana

- *Approccio al problem solving con basi esperienziali, fenomenologiche, che utilizza le caratteristiche del cliente evocandone il naturale processo di apprendimento e adattamento.*

Teoria della Salute e dello Sviluppo Umano

- *I bisogni delle persone, sia universali, sia idiosincratici, sono innati e guidano il comportamento e producono un senso di prosperità e benessere fisiologico nel momento in cui vengono soddisfatti.*

Teoria del Cambiamento

- *Tutte le psicoterapie includono una qualche forma di nuovo orientamento, che è raggiunto attraverso processi adattivi di auto-organizzazione.*

Teoria del Miglioramento

- *La trasformazione è vista come un processo paradossale che ha inizio con l'accoglienza incondizionata dei clienti, in modo tale che siano loro a suggerire le risposte al terapeuta e spesso il problema diventa la soluzione.*

TERAPIA ERICKSONIANA

La terapia Ericksoniana è generalmente classificata come un metodo orientato all'obiettivo e fondato sull'impegno nella risoluzione del problema, ispirato agli insegnamenti e allo studio dei casi del Dott. Milton H. Erickson. Più nello specifico, *la terapia Ericksoniana è definita come un approccio al problem solving con basi esperienziali, fenomenologiche, che utilizza le caratteristiche del cliente evocandone il naturale processo di apprendimento e adattamento*. Il cambiamento terapeutico significativo può avvenire attraverso sistemi multipli (a livello cognitivo, comportamentale, affettivo, subconscio, neurovegetativo e sociale) grazie all'utilizzo di esperienze simboliche o direttamente vissute, permette la destabilizzazione di *pattern* disadattivi e fa emergere risorse innate che possono essere sfruttate nell'immediato e nel futuro per la risoluzione di problemi. L'ipnosi e/o i metodi derivanti dall'ipnosi sono centrali. L'impiego di risorse intrinseche, che possono essere oscure al cliente, è essenziale, mentre una teoria esplicita della personalità e l'interpretazione dei *pattern* passati non lo sono.

A volte ci si riferisce ironicamente alla terapia Ericksoniana come ad una teoria del cambiamento senza una dottrina definita o come ad un insieme di tecniche che include qualsiasi cosa che funzioni. Simile al paradosso di un koan Zen, l'approccio Ericksoniano alla terapia poggia sul presupposto che l'incertezza e la creatività generativa siano più importanti della certezza intellettuale e delle procedure standard. Ciò detto, nel tempo e attraverso il progresso continuo è stato sviluppato un insieme sistematizzato di principi coesi e universalmente condivisi. Come vedremo brevemente, sono i principi, più che una procedura esatta, che definiscono l'approccio Ericksoniano.

In contrapposizione a molte scuole di terapia tradizionali, la terapia Ericksoniana non è rappresentata da una serie di procedure e protocolli di trattamento, ma piuttosto è una costellazione di principi che guidano il processo terapeutico. Il cuore dell'influenza Ericksoniana è una forte permissività che ne rende difficile la definizione. Sebbene i ruoli di professionista e cliente rimangano distinti, non sono limitati né dall'ortodossia, né dal protocollo; ognuno è invece libero di esplorare direzioni etiche e possibilità che sono elicitate nel corso del processo di scoperta terapeutica.

A questo proposito, la terapia Ericksoniana è una *prospettiva* di apprendimento, di guarigione e crescita che promuove la flessibilità in un'ottica di continuo adattamento. Così, i terapeuti esperti sono esortati a esercitare grande flessibilità durante il loro lavoro *collaborativo* con il cliente. Lo standard secondo cui si misurano i progressi è soggettivo e stabilito dal paziente relativamente ai propri obiettivi (fenomenologicamente).

Secondo questo approccio, la relazione terapeutica esiste con lo scopo di incontrare i bisogni del cliente. Durante questo sforzo cooperativo, il terapeuta accetta e incoraggia i tentativi del paziente a dirigere e influenzare il processo terapeutico. A sua volta, il cliente è più aperto all'influenza della terapia. In questo modo la relazione, che ruota intorno alla cooperazione, può essere descritta come reciproca e auto-rinforzante.

Allo stesso modo in cui il metodo scientifico è usato da tutti gli scienziati e universalmente riconosciuto, le competenze chiave elencate in questo manuale sono utilizzate dagli Ericksoniani in tutto il mondo e globalmente condivise. Ad ogni modo, come non vi è una versione canonica del metodo scientifico, non esiste un singolo documento che definisca in modo autorevole la terapia Ericksoniana. Bensì, essa è

un'evoluzione prevalentemente democratica e continuativa di un insieme di idee che hanno in comune l'ispirazione fornita dal pionieristico insegnamento e dallo studio dei casi clinici di Milton H. Erickson. Sebbene si presuma che tutte le forme di psicoterapia cambino nel tempo, questo processo umano di evoluzione è fondamentale nella costruzione della terapia Ericksoniana, la quale promuove un continuo cambiamento sul piano delle micro interazioni, in modo tale che il terapeuta adatti la terapia in base ai bisogni mutevoli del paziente, da una sessione all'altra; ed è concepita allo scopo di progredire a livello macro, cioè, in modo tale che la TE si adatti alle necessità della società in continuo cambiamento e che tragga beneficio dalla ricerca emergente nel campo delle scienze della salute e sociali.

Nel 1979, Erickson disse a Ernest Rossi la famosa frase "Per iniziare questo tipo di terapia devi essere te stesso. Non puoi imitare qualcuno, devi farlo a modo tuo.". Questo mandato mette in moto un processo sistemico di esplorazione di sé reciproco attuato sia da parte del terapeuta sia da parte del cliente. Dal momento che l'autonomia individuale è un principio cardine della pratica Ericksoniana, è auspicabile che gli insegnanti e i terapeuti esperti Ericksoniani di tutto il mondo conducano la terapia con metodi in qualche modo simili, anche se unicamente diversi. Nonostante ci si aspetti che la metodologia cambi nelle diverse culture, in base alle regioni, ai terapeuti e ai casi individuali, i principi fondamentali della terapia Ericksoniana agiscono come un fulcro attorno al quale ruota tutto il lavoro della terapia. In altre parole, non esiste una metodologia o un'ortodossia pura con la quale possa essere misurata una capacità individuale. Nonostante ciò, vi è un insieme di valori universalmente convenuti che si riflettono nei principi essenziali e che possono essere usati per individuare gli elementi che identificano la buona pratica della terapia Ericksoniana.

Ancora una volta usando il metodo scientifico come analogia, dal momento che non esiste un modo "giusto" di fare scienza, i ricercatori esperti sono formati all'utilizzo dei protocolli sperimentali più diffusi, leggono i lavori dei più celebri filosofi della scienza e sottopongono i propri lavori all'analisi e correzione da parte dei loro pari. Analogamente, gli Ericksoniani esperti sono consueti alle tecniche di terapia Ericksoniana più adottate. In aggiunta allo studio di numerosi costrutti teorici usati per spiegare tali tecniche, essi hanno familiarizzato anche con le idee originali di Erickson e i suoi lavori. I terapeuti esperti competenti sono desiderosi di far esaminare il proprio lavoro all'interno di un contesto di supervisione e consultazione continua, oppure che esso venga valutato su base oggettiva a beneficio della pratica deliberata e consapevole e della formazione.

Arrivare a una definizione e una classificazione della terapia Ericksoniana che fossero univoche, si è rivelato a dir poco complesso. Ciononostante, la terapia Ericksoniana è indubbiamente riconosciuta da migliaia di professionisti a livello internazionale e da un numero ancora maggiore di persone che sono state aiutate da loro a migliorare la propria vita. E dal momento che è differente da altre forme di terapia, essa può quindi essere identificata e valutata.

TEORIA DELLA SALUTE E DELLO SVILUPPO UMANO

Partendo dal presupposto che tutti gli individui abbiano bisogni differenti e valori e credenze costruiti in modo unico, ogni progetto di fornire terapia deve essere organizzato attorno ad alcuni assunti fondamentali relativi alla salute mentale e alla crescita umana. Tali presupposti cardine servono come

una sorta di faro in lontananza che, mentre il terapeuta tenta di muoversi in accordo con le idiosincrasie individuali del paziente, renda sempre visibile una destinazione familiare.

In accordo con altre teorie della pulsione, gli Ericksoniani generalmente riconoscono un'ampia classe di bisogni derivanti dall'istinto che sono altamente significativi per la salute e il benessere. I più concordano sul fatto che le persone abbiano bisogni *sia universali, sia idiosincratichi che sono innati e guidano il comportamento e producono un senso di prosperità e benessere fisiologico nel momento in cui vengono soddisfatti*. Così lo sviluppo umano è in gran parte soggetto all'esperienza derivante dal processo continuo di soddisfazione dei bisogni.

Dal momento che non esiste una singola dottrina della terapia Ericksoniana che quindi sostenga una lista specifica di bisogni, l'elenco che segue presenta le tendenze verosimilmente presenti fin dalla nascita e include i bisogni universali comunemente individuati dagli esperti Ericksoniani e dagli studiosi più strettamente associati al lavoro ispiratore di Milton Erickson. Questi sono i bisogni che più comunemente vengono utilizzati nella pratica contemporanea e che aiutano ad avere una visione d'insieme per la valutazione clinica e la pianificazione strategica:

Il Bisogno di Sopravvivenza: ricercare sicurezza e sentirsi protetti, in accordo con l'istinto all'auto-preservazione e alla salvaguardia e riproduzione della specie. La sopravvivenza può essere fisica o simbolica e pertanto include la riproduzione, la protezione della famiglia e della comunità e la creazione di un patrimonio che vada al di là della vita individuale.

Il Bisogno di Altruismo: praticare la compassione, la generosità e il sacrificio per il bene dell'altro (anche fino al punto di mettere in pericolo la propria vita per salvare uno sconosciuto). Erickson credeva che le persone fossero naturalmente altruiste e che lo sviluppo passasse attraverso l'aiutare gli altri. Si presuppone, oltretutto, che l'altruismo sia presente fin dalla nascita (cioè le persone nascano buone), sia intrinsecamente appagante, aumenti la felicità e sia guidato da processi inconsci (infatti esso può essere rapido e automatico, prima che ci sia tempo per pensare o ragionare).

Il Bisogno di Appartenenza: per stabilire una conferma esterna della nostra identità, la conferma esterna delle realtà emotive e la significatività delle nostre vite. L'appartenenza può essere stabilita attraverso il matrimonio, la famiglia, gli amici, le squadre e i gruppi che condividono credenze comuni o qualsiasi altro insieme di persone capace di costruire un legame e promuovere l'altruismo (cioè dare e ricevere amore).

Il Bisogno di Significato: essere un membro che apporti il proprio contributo all'interno della società e trovare un significato all'esistenza. Saper strutturare la vita quotidiana con attività che abbiano uno scopo e che siano utili alla sopravvivenza, all'altruismo e all'appartenenza. Il significato può derivare da un accrescimento dell'apprendimento, dall'essere impegnati in un lavoro che abbia valore per noi, dall'espandere l'auto-consapevolezza e approfondire le relazioni interpersonali.

Il Bisogno di Novità & Creatività: essere in crescita, in apprendimento, in scoperta e progettare in modo unico la nostra esperienza di vita. Il *problem solving* è pensato per essere uno sforzo creativo che sia progressivo e flessibile, così l'individuo cerca sfide significative a cui rispondere

(il cervello e il corpo necessitano di stimolazioni nuove più che di rigide ripetizioni e soluzioni stereotipate). Per queste ragioni, le persone sono molto più propense alla crescita quando viene garantita la presenza di novità e opportunità per l'apprendimento creativo.

Sapendo tutto ciò, lo specialista è in grado di improvvisare tecniche terapeutiche e rispondere in modo flessibile ai bisogni immediati del cliente senza sentirsi perso o confuso riguardo il processo terapeutico nel suo complesso. Usando nuovamente la metafora nautica, potremmo dire che questi cinque punti sono analoghi ai punti cardinali. Essi aiutano lo specialista Ericksoniano e il cliente, evitando lo smarrimento durante la ricerca di una destinazione significativa.

Terapia come Risoluzione del Problema

Data la precedente definizione di salute e sviluppo umano, il processo della terapia Ericksoniana diventa essenzialmente inerente alla risoluzione strategica del problema. La strategia complessiva della terapia Ericksoniana ha lo scopo di fornire un contesto nel quale il cliente produce le proprie soluzioni. Così un elemento chiave dell'approccio Ericksoniano consiste nel focalizzare e amplificare i punti di forza esistenti e la motivazione ad impegnarsi nel compito di risoluzione dei problemi.

Sebbene ci siano molte forme di terapia il cui scopo è quello di potenziare i propri pazienti, l'approccio Ericksoniano è unicamente focalizzato sull'aiutare le persone nello sviluppo di risorse inconsce così come abilità decisionali consce che vengano impiegate nella risoluzione di bisogni non soddisfatti. Simile alla pratica della fisioterapia in medicina, una volta che queste risorse psicologiche sono state identificate e sviluppate, si presuppone che il cliente continui a usarle nel corso della propria vita, ma senza la specifica assistenza di un terapeuta.

Risoluzione del Problema Centrata sulla Patologia e Risoluzione del Problema Centrata sui Bisogni

In accordo con l'ideologia del modello medico, molte scuole di terapia sono state costruite attorno all'obiettivo di identificare e curare la patologia del paziente. Tuttavia, in contrasto con la risoluzione del problema centrata sulla patologia (rappresentata quindi da una diagnosi e un trattamento dei disturbi), la risoluzione centrata sui bisogni è principalmente inerente all'agentività (efficacia, capacità di agire) del cliente (piuttosto che all'agentività dei farmaci, delle procedure o delle conoscenze della persona che offre le cure). Per questo motivo, uno dei modi fondamentali in cui la terapia Ericksoniana si distingue è il focus che essa pone sull'apprendimento, l'accrescimento della motivazione e l'utilizzo delle risorse e dei punti di forza esistenti.

Potrebbe essere errato sostenere che i terapeuti esperti Ericksoniani non usino mai categorie diagnostiche. Piuttosto, lo specialista è attento ad evitare l'utilizzo di etichette diagnostiche che comporti lo sviluppo di limitazioni apprese o perdita di motivazione. L'identificazione del problema è riconosciuto universalmente come un passaggio utile per la risoluzione del problema. I pazienti spesso riferiscono sentimenti di sollievo quando un senso di disagio generico viene riconosciuto ed espresso a parole. Ma per molti Ericksoniani, il vero traguardo terapeutico non viene raggiunto finché il cliente non viene messo nelle condizioni di fare qualcosa riguardo al problema individuato.

Nel mantenere l'approccio pragmatico di Erickson nei confronti della risoluzione del problema, gli Ericksoniani sono riluttanti all'idea di impiegare tempo o energia per spiegare ai pazienti il motivo per cui loro non hanno ancora le risorse necessarie per risolvere il problema efficacemente. Preferibilmente, si pone enfasi sull'aiutare le persone ad individuare le risorse e a svilupparle.

Erickson credeva che la maggior parte dei problemi dei pazienti fossero dovuti a limitazioni apprese. Questa è una prospettiva pragmatica che focalizza l'attenzione su ciò che può essere raggiunto come risultato di un nuovo apprendimento. Per esempio, la limitazione può essere una sottovalutazione dell'abilità innata di superare le difficoltà e ottenere i risultati desiderati, oppure una sottovalutazione della disponibilità di alcune risorse sociali e ambientali necessarie per aumentare la propria capacità di affrontare una determinata sfida o una sottostima dell'abilità ad adattarsi a circostanze immutabili. Vista da questa prospettiva, qualsiasi malattia, situazione sfidante o persino la morte stessa, diventano preoccupazioni secondarie rispetto al compito di dover imparare cosa ogni persona può fare. Così, l'enfasi sulla risoluzione del problema si sposta dal trovare "una cura" allo scoprire la volontà di costruire e perseguire *sine die* una buona vita.

Terapia come un Processo di Sperimentazione e Scoperta

Come è stato già detto, la TE si distingue dal modello medico in alcuni modi fondamentali. Uno di questi consiste nel fatto che essa non proponga soluzioni prefabbricate o delle risposte basate sulla ricerca ai problemi che i clienti affrontano. Piuttosto, il paziente e il terapeuta seguono insieme un processo collaborativo di sperimentazione e scoperta. Paradossalmente, è questa posizione (ovvero quella di non possedere le risposte) che rende lo specialista Ericksoniano il più possibile adatto ad aiutare i clienti nel trovare le soluzioni.

In tal senso, la terapia Ericksoniana può essere descritta come un processo di sperimentazione e scoperta. Coloro che risolvono i problemi in modo efficace generano più piani possibili d'azione prima di tentare la risoluzione del problema. Nella terapia Ericksoniana, il paziente e il terapeuta collaborano per creare piani d'azione alternativi e strumenti per identificare i risultati di successo. Questo spirito di sperimentazione è importante per accrescere la flessibilità e la resilienza, quando i risultati non sono immediati. In questo senso, il processo terapeutico di *problem solving* consiste nel prendere in considerazione, selezionare e applicare varie ipotesi di risoluzione tese a promuovere le capacità proprie del cliente. Ancor più importante della risoluzione del problema attuale, lo scopo della terapia Ericksoniana è quello di scoprire il potenziale umano e le abilità non ancora realizzate – una scoperta che è aperta al paziente così come al terapeuta.

Fin dai tempi di James Braid (1848), l'ipnosi è stata definita in termini di fissazione dell'attenzione. Con la TE, tuttavia, l'azione di fissare l'attenzione non è tanto importante quanto l'oggetto su cui il cliente fissa la propria attenzione. L'approccio TE è implicitamente positivo. L'implicazione dietro tutti i tentativi di ipnosi e consegna è che la persona possa focalizzarsi su aspetti di sé positivi e buoni. Questi punti focali includono ciò che il paziente crede, valorizza e apprezza profondamente. Piuttosto che agire come un agente di cambiamento esogeno, l'ipnosi Ericksoniana è usata come una forma di comunicazione evocativa in cui si chiede al cliente di rispondere all'interpretazione soggettiva del significato della comunicazione, che è usata poi per elicitare ed utilizzare risorse inconsce così come risorse consce. Così,

l'ipnosi Ericksoniana è l'arte e la scienza della comunicazione dell'aspettativa per accrescere la salute e la felicità delle persone. Infatti, tutti gli aspetti dell'approccio Ericksoniano sono tesi a fare questo.

TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Cambiamento Auto-Organizzativo

Erickson considerava l'organismo umano come un complesso insieme organizzato, in continuo divenire, di processi intellettuali, emotivi e biologici, che avessero dimensioni sia cosce che inconse.

Egli insegnava che tutti gli esseri umani possiedono un'auto-organizzazione straordinaria, capacità adattive che dovrebbero essere evocate e messe in funzione all'interno della terapia. Come spiegava lo stesso Erickson *"in tutte le forme di psicoterapia, il luogo di trasformazione creativa si trova in realtà all'interno della mente e del corpo del paziente, non del terapeuta. Il fardello della responsabilità di ottenere una psicoterapia efficace sta nel lavoro interiore del paziente. In una psicoterapia efficace, il peso della responsabilità del terapeuta risiede nel facilitare al paziente il suo lavoro creativo interiore."*¹

In accordo con le scuole di pensiero tradizionali, la teoria del cambiamento si rivolge generalmente a un singolo aspetto dell'esperienza umana considerato cruciale per il benessere. La strutturazione di quella terapia è quindi focalizzata sul cambiamento di un aspetto (es. la CBT - Cognitive Behaviour Therapy - punta al cambiamento di un pensiero o cognizione disfunzionale). La terapia Ericksoniana, al contrario, è pensata per comprendere tutti gli aspetti dell'esperienza umana. Essa è progettata per trattare le credenze cosce, le credenze inconse, il dialogo interno, l'interazione con gli altri, i ricordi, i sogni riguardo il futuro, l'attività muscolare, il funzionamento del sistema nervoso autonomo e del sistema immunitario della persona e qualsiasi altro aspetto del funzionamento umano che abbia un impatto sulla mente.

Come affermato da Erickson, *tutte le forme di psicoterapia coinvolgono qualche forma di riorientamento, che è raggiunto attraverso processi di auto-organizzazione adattiva.* Questo riorientamento può rivelarsi attraverso un cambio di *prospettiva*, così come quando una persona sviluppa nuove attitudini e credenze, un cambiamento di *cornice di riferimento*, quando per esempio si acquisiscono nuove esperienze di vita o si hanno nuove informazioni, un cambiamento nell'*attività del sistema nervoso centrale*, come quando viene attivata una rabbia intensa, viene indotto uno stato di rilassamento o vengono liberate lacrime fino a quel momento trattenute. Inoltre, ci sono cambiamenti nei *fattori situazionali* chiave, come quando una persona decide di cambiare lavoro, sposarsi o riprendere gli studi, che possono stimolare un riorientamento in tutti i domini sopraelencati.

Mentre molti approcci terapeutici enfatizzano il riorientamento nell'esperienza emotiva o nel processo cognitivo, Erickson usava risorse sociali e contestuali per creare un processo esperienziale, costruito per promuovere il cambiamento auto-organizzativo. Così, i terapeuti Ericksoniani spesso utilizzano attività esperienziali, fisiche o situazionali per raggiungere un riorientamento attraverso diversi domini, sia a livello conscio, sia a livello inconscio.

¹ Questa citazione è presa da un articolo classico, *Il Peso della Responsabilità nella Psicoterapia Efficace*, Milton H. Erickson, Amer. J. Clin. Hypnosis, 1964, 6: 269-271

Come già detto, Erickson credeva che il cambiamento potesse e spesso avesse luogo a livello inconscio. Questa forma profonda di guarigione e crescita include un processo invisibile di riorganizzazione, riassociazione e adattamento. Gli interventi Ericksoniani sono spesso tesi al riallineamento e alla riorganizzazione delle risorse interne preesistenti, un risveglio di capacità prima sconosciute. Così, questi sono i principi della terapia Ericksoniana che rimangono fissi, mentre il metodo di implementazione è necessariamente fluido e flessibile.

TEORIA DEL MIGLIORAMENTO

Paradigma Non-lineare dell'Apprendimento e del Miglioramento

Nel pensiero occidentale, le relazioni causa-effetto sono spesso considerate in termini lineari. In terapia, è naturale presumere che l'intervento "A" porterà sistematicamente ad un risultato "B". Secondo Erickson, causa ed effetto sono raramente connesse in modo lineare. Piuttosto, *la trasformazione è vista come un processo paradossale che ha inizio con l'accoglienza incondizionata dei clienti, in modo tale che siano loro a suggerire le risposte al terapeuta e spesso il problema diventa la soluzione.* In questo senso, il miglioramento si considera raggiunto quando i pazienti scoprono capacità precedentemente nascoste che possono essere impiegate in modi significativi.

A questo proposito, la terapia Ericksoniana spesso segue percorsi di cambiamento non lineari. Erickson spiegava che talvolta fosse necessario fare un passo indietro per andare avanti. Per esempio, acquisire controllo del comportamento involontario rendendolo intenzionale, aiutare una persona a riconoscere un comportamento produttivo impegnandosi in un comportamento non produttivo, prescrivere ricadute come mezzo per incoraggiare il miglioramento a lungo termine, etc. Questo è, ancora una volta, un processo esperienziale che coinvolge parti della mente che non possono essere comprese dall'intelligenza conscia. Pertanto, invece di tentare di spiegare come mai qualche volta il fallimento sia necessario per il bene del progresso o perché la confusione sia necessaria per l'apprendimento, gli esperti Ericksoniani riconoscono il valore di un paradigma non lineare dell'apprendimento e del miglioramento.

II. Principi Relazionali

Panoramica dei Principi Relazionali

La sezione II di questo manuale della Terapia Ericksoniana (TE), consiste in una serie di quattro categorie di abilità sovraordinate che racchiudono i principi relazionali sui quali si fonda la pratica della TE. Oltre a fare della TE una forma di terapia dinamica e coinvolgente sul piano interpersonale, queste quattro categorie di competenze aiutano ad illustrare tutto ciò che può accadere nel corso della terapia. Lo scopo di questa parte del manuale terapeutico è di fornire agli specialisti i riferimenti interpersonali essenziali da cui derivano tutti gli aspetti della valutazione clinica e della motivazione del cliente. I terapeuti Ericksoniani qualificati sono alla continua ricerca dell'accrescimento delle quattro seguenti categorie di competenze:

Competenza 1: Osservazione

- *Volontà di essere profondamente percettivi in relazione agli altri*

Competenza 2: Validazione

- *Volontà di essere accoglienti e supportivi in relazione agli altri*

Competenza 3: Coltivazione

- *Volontà di essere evocativi e d'ispirazione in relazione agli altri*

Competenza 4: Sfida

- *Volontà di essere direttivi e motivanti in relazione agli altri*

Principi Relazionali

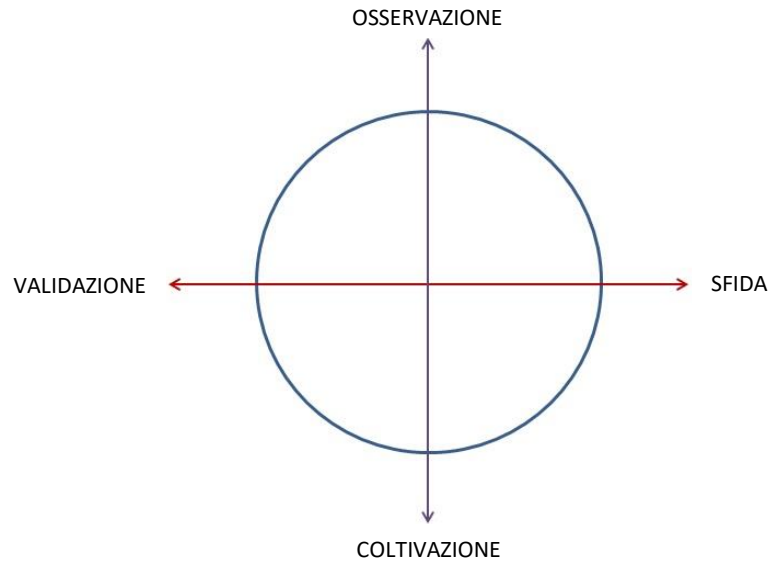
Se esistesse una singola capacità capace di riassumere tutto ciò che è Ericksoniano, essa sarebbe l'abilità di connettersi all'altro in modo profondo e coinvolgente. Se si descrive l'uso, da parte del terapeuta, della comunicazione efficace, della flessibilità interpersonale, della capacità d'osservazione o dell'amore e della compassione, tutto ciò rimanda all'abilità del professionista di creare una relazione significativa con coloro che, altrimenti, sarebbero persi o isolati in qualche circostanza di vita problematica.

Come detto in precedenza, nella TE il *problem solving* ottimale non è attribuito all'uso di una tecnica curativa, bensì al costruirsi di una condizione relazionale speciale. Si dice che la terapia Ericksoniana sia fatta CON, piuttosto che AL paziente. Questa affermazione implica che vi sia una base collaborativa a sostegno di ogni tecnica. Erickson spesso sottolineava l'importanza primaria dell'assicurarsi la fiducia del cliente e del coinvolgimento cooperativo come prerequisito per qualsiasi altra metodologia terapeutica.

Tale enfasi sui principi relazionali è stata ormai riconosciuta, in campo più ampio, come un fattore comune delle terapie di successo. Generalmente, ci si riferisce a questo fattore in termini di creazione dell'*alleanza terapeutica* che, nel contesto dell'ipnosi, è stata storicamente descritta come *rapport* e sintonia e, in tempi più recenti, come attaccamento.

In aggiunta a queste due importanti dinamiche (collaborazione e alleanza), è stato affermato che il vantaggio principale della terapia Ericksoniana sia il modello che essa fornisce per coinvolgere il cuore e aprire la mente. La relazione che si crea durante la terapia Ericksoniana è progettata per essere sia profonda sul piano emotivo, sia altamente motivante. Usando il linguaggio della teoria degli stati, questa esperienza interpersonale accentuata è stata descritta come uno "stato di performance" che produce benefici reciproci per entrambi, paziente e terapeuta. L'idea di base è che i clienti debbano percepire profondamente che il terapeuta si stia occupando e stia agendo in favore del loro benessere, in modo tale che il resto della terapia produca risultati positivi. L'insieme delle tecniche della terapia Ericksoniana è pensato per essere d'aiuto solo quando quest'ultima ha luogo all'interno del contesto di una speciale forma di relazione.

Come presto sarà evidente, gli elementi di una connessione profonda percepita dal paziente, non possono essere misurati chiedendo al terapeuta cosa lui o lei intendesse raggiungere. Una persona può avere l'intenzione di essere fortemente osservatrice e perdersi comunque elementi molto importanti per il paziente. In modo simile, un osservatore imparziale non può valutare l'efficacia dell'osservazione del terapeuta. Piuttosto, una valutazione significativa dovrebbe essere fatta dal cliente. Nello stesso modo in cui l'alleanza terapeutica è comunemente misurata chiedendo al paziente di commentare la propria esperienza soggettiva, le fondamenta relazionali, che stanno alla base di tutti gli altri interventi Ericksoniani, devono essere riportate dal cliente. Per questa ragione, in questo manuale è inclusa una scala di valutazione. Diversamente dalle altre misurazioni dell'alleanza terapeutica, questo strumento è progettato per rilevare le dinamiche relazionali chiave che i terapeuti Ericksoniani considerano più importanti.



Durante il sondaggio del 2016 tra i professori e gli studiosi della terapia Ericksoniana in tutto il mondo, sono state riconosciute quattro grandi categorie di ingaggio interpersonale. Queste idee sono state raggruppate sotto i “termini ombrello”: osservazione, validazione, coltivazione e sfida. Ognuno di essi sarà descritto più nel dettaglio nelle sezioni seguenti.

OSSERVAZIONE: Volontà di essere profondamente percettivi in relazione agli altri

Il primo principio relazionale è l’uso di un’attenta osservazione. Si sostiene che alcune delle più importanti abilità essenziali nella terapia Ericksoniana (per esempio, individuazione, *problem solving* e utilizzazione) richiedano capacità osservative altamente sviluppate. Più che leggere il comportamento non-verbale o l’espressione facciale, l’osservazione attenta è pensata per servire da base per l’ispirazione e per la valutazione clinica. Quando una delle studentesse di Milton Erickson, Norma Barretta, chiese quali fossero i tre aspetti più importanti di un lavoro clinico efficace, la risposta di Erickson fu “Osservare...osservare...osservare.”

Poiché un terapeuta Ericksoniano guarda e ascolta con molta attenzione la storia unica di ogni persona, lui o lei è più preparato ad adattare la terapia e utilizzare gruppi di competenze e risorse non riconosciute. Grazie al fatto che lo specialista Ericksoniano ascolta non solo ciò che viene detto, ma anche ciò che il cliente evita di dire e grazie al fatto che il terapeuta guarda i *patterns* comportamentali ricorrenti, lui o lei sarà in grado di fare stime sorprendentemente accurate riguardo le azioni passate e future. Questo tipo di abilità predittiva è necessaria per un *problem solving* strategico, che richiede pianificazione e preparazione. Altre abilità osservative includono l’apprendere come vedere i punti di forza, dove gli altri vedono solo debolezze o imparare come identificare le risorse, dove gli altri vedono solo limiti. Tutto ciò è essenziale per l’impegno a risolvere il problema.

Un modo utile di concettualizzare l'osservazione terapeutica è in termini di *capacità di comunicazione recettiva*, che include l'ascolto attento. L'acutezza dell'osservazione è ricorsivamente collegata alla coltivazione (che è un'abilità comunicativa espressiva). Ciò significa che il terapeuta non può esprimere idee terapeutiche in modo competente finché non vi sia un'attenta osservazione. Inoltre, l'espressione competente di idee importanti sarà necessariamente seguita da un'attenta osservazione per poterne determinare gli effetti.

Viceversa, un paziente può sedere davanti a un terapeuta non competente e sentirsi non visto o sentirsi non ascoltato. Quando ciò accade, la motivazione necessaria per coinvolgere in qualsiasi altro processo terapeutico sarà gravemente carente. Una rottura della relazione altrettanto dannosa si verifica ogni volta che il cliente si sente giudicato o frainteso. Per questa ragione, i terapeuti Ericksoniani osservano senza interpretare. Se un comportamento o un'esperienza ha bisogno di essere interpretata, è il paziente piuttosto che il terapeuta, a dare senso a ciò che è accaduto. Non solo l'interpretazione del terapeuta rischia di distorcere l'auto-esplorazione del paziente, ma essa interferisce, oltretutto, con il processo di validazione, descritto in maggior dettaglio più avanti. Queste sono alcune delle tante ragioni per cui, chi ha studiato a diretto contatto con Erickson, è stato formato a osservare, accogliere e utilizzare silenziosamente qualsiasi cosa che venga portata in terapia dal paziente.

VALIDAZIONE: Volontà di essere accoglienti e supportivi in relazione agli altri

La seconda dinamica interpersonale, che è stata strettamente associata al lavoro di Erickson, è quella dell'accoglienza e di trovare valore in ciò che si è detto o fatto. Nelle trascrizioni del lavoro di Erickson con i clienti, è interessante notare che la parola che egli ripete più frequentemente delle altre è "si", che è spesso espressa più a pieno come "Si...bene". Questa era la tipica reazione di Erickson ad ogni atto di autorivelazione. Sia che essa fosse una rivelazione emozionale, sia un'opinione intellettuale, la risposta immediata di Erickson era di dimostrare supporto e trovare il valore in qualsiasi cosa fosse stata espressa. Questa è la definizione operativa della validazione terapeutica: *dimostrare supporto e trovare valore in ciò che è stato espresso dal paziente*. (Sebbene la parola "validazione" sia qui usata per descrivere tale abilità, un'altra terminologia include: l'accogliere l'individualità del paziente, il rispetto delle realtà soggettive e la ratifica dell'unicità del cliente.)

Se un obiettivo primario nella terapia è quello di elicitare un'espressione completa e disinibita dell'individualità del paziente, di conseguenza, accogliere appieno le risposte del paziente alla terapia diventa scontato.

A questo proposito, la validazione è uno strumento importante per connettersi profondamente con il paziente a livello sia conscio, sia inconscio. Questo tipo di connessione dà al paziente la capacità di rimanere aperto di fronte a nuove idee e la volontà di ascoltare e accettare ciò che viene proposto. Questo speciale stato di alta suggestionabilità è attentamente tutelato dall'evitamento di qualsiasi giudizio negativo o rifiuto della/e autorivelazione/i del cliente. Così, i professionisti della TE sono riluttanti all'idea di essere in disaccordo con qualsiasi cosa il paziente dica o pensi, a meno che vi sia un qualche valido motivo (per esempio, metodi di contenimento/ "non ancora", evocazione di rabbia costruttiva, etc.).

Uno degli evidenti mandati della terapia Ericksoniana è il rispetto dell'individuo. Come parte di questo rispetto, non è previsto che la persona si conformi alle norme socialmente imposte, ma è invece libera di esplorare modi unici di conoscere se stessa e di interagire con il mondo. Il terapeuta cerca quindi di garantire validazione alle manifestazioni comportamentali delle risposte interne del cliente, che portano a una maggiore autorivelazione e accrescono l'influenza interpersonale. Tanto più il cliente si sente accolto e accettato per come lui o lei è, tanto più il processo collaborativo è rinforzato e il processo di cambiamento viene affrontato in modo naturale.

Se il terapeuta assume la giusta prospettiva, allora tutto ciò che accade in terapia può essere accolto come il "giusto" risultato. Per i soggetti che non fanno molto durante la terapia, una risposta validante è "La tua risposta alla terapia, attenta e contemplativa, è davvero un buon segno!" (Qualsiasi risposta è buona fintanto che il terapeuta non viene ignorato completamente). Per coloro che scoppiano a piangere durante la terapia, una risposta validante è "Il tuo corpo sta rilasciando la tensione, questo ti darà grande sollievo." Per coloro che non credono che il successo sia possibile, "La tua mente inconscia dovrà nascondere il tuo successo. Tu non sarai in grado di vedere il tuo successo, fino a che non sarai pronto." In particolare, è importante validare il miglioramento. Per esempio, se il cliente sembra felice ed entusiasta e chiede al terapeuta "È così che dovrebbe essere durante la trance?" una risposta validante è "Sì! Dovrebbe accadere in questo esatto modo."

Il terapeuta capace è sempre consapevole del pericolo del rifiuto o della vergogna e si sforza, invece, di comunicare accoglienza. Questo livello di protezione non è possibile quando si tenta di controllare il paziente, anche negli aspetti più piccoli. Al contrario, un terapeuta Ericksoniano non solo accetta, ma trova anche valore in tutto ciò che il cliente fa (validazione). Benché la validazione possa essere dichiarata o espressa non verbalmente, essa è per lo più un' *abilità comunicativa recettiva che dipende da un sincero desiderio di capire gli altri e di vedere significato nelle loro esistenze*. Ancora una volta, questa abilità generica è ricorsivamente legata alla volontà di sfidare lo stato delle cose, la quale è una capacità comunicativa espressiva che si focalizza sull'esperienza del cambiamento.

COLTIVAZIONE: Volontà di essere evocativi e d'ispirazione in relazione agli altri

Un altro principio relazionale essenziale è *l'entusiasta coltivazione del potenziale non realizzato*. In aggiunta alla combinazione di qualità, quali curiosità e pazienza, la coltivazione è la prontezza a dare al cliente lo stesso tipo di cura che un genitore mostrerebbe nei confronti di un figlio che sta crescendo o un contadino per un raccolto appena piantato. Alcune delle più importanti competenze chiave nella terapia Ericksoniana (ad esempio, destabilizzazione e apprendimento esperienziale) non acquisiscono significato fino a che il terapeuta non ha la volontà di coinvolgere il paziente in un processo di apprendimento e crescita. Si presuppone che esse prendano posto all'interno di un contesto relazionale che promuove l'auto-esplorazione e l'auto-organizzazione a livelli al di sotto della consapevolezza conscia.

Quando uno degli studenti di Milton Erickson, Ernest Rossi, commentò l'importanza dell'auto-esplorazione durante la terapia, Erickson spiegò "La vita non è qualcosa a cui tu puoi dare oggi una

risposta. Dovresti goderti il processo di attesa, il processo di diventare ciò che sei. Non c'è nulla di più incantevole di piantare semi e non sapere che tipo di fiori cresceranno.” Quando un terapeuta è capace di portare tale incanto nella crescita dei propri clienti, allora è presente la dinamica della coltivazione.

Tra i terapeuti Ericksoniani esperti, l'idea di piantare semi è importante. Questa analogia agricola è usata per distinguere l'approccio naturalistico all'ipnosi dagli altri approcci più autoritari. Sebbene questo non sia un prerequisito, la maggior parte dei terapeuti Ericksoniani hanno studiato i principi e la pratica dell'ipnosi e li usano, formalmente o informalmente, durante il corso della terapia. Ciò si nota specialmente nell'utilizzo dell'approccio naturalistico, dell'apprendimento esperienziale e della destabilizzazione. Ciascuno di essi può facilitare gli stati modificati di coscienza anche senza una procedura di induzione formale. Quando le tecniche come la suggestione permissiva o la metafora ipnotica vengono utilizzate per proporre una possibilità significativa, ci si riferisce spesso al processo auto-esplorativo e di scoperta chiamandolo “semina”. Come con le piante, gli esseri umani sembrano richiedere nutrienti ambientali specifici per potersi sviluppare. All'interno del contesto terapeutico, i nutrienti essenziali includono gentilezza, pazienza, aspettativa positiva, il dono della speranza e generoso utilizzo di umorismo. Ognuna di queste qualità diventa strettamente associata a un modo di coinvolgere il paziente, che promuove il fiorire di abilità.

Costruito su una filosofia che riconosce l'innata tendenza umana verso la salute e il benessere, l'approccio Ericksoniano considera che i pazienti già posseggano dentro di loro la capacità di realizzare la guarigione e la crescita. La coltivazione è, perciò, il fatto di esprimere sicurezza in questa competenza e avere un'aspettativa positiva per ciò che produrrà. Se il terapeuta vede questo come un processo circolare, più che unilaterale, allora la terapia offre l'opportunità di coltivare la crescita anche nel terapeuta.

In opposizione agli “interventi”, che sono unilaterali, la coltivazione è una strada a doppio senso. Il terapeuta non sa preventivamente come lei o lui crescerà durante il lavoro con una specifica persona. Comunque, se la terapia viene affrontata come un'opportunità di crescita, allora verranno attivate anche le tendenze verso la crescita e l'apprendimento proprie del terapeuta. La creatività e l'energia positiva che ne risultano diventano non solo una potente forza per la persona che riceve la terapia, ma è anche ciò che elettrizza chi offre la terapia.

SFIDA: Volontà di essere direttivi e motivanti in relazione agli altri

Questa categoria di riferimento conclusiva è quella meno accuratamente definita nella letteratura Ericksoniana e conseguentemente quella che ha ricevuto meno attenzione durante la ricerca del 2016. Probabilmente questo perché fraintendere ciò che significa sfidare gli altri (in maniera rispettosa e terapeutica) può portare a risultati disastrosi. Tuttavia, senza questo elemento di riferimento, la relazione non può andare oltre il riconoscimento passivo, con il terapeuta che agisce più da colui che segue piuttosto che da colui che guida. Oppure, per usare un'analogia sportiva, il terapeuta diventa più un tifoso che un allenatore.

Ciò che sembra essere universalmente condiviso a questo riguardo è l'identificazione della terapia Ericksoniana come un approccio terapeutico direttivo piuttosto che non-direttivo. È anche convenuto

che il terapeuta Ericksoniano cercherà le prove del coinvolgimento nella terapia, le quali includono la partecipazione in alcune attività impegnative. L'esempio più classico viene da Erickson, il quale chiedeva ai nuovi pazienti a scalare lo Squaw Peak (un ripido sentiero escursionistico) e poi richiamare per fissare il primo appuntamento. Questo esempio fornisce alcune idee di ciò che significa sfidare il paziente.

Il presupposto di base è che dove manca la sfida, la motivazione inizia a sbiadire.

I professionisti che creano buone sfide terapeutiche sembrano capire come calibrarle per adattarle all'individuo. Quando la sfida è troppo grande, scaturisce ansia o la sensazione di essere sopraffatti. Ciononostante, quando viene a mancare l'elemento della sfida, la motivazione è rimpiazzata dalla noia.

Gli strumenti per sfidare i pazienti possono avere forme diverse. In alcuni casi, sfidare significa dire la verità al cliente quando la verità è difficile da ascoltare. In altre circostanze, sfidare può voler dire far emergere forti emozioni precedentemente negate e forse temute. Per alcuni individui, la sfida potrebbe essere il fatto di tollerare la gentilezza nei propri confronti o di ascoltare qualcuno elencare le loro qualità positive. Qualsiasi sia il caso individuale, il terapeuta Ericksoniano è sempre pronto a stimolare nuove risposte all'interno del contesto di una relazione cooperativa e rispettosa.

Allo scopo di rendere un'attività o un compito terapeutico, invece che abusante, esso deve essere sempre sicuro, rispettoso di tutti coloro che sono coinvolti e scelto liberamente. Come prima cosa più importante, il terapeuta Ericksoniano esperto deve sempre adoperarsi per non nuocere, né fisicamente, né emotivamente.

È necessario riconoscere che ognuna di queste quattro dinamiche relazionali può diventare problematica, se non adeguatamente controbilanciata. Senza un sufficiente radicamento nella polarità della validazione, lo sforzo del terapeuta di sfidare il cliente potrebbe dare come risultato una scarsa connessione. Quando però il pugno di ferro è coperto da un guanto di velluto, anche il più fragile degli individui può essere gestito senza danni.

III. Competenze Chiave

Panoramica delle Competenze Chiave

La sezione III del manuale sul trattamento della Terapia Ericksoniana (TE) consiste in una serie di sei principi definatori che sussumono la maggior parte delle tecniche e delle strategie cliniche uniche della pratica della TE. Oltre a dare alla TE la propria distintività come forma unica di terapia, questi sei principi rappresentano i fattori comuni trovati nella maggior parte delle sedute terapeutiche, rispetto ad un'ampia gamma di pazienti e di disturbi presentati. L'obiettivo di questa parte del manuale terapeutico è di fornire ai terapeuti esperti un'approfondita preparazione sulla teoria e sulle abilità che si associano ad una pratica competente.

I terapeuti Ericksoniani qualificati hanno buona padronanza delle sei seguenti aree:

Competenza I: Cucire su misura

- *Propensione a personalizzare il trattamento*

Competenza II: Utilizzazione

- *Propensione ad utilizzare le caratteristiche del paziente, le dinamiche interpersonali e i fattori situazionali*

Competenza III: Approccio strategico

- *Propensione a creare un contesto di problem solving auto-organizzato*

Competenza IV: Destabilizzazione

- *Propensione a perturbare i pattern psicologici stabili, allo scopo di incoraggiare la flessibilità e l'apprendimento*

Competenza V: Approccio esperienziale

- *Propensione a dare priorità all'apprendimento esperienziale continuo*

Competenza VI: Approccio naturalistico

- *Propensione a creare l'aspettativa che il cambiamento avverrà in modo automatico e naturale*

I. CUCIRE SU MISURA: Propensione a personalizzare il trattamento

Uno dei principi base della terapia Ericksoniana considera ogni cliente come un individuo unico che richiede un trattamento terapeutico unico. Poco entusiasta riguardo ai risultati prodotti attraverso la standardizzazione e la replicazione del trattamento, Erickson considerava la personalizzazione del trattamento come un imperativo terapeutico. Egli si opponeva ai protocolli riguardanti il modo in cui la terapia sarebbe dovuta procedere. Invece, Erickson utilizzava la conoscenza diretta del paziente per guidare l'intervento, enfatizzando l'importanza dell'osservazione e della flessibilità piuttosto che la conoscenza teorica derivata da una diagnosi.

Gli Ericksoniani non impiegano terapie stereotipate o tecniche "taglia unica" (una singola tecnica che vada bene in ogni caso). Certamente, ciò non significa che i terapeuti non possano riutilizzare metodi utili. Tuttavia, durante il processo di personalizzazione del trattamento, il terapeuta Ericksoniano modifica ogni tecnica per renderla il più possibile adatta alla situazione corrente.

Stando fermi su questo principio, è essenziale quindi rimanere flessibili nei metodi applicati. Come spiegato dallo stesso Erickson (1979) mentre insegnava a Ernest Rossi, *"Gli psicoterapeuti non possono dipendere da routine generali o procedure standardizzate da imporre indiscriminatamente a tutti i loro pazienti. La psicoterapia non è la semplice applicazione di verità e principi ipoteticamente scoperti dagli accademici in esperimenti di laboratorio controllati. Ogni incontro psicoterapeutico è unico e richiede un rinnovato sforzo creativo, sia al paziente che al terapeuta, per scoprire i principi e i mezzi per raggiungere un risultato terapeutico."* L'esempio perfetto del cucire su misura si riferisce quindi al trovare la cosa giusta da fare, nel momento giusto, per quell'unico individuo. La bontà della sua "vestibilità" si estingue nel momento in cui è stata usata.

Dato che ogni persona è un individuo, ogni sessione è una creazione unica. Quando terapeuta e cliente si incontrano per la prima volta, creano una relazione che prima non esisteva. In questo nuovo sistema, ognuno influenzerà l'altro in modi potenzialmente inaspettati. Il terapeuta potrebbe resistere a questa naturale opportunità di creatività, se lui o lei dovesse rifarsi a uno schema preso da un manuale terapeutico o se iniziasse a recitare un protocollo preimpostato. Ad ogni modo, nella terapia Ericksoniana la creatività è di per sé considerata un importante meccanismo per la salute e dunque viene colta ad ogni opportunità. Poiché vi sono relativamente pochi mandati teorici a guidare e strutturare la sessione terapeutica, il terapeuta è costretto ad affidarsi maggiormente alle proprie abilità osservative e intuizioni creative così come alle intuizioni e alla creatività che attendono di essere scoperte all'interno del paziente.

Come detto in precedenza, l'osservazione competente è una componente cruciale in molte delle competenze chiave. Ciò è vero specialmente per la personalizzazione del trattamento, che richiede: il discernimento di come il cliente sia speciale e diverso rispetto agli altri, il riconoscimento dei punti di forza e delle risorse che possono essere utilizzate in terapia e un apprezzamento nei confronti delle passioni e degli interessi unici del paziente. Inoltre, è importante indagare su quelle che il cliente considera essere le proprie qualità idiosincratiche, i ricordi preferiti, i sogni a lungo termine, i bisogni più importanti, i valori più forti e le aspirazioni e desideri più profondi. Tutti ciò è una parte significativa dell'identità totale del paziente e pertanto rappresenta un potente propulsore di cambiamento.

Altri importanti fattori da osservare includono il focus dell'attenzione del paziente, improvvisi spostamenti di pensiero, l'evitamento di certi argomenti o cambi nel tono della voce quando vengono nominate certe parole, emozioni non riconosciute che possono essere viste sul viso o sulla pelle, il modo in cui il problema viene formulato dal paziente, la ripetizione di parole specifiche, gesti simbolici o metafore. Ognuno di questi elementi rappresenta uno stato speciale di consapevolezza, ognuno dei quali può essere esplorato e/o modificato per produrre nuove possibilità di scoprire una soluzione. Così, il terapeuta mira a imparare i modi di rispondere individuali unici del paziente e usa tale conoscenza per modificare la terapia che seguirà. Ciò porterà a una terapia cucita su misura e unica e ne risulterà naturalmente una relazione speciale con ogni singolo cliente.

Estendendo il lessico ad un campo più ampio, questo intero processo potrebbe essere classificato come una forma di assessment. Naturalmente, i terapeuti esperti Ericksoniani riconoscono l'importanza dell'assessment non solo durante la prima seduta, ma attraverso l'intera durata della terapia. Comunque, l'obiettivo dell'assessment non è arrivare ad una diagnosi, ma piuttosto raccogliere quante più informazioni possibili riguardo i bisogni unici, le risorse e i punti di vista che ogni persona porta in terapia. Tutto ciò che il terapeuta compie durante l'interazione con il cliente è pensato per soddisfare i bisogni di quest'ultimo. La terapia non è mai casuale o di reazione. Nonostante la priorità principale sia quella di imparare la concettualizzazione dei bisogni del paziente espressa attraverso il linguaggio, si presuppone che la conoscenza esplicita offra una visione incompleta. Le osservazioni dei processi, come la logica implicita e l'emozione inconscia, si compiono attraverso lo studio delle allusioni, dei *patterns* comportamentali e delle espressioni non-verbali. Questa informazione viene poi utilizzata per formulare un approccio alla terapia accuratamente cucito su misura.

Presupposti Centrali del Cucire su Misura

Vi è un numero di presupposti centrali che sono alla base del processo di cucire il trattamento su misura e che governano la presa di decisione clinica del terapeuta e il suo comportamento nei confronti del paziente. La conoscenza di questi presupposti permette al professionista di operare in accordo con lo spirito dell'intervento piuttosto che riproducendo meccanicamente tecniche prestabilite –

- Ogni cliente richiede un trattamento terapeutico unico
- La creatività è di per sé un meccanismo importante per la salute e quindi essenziale per la terapia
- La conoscenza diretta ottenuta dall'osservazione ha maggiore valore rispetto alla conoscenza teorica di derivazione accademica
- Alcuni dei messaggi più importanti tra le persone sono non-verbali
- Tutte le persone partono da una cornice logica che permette loro di dare senso alle cose e che dovrebbe essere usata per aiutarle a creare il senso della terapia
- Le parole scelte dai pazienti hanno un significato speciale e importanti associazioni emotive, quindi quelle sono le parole che meglio si adattano al veicolare i messaggi terapeutici

- Il cliente non dovrebbe modificare il proprio comportamento per adattarsi ai bisogni del terapeuta; piuttosto è responsabilità del terapeuta adattare il proprio stile relazionale per incontrare i bisogni del paziente
- Il miglioramento terapeutico avviene quando il cliente si sente pronto e in grado di lavorare, passaggio che non può essere previsto in una programmazione rigida o in un protocollo di trattamento
- I bisogni del cliente possono cambiare giorno per giorno così come i suoi obiettivi, perciò la terapia è un processo continuo di accurata osservazione e costante calibrazione

Esempi Operativi di Cucire su Misura

Che aspetto ha il Cucire su Misura?

Cucire su misura il linguaggio della terapia per adattarsi al cliente	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Usare le parole del cliente. Non sostituire i termini.	Usare molto gergo psicologico o termini sostitutivi.
Costruire comprensione a partire dall'esperienza diretta del paziente: usare esempi e analogie relative all'esperienza del paziente (ovvero, rispecchiare il linguaggio esperienziale del cliente).	Introdurre idee derivanti dalle più citate ricerche o teorie accademiche.
Usare metafore, simboli e analogie riferite dal cliente e trasformare queste forme di comunicazione in idee per le risoluzioni.	Introdurre idee riferite alle analogie o metafore più conosciute che sono personalmente significative per il terapeuta.

Cucire su misura lo stile di comunicazione per adattarsi al cliente	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Rispecchiare l'utilizzo della gestualità e del linguaggio non-verbale del cliente.	Rimanere fuori ritmo rispetto al cliente.
Corrispondere il tono emotivo del paziente (attraverso l'espressione facciale, il ritmo del respiro, etc.).	Usare un approccio neutrale (mostrando a stento qualsiasi emozione) o controbilanciare qualsiasi emozione negativa del paziente con emozioni più positive.
Rispecchiare la modalità comunicativa generale. Per esempio, essere diretti con chi parla in un modo diretto e schietto, indiretti con chi è molto riservato ed evitante o simbolici con chi usa simbolismi e metafore.	Il terapeuta ha il proprio unico stile comunicativo che non combacia con quello del cliente.

Aver cucito su misura l'andatura della terapia per adattarla al cliente	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Fare dei tentativi per valutare se il paziente è pronto per lavorare sulle emozioni, per parlare di sé e/o sentirsi vulnerabile. Dare il permesso alla riservatezza e all'aggiustamento dell'impatto emotivo della terapia.	Seguire protocolli standard alla terapia.
Essere in grado di stare in silenzio e aspettare il momento giusto per parlare (ovvero, fare una pausa).	Mantenere il movimento della conversazione ad una velocità costante.
Fare tentativi per valutare se il cliente è pronto al cambiamento. Offrire il permesso di cambiare ora o più tardi, poco o molto.	Esercitare pressione sul cliente perché dimostri una qualche forma di cambiamento.
Offrire il permesso al paziente di decidere la durata e la frequenza del trattamento.	Parlare al paziente delle procedure standard di pianificazione.
Modificare le procedure terapeutiche per accogliere il comportamento resistente (per esempio, a un cliente che si rifiuta di parlare si dice di passare del tempo in silenzio riflettendo sui motivi per cui è in terapia).	Entrare in una lotta di potere con il cliente.
Riconoscere i limiti del paziente.	Non fare menzione dei limiti del paziente.

Cucire su misura la logica del cambiamento per incontrare i valori, il sistema di credenze e l'esperienza personale del cliente	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Porre domande riguardo l'unicità del paziente—i modi in cui il paziente è speciale e diverso rispetto agli altri e usare questa informazione per creare un'esperienza terapeutica unica.	Focalizzarsi maggiormente sulla ricerca o sul bagaglio esperienziale del terapeuta relativo al lavoro con altri pazienti.
Porre domande la cui risposta è sì/no e che sono cucite su misura per elicitare una successione di risposte affermative consecutive (ovvero, <i>yes-set</i>).	Fare spesso dichiarazioni con cui il cliente non concorda, esplicitamente o in cuor proprio.
Fare asserzioni che contribuiscono a creare un'atmosfera di consenso e di comprensione reciproca.	Fare asserzioni che lasciano al paziente la sensazione di essere incompreso, ignorato o giudicato.
Inquadrare nuove idee all'interno del sistema di valori già esistente del cliente.	Non fare riferimento al sistema di valori già esistente del cliente.

Usare le credenze del paziente per veicolare messaggi terapeutici.

Discutere su ciò che è “vero” e contraddire il paziente.

II. UTILIZZAZIONE: Propensione ad utilizzare le caratteristiche del paziente, le dinamiche interpersonali e i fattori situazionali

Il concetto di utilizzazione è considerato da molti uno dei più grandi contributi di Erickson alla psicoterapia. In parole semplici, l'utilizzazione è una strategia psicoterapeutica che coinvolge le circostanze, le abitudini, le credenze, le percezioni, gli atteggiamenti, i sintomi e le resistenze in funzione degli obiettivi generali della terapia. Così, il terapeuta Ericksoniano impara a essere "pronto a rispondere", uno stato speciale di elevata osservazione e inclinazione alla validazione che aiuta il terapeuta a ridurre il conflitto mentre lavora per conseguire risultati significativi.

A differenza dell'ottimismo, l'utilizzazione è un'energia creativa che va un passo oltre rispetto all'atteggiamento di speranza di rispondere a qualche problema per il quale vi è una soluzione già pronta. Per esempio, il terapeuta ottimista potrebbe rispondere in modo gentile e paziente a un cliente che si rifiuta di parlare, sperando che presto il paziente trovi qualcosa da dire. Ma per il terapeuta "pronto a rispondere" e teso ad utilizzare il comportamento naturale del cliente, il suggerimento è il seguente: "Dal momento che siedi qui, in silenzio, scoprirai che ti vengono in mente molti pensieri importanti, pensieri a cui non è facile pensare, ma che meritano la tua completa attenzione." Questa è l'utilizzazione del comportamento e della situazione nel suo complesso, a vantaggio del paziente.

Nonostante un atteggiamento di accoglienza sia elemento necessario all'utilizzazione, essa da sola non è sufficiente. L'utilizzazione porta l'accoglienza un passo più avanti, trasformandola in un'azione orientata all'obiettivo, un'azione cucita su misura per adattarsi alla situazione corrente. La logica alla base dell'utilizzazione è di richiedere la cooperazione da parte dei clienti in modo tale che il soggetto sia pronto e in grado di cooperare. Per esempio, il rilassamento potrebbe essere usato con coloro che sono esausti, il riflettere in silenzio con le persone che non sono desiderose di parlare o l'insegnamento con quelli che vogliono imparare nuove skills. Allo stesso modo, si chiede agli individui altamente accondiscendenti di accondiscendere, così come si chiede ai soggetti resistenti di resistere. A coloro che non riescono a fermare un comportamento, si chiede di eseguire quel comportamento fino allo sfinimento e a coloro che sono pronti per farsi carico della propria terapia, si dà lo spazio per farlo. L'aspettativa è quella che quando il terapeuta è in grado di negoziare una serie continua di scambi cooperativi, si ottiene un riorientamento all'interno del cliente, man mano che i processi adattivi si attivano e l'auto-organizzazione sembra ancora una volta possibile. Se quest'attività subconscia potesse essere espressa a parole, probabilmente suonerebbe come "Hey! Ciò che faccio conta!".

Presupposti Centrali dell'Utilizzazione

Vi è un numero di presupposti centrali che sono alla base del processo di utilizzazione e che governano le decisioni cliniche del terapeuta e il suo comportamento nei confronti del cliente. La conoscenza di questi presupposti permette al professionista di operare in accordo con lo spirito dell'intervento piuttosto che riproducendo meccanicamente tecniche prestabilite –

- Ogni cliente necessita accoglienza e apprezzamento per ciò che lui/lei può fare

- Tutti i comportamenti hanno valore se si dà loro il giusto contesto e un obiettivo adeguato (ciò include il comportamento sintomatico, il comportamento improduttivo, la resistenza alla terapia, etc.)
- Diventare attivamente coinvolti in attività significative è di per sé un meccanismo importante per la salute e quindi essenziale per la terapia
- Il coinvolgimento cooperativo inizia con l'accoglienza del terapeuta nei confronti di qualsiasi cosa il paziente stia facendo
- La terapia inizia dalla serena accettazione di ciò che non può essere cambiato
- I comportamenti che il cliente ha provato a inibire o sopprimere sono più facili da gestire una volta che sono eseguiti con intenzione conscia
- La terapia non dovrebbe essere il tentativo di separare le persone dal bagaglio di apprendimenti proveniente dalla loro esperienza personale all'interno della famiglia, della professione, della cultura o religione.

Esempi Operativi di Utilizzazione

Che aspetto ha l'Utilizzazione?

Usare i bisogni del cliente per esercitare la scelta e il discernimento	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Fornire al cliente una scelta tra due alternative, entrambe in funzione dei bisogni del cliente (ovvero, doppio cieco).	Tentare di persuadere il cliente a seguire il sentiero scelto dal terapeuta.
Fare in modo che sia il paziente a scegliere quali parti del sintomo tenere e quali parti eliminare (ovvero, disambiguazione).	È parso che il terapeuta affronti il cambiamento da una prospettiva o-tutto-o-niente.
Suggerire l'importanza dell'azione, imminente o già avvenuta (ovvero, presa di controllo).	Tentare di cambiare il comportamento scelto dal paziente.
Descrivere il comportamento immediato del cliente e inquadralo come l'espressione di una scelta (ovvero, monitoraggio).	Ignorare il comportamento immediato del cliente.
Connettere i miglioramenti con comportamenti che sono altrimenti percepiti come indesiderabili (per esempio, il rifiuto di parlare viene collegato ad una contemplazione riflessiva e a una terapia più profonda).	Fare tentativi per insegnare al paziente come fare correttamente terapia.

Fare in modo che il paziente distingua quando e dove egli si può impegnare attivamente in un comportamento involontario (si insegna al paziente ad agire il comportamento “incontrollabile” in un momento in cui questo non gli causi problemi).	La maggior parte della terapia ha lo scopo di eliminare o sopprimere il comportamento sintomatico.
--	--

Usare l’energia/la direzione sottostanti al problema presentato per raggiungere un fine desiderabile	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Chiedere al cliente di agire in modo intenzionale alcune parti del sintomo complesso (ovvero, prescrizione del sintomo).	Discutere del comportamento sintomatico ma non fare mai un’analisi esperienziale di esso.
Cambiare il contesto in cui il comportamento sintomatico si presenta e in questo nuovo contesto il comportamento risulta più funzionale (ovvero, sublimazione).	Discutere del comportamento sintomatico ma non fare mai un’analisi esperienziale di esso.
Usare il comportamento sintomatico come una soluzione per altre aree d’interesse nella vita del paziente (per esempio, l’insonnia usata come scusa per recuperare le letture lasciate indietro).	Discutere del comportamento sintomatico ma non fare mai un’analisi esperienziale di esso.
Usare il comportamento sintomatico per un rinforzo dell’io (per esempio, “Non ho mai visto nessuno gestire una grave forma di depressione così bene...la tua capacità di reagire è straordinaria.”).	Discutere del comportamento sintomatico ma non fare mai un’analisi esperienziale di esso.
Usare la resistenza alla terapia come un mezzo per approfondire la partecipazione del cliente in terapia (ovvero, prescrivere la resistenza).	Ignorare la resistenza alla terapia, interpretare la resistenza o tentare di eliminarla.

Usare comportamenti inaspettati o eventi non pianificati per incoraggiare alcuni obiettivi terapeutici	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Usare una risposta inaspettata come un punto di partenza per il miglioramento (per esempio, dire al paziente che questa reazione è un buon segno e incoraggiarlo ad usarla per proseguire la terapia).	Trattare le risposte inaspettate come un risultato negativo.
Usare un comportamento imbarazzante o indesiderato per un fine positivo (per esempio, si dice ad un cliente che	Ignorare comportamenti imbarazzanti o

piange e poi arrossisce quanto sia importante la vulnerabilità per la terapia).	indesiderati o giustificarli educatamente.
Usare racconti di fallimento per accrescere l'aspettativa del successo futuro (per esempio, ristrutturare una ricaduta e una conseguente angoscia emotiva come una dimostrazione del fatto che la persona è pronta a cambiare).	Offrire empatia e accoglienza, ma fallire nell'accrescimento delle aspettative per risultati positivi nel futuro.
Riconoscere commenti autosvalutanti o difetti caratteriali dichiarati dal paziente e aggiungervi un beneficio terapeutico (per esempio, "Ci vuole coraggio ad ammettere.").	Non accettare l'autosvalutazione del paziente, tentare invece di offrire incoraggiamento e complimenti.
Usare le reazioni negative nei confronti del terapeuta per costruire l'alleanza (per esempio, "Avevo bisogno di sentire ciò, per aiutarti.").	Mettersi sulla difensiva quando si viene criticati dal cliente, oppure colpevolizzare il cliente.

Usare il contesto circostante per supportare e arricchire i processi terapeutici	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Usare gli eventi esterni come base per la terapia. Per esempio, le vacanze con i membri della famiglia, gite al parco o programmi di formazione presso un'istituzione locale (ovvero, terapia contestuale).	La maggior parte della discussione terapeutica è circoscritta alla stanza di terapia.
Utilizzare elementi dell'universo naturale per raccontare storie piene di possibilità, così come "oggetti sacri", puzzle, animali o altri gadget presenti nella stanza.	Le conversazioni sembrano cliniche o accademiche. Non ci sono molte connessioni con il mondo esterno.
Incontrare la famiglia al completo e creare cambiamenti nelle dinamiche che si presentano in casa (ovvero, ristrutturazione).	Focalizzarsi esclusivamente sul trattamento del cliente.

III. APPROCCIO STRATEGICO: Propensione a creare un contesto di *problem solving* auto-organizzato

In aggiunta all'enfasi posta sull'importanza di accogliere l'unicità di ogni individuo, la TE riconosce anche la struttura innata degli esseri umani come creature auto-organizzantesi o "costruttrici di vita". Erickson credeva che gli esseri umani fossero organismi intenzionali orientati verso la crescita e la sopravvivenza, con un bisogno innato di padronanza delle esperienze di vita interne ed esterne. Ciò ha come risultato un impulso verso il superamento degli ostacoli e delle sfide, attingendo alla conoscenza organica e ai momenti di vita di apprendimento. Pertanto, nella TE si presuppone che tutti gli individui abbiano un bisogno elementare teso a cercare sfide di loro scelta, puntare verso obiettivi personalmente significativi, costruire un futuro prescelto ed esercitare la volontà personale riguardo alla propria identità, alle relazioni e alla visione del mondo. Ci si riferisce collettivamente a ciò col nome di "auto-agentività".

Costruire in modo strategico l'esperienza di auto-agentività prevede di spostare la titolarità del cambiamento sul cliente. Questo è ciò che rende il *problem solving* uno sforzo trasformazionale. Parlando di questo argomento, Erickson spiegava che vi è un chiaro "spostamento dal terapeuta al paziente dell'intero fardello: sia di definire la psicoterapia desiderata, sia la responsabilità di accoglierla." Così, il *problem solving* terapeutico ha luogo all'interno della mente e del corpo del cliente. Qualunque successo realizzato come risultato della terapia appartiene per diritto, quindi, al paziente, piuttosto che al terapeuta.

*La risoluzione dei problemi non deve essere raggiunta dal terapeuta. Invece, è responsabilità del terapeuta comprendere come facilitare il lavoro interiore del paziente, usando un processo creativo che avvenga al di sotto della consapevolezza conscia. Come spiegava Erickson: "Le verbalizzazioni dei propri desideri, bisogni e intenzioni, che si trovano a livello dei processi mentali inconsci, forza gli obiettivi terapeutici a divenire gli obiettivi propri del paziente, non quelli semplicemente offerti dal terapeuta che sta incontrando."*² Qualunque attivazione di emozioni, recupero di ricordi o esercizio d'immaginazione, è progettato per ottenere questo particolare effetto. Attraverso il processo della terapia, il terapeuta sollecita un feedback sufficiente a determinare quale effetto sia stato ottenuto. Dato che le intuizioni e le scoperte del paziente vengono create intenzionalmente, questo tipo speciale di contesto di *problem solving* è chiamato generalmente approccio strategico.

Presupposti Centrali dell'Approccio Strategico

Vi è un numero di presupposti centrali che sono alla base del processo della terapia strategica e che governano le decisioni cliniche del terapeuta e il suo comportamento nei confronti del cliente. La conoscenza di questi presupposti permette al professionista di operare in accordo con lo spirito dell'intervento piuttosto che riproducendo meccanicamente tecniche prestabilite –

² Questa citazione è presa da un articolo ritenuto classico, Il Fardello della Responsabilità nella Psicoterapia Efficace, Milton H. Erickson, Amer. J. Clin. Hypnosis, 1964, 6: 269-271

- I pazienti sono più propensi al cambiamento quando vedono il loro mondo da una prospettiva di possibilità e speranza
- Le persone cambiano e crescono in risposta alle sfide
- I clienti hanno una maggiore capacità di raggiungere i propri obiettivi, rispetto a quella che riconoscono
- Gli obiettivi espressi (razionalmente) dai pazienti possono non essere così importanti per la terapia come gli obiettivi inespressi, impliciti nelle azioni e nelle emozioni
- Le persone hanno bisogno di accrescere le proprie competenze di *problem solving* allo scopo di prosperare al di fuori della terapia
- I problemi psicologici sono spesso problemi di focus; le persone si concentrano su ciò che è sbagliato, non su ciò che funziona, o si focalizzano sul perché sono infelici piuttosto che concentrarsi sul costruire un futuro migliore
- Il *problem solving* dovrebbe focalizzarsi sul futuro piuttosto che sul passato
- La motivazione ad aderire alla terapia prende vita in seno al processo di identificare i bisogni profondamente percepiti e di incoraggiare le soluzioni uniche del cliente
- L'*azione* interpersonale è considerata una fonte dell'effetto terapeutico

Esempi Operativi dell'Approccio Strategico

Che aspetto ha l'Approccio Strategico?

Rendere esplicito il ruolo del paziente come agente primario di cambiamento	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Spiegare al paziente che lui/lei detiene la chiave del cambiamento <u>o</u> che le risposte di cui lui/lei ha bisogno saranno scoperte all'interno (cioè, attribuzione interna del cambiamento)	Il paziente chiede che il terapeuta faccia cambiare comportamento a lui/lei <u>e</u> il terapeuta concorda.
La maggior parte del tempo in terapia viene speso in discussioni riguardo l'abilità del cliente di entrare in azione per risolvere il problema.	La maggior parte del tempo in terapia viene speso raccogliendo dati riguardo la storia, spiegando possibilità diagnostiche o spiegando una filosofia del cambiamento.
Viene definito il ruolo del paziente come colui che risolve il problema e il ruolo del terapeuta come risorsa di supporto (ovvero, definizione dei ruoli).	Il terapeuta prova ad aiutare offrendo soluzioni creative.

Dirigere l'energia del <i>problem solving</i> verso il problema più centrale o il bisogno più urgente, così come definiti dal paziente	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Chiedere al cliente di esprimere in termini chiari e concisi ciò che lui/lei considera il problema principale.	Usare test o altre procedure diagnostiche per determinare il problema clinico.
Chiedere abbastanza dettagli riguardanti il problema e rendere prioritaria una comprensione accurata, al punto che il paziente può essere sicuro che il terapeuta conosca il suo problema e sia coinvolto nell'aiutarlo a risolverlo.	Il terapeuta giunge frettolosamente alle conclusioni o agisce come se lui/lei conoscesse il problema del paziente meglio del paziente stesso.
Chiedere se ci sia qualcos'altro che lui/lei deve sapere perché la terapia risulti efficace	Apparire affrettati nel trarre conclusioni. Non dare al cliente abbastanza tempo per esplorare i propri pensieri.
Citare le parole del paziente riguardo ciò che lui/lei percepisce come problema.	Focalizzarsi sul dare informazioni al paziente riguardo il suo problema.
Impegnarsi in alcuni processi mirati a identificare gli elementi del problema che esistono al di fuori della consapevolezza conscia.	La definizione del problema è limitata a ciò di cui il cliente è consciamente consapevole.

Elicitare e costruire sicurezza nelle idee intuitive dal paziente su come risolvere il problema presentato	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Condurre il paziente a elaborare i propri obiettivi e poi ad onorare quei traguardi (ovvero, focus sul futuro).	Il focus della terapia è centrato sul passato e sul perché vi è un problema.
Aiutare ad identificare e integrare gli obiettivi che sono impliciti nelle azioni o nella comunicazione del cliente (ovvero, obiettivi inconsci).	La discussione degli obiettivi è limitata a ciò di cui il cliente è consciamente consapevole.
Elicitare idee del paziente su come inquadrare i compiti terapeutici sia dentro sia fuori la stanza di terapia e cooperare con quelle idee (ovvero, impegno collaborativo).	Fallire nell'elicitare una risoluzione creativa del problema da parte del paziente.
Aiutare il cliente nello sviluppo di strategie per implementare le proprie soluzioni.	Focalizzarsi sul funzionamento del processo emotivo o insistere su un approccio

	esclusivamente indiretto.
Usare l'individualità del paziente come risorsa di ispirazione per la soluzione al problema unico del paziente stesso.	Affidarsi soprattutto alla ricerca o allo studio di casi clinici per trovare possibili soluzioni.
Invitare il cliente a specificare nei dettagli concreti cosa lui o lei vuole dal terapeuta o dalla terapia (quindi, specificare i pensieri, i comportamenti o gli stati emotivi che sono obiettivi del cambiamento)	Dire al cliente di cosa lui/lei ha bisogno per avere successo, al cliente non viene dato abbastanza tempo per elaborare i propri desideri, bisogni o intenzioni/obiettivi.
Incoraggiare il paziente a definire la terapia che lui/lei pensa possa funzionare meglio e dimostrare chiara condiscendenza riguardo il suggerimento del paziente su come dovrebbe procedere la terapia.	Fallire nel sollecitare idee o riscontri da parte del paziente su come la terapia dovrebbe essere condotta.
Riconoscere le istruzioni indirette su come la terapia dovrebbe procedere e compiere un evidente sforzo per aderire (per esempio, paziente: "Vorrei che mia madre mi ascoltasse senza dare consigli". Il terapeuta ascolta, senza dare consigli.)	Fallire nell'utilizzare i feedback offerti dal paziente.
Incoraggiare il cliente ad affidarsi alle proprie capacità.	Garantire al cliente che il terapeuta è in grado di aiutare lui/lei.
Utilizzare le esperienze di vita uniche del paziente, le risorse o la sua istruzione, durante il processo di risoluzione del problema, trasferendo i gruppi di competenze da un ambito all'altro (per esempio, lavoro/casa).	Focalizzarsi sull'insegnare al paziente nuove competenze.

Amplificare la prontezza all'azione del paziente come agente primario di cambiamento	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Dirigere l'attenzione verso i risultati del cliente, i gruppi di competenze e le risorse caratteriali.	Focalizzare l'attenzione sui traumi del cliente, i fallimenti o le debolezze.
Scomporre il problema in elementi più piccoli così che esso sembri meno travolgente (ovvero, ripartizione).	Provare a risolvere troppi problemi insieme o troppo velocemente.

Usare elementi già esistenti emotivamente pregnanti	Fallire nel riconoscere che il cliente è già, in
---	--

come fonte di motivazione (per esempio, una madre che odia se stessa, ma ama il suo bambino, viene incoraggiata a lavorare sul concetto di sé per il bene del proprio figlio).	qualche modo, altamente motivato in un senso o in un altro.
Utilizzare una scala di valutazione per portare all'attenzione conscia i cambiamenti del sintomo, oppure dopo un singolo esercizio (ovvero, misurazione del sintomo).	Aiutare in modo difficoltoso il paziente a riconoscere gli esempi di cambiamento piccoli, isolati.
Porre domande che implicano successo (per esempio, "Sapevi che saresti stato in grado di farlo?" o "Ti rendi conto di avere un buon istinto e che ti puoi fidare di quel sexto senso?").	Porre domande che implicano preoccupazione, dubbi o sfiducia in ciò che il cliente sta cercando di raggiungere.
Fare qualcosa per suscitare quel tipo di emozione forte, necessaria ad indirizzare l'azione verso gli obiettivi terapeutici.	La seduta sembra insipida o emotivamente piatta.
"Sotto-stimare" intenzionalmente la prontezza del cliente al cambiamento, allo scopo di elicitare una forte reazione (per esempio, discutere su quando il paziente inizierà il lavoro o quanto cambiamento permetterà).	Provare a motivare il paziente all'azione, ma "sovra-stimare" chiaramente la prontezza del paziente al cambiamento, determinando un comportamento contrario.
Esprimere entusiasmo o gioia insieme al cliente, nel momento in cui viene raggiunto un miglioramento (ovvero, sintonizzazione affettiva).	Fallire nell'entrare in risonanza con la gioia del cliente.
Descrivere un processo più difficile o doloroso che il cliente dovrà affrontare se lui/lei non desidera cooperare con la presente terapia.	Fallire nel negoziare col cliente riguardo a come dovrebbe essere realizzata la terapia.
Usare un comportamento opposto rispetto al paziente come fonte di motivazione in una direzione positiva (per esempio, sostenere che il paziente debba mantenere una qualche percentuale del comportamento problematico).	Respingere comportamenti che non sono conformi al processo terapeutico descritto.

IV. DESTABILIZZAZIONE: Propensione a perturbare *pattern* psicologici stabili, allo scopo di incoraggiare la flessibilità e l'apprendimento

Nella TE sono numerosi i sistemi che vengono presi come bersaglio per il cambiamento. Essi includono i sistemi cognitivi, i sistemi comportamentali, i sistemi sociali e anche i sistemi biologici. Come detto in precedenza, le persone sono considerate auto-organizzantesi, ciò significa che la crescita e l'adattamento sono processi innati, se vi è sufficiente flessibilità. Ogni sistema che è troppo rigido (sia esso cognitivo, comportamentale o sociale), sarà caratterizzato da *pattern* perseverati e ripetuti nel tempo e insensibili ai cambiamenti delle richieste contestuali, tutto ciò inibisce l'adattamento. In questi casi, Erickson credeva che imparare nuovi *pattern* di pensiero e comportamento richiedesse un periodo provvisorio di destabilizzazione durante il quale fosse negata la piena espressione delle risposte condizionate.

Talvolta chiamata "tecnica della confusione", la destabilizzazione destabilizza temporaneamente il monitoraggio conscio, interrompendo l'orientamento nel tempo, nello spazio, alla persona, al movimento o al significato degli eventi. Come esempio di quest'ultimo, con qualcuno che insiste che la terapia non possa aiutarlo, la destabilizzazione viene raggiunta ponendo la domanda: "Sei certo di non aver già fatto progressi senza saperlo?". Per un ulteriore effetto, il terapeuta potrebbe aggiungere "Volevi diventare più assertivo e ora stai insistendo con sicurezza affermando che non sei diventato più assertivo." Queste domande interrompono il normale flusso del pensiero, così da creare un periodo di fluttuazione.

Durante questo periodo, il sistema di pensiero canonico è destabilizzato e, di conseguenza, più flessibile e aperto a nuove informazioni e all'esplorazione di configurazioni potenzialmente più adattive. Quando la destabilizzazione avviene all'interno del contesto di una relazione terapeutica, si presentano nuovi *pattern* di pensiero e di comportamento, o di coinvolgimento sul piano sociale, dal momento che i processi inconsci vengono riorganizzati con nuove associazioni e prospettive.

Come dichiarato altrove, nonostante l'uso dell'ipnosi non sia sinonimo degli approcci Ericksoniani, vi è una stretta associazione. I terapeuti Ericksoniani esperti spesso usano l'ipnosi formale o informale per accelerare una fluttuazione nei sistemi consci e inconsci. Ciò è in accordo con il pensiero di Erickson secondo cui l'ipnosi offre un'opportunità unica di comunicare nuove idee e nuove prospettive. Talvolta, l'induzione della trance può essere di per sé usata per catapultare il paziente in uno stato di destabilizzazione e provocare un riorientamento interno.

Con o senza l'uso dell'ipnosi, la destabilizzazione ha lo scopo di evocare curiosità e apertura a un mondo pieno di sorprese e nuove possibilità. Non è pensata per sopraffare il paziente o creare un'eccessiva dipendenza dalle idee del terapeuta. Sebbene la flessibilità nei sistemi comportamentali e cognitivi venga generalmente promossa dagli Ericksoniani, è *altresi riconosciuta l'importanza dell'integrità individuale*. In altre parole, la flessibilità del sistema è concettualizzata come una linea curva in cui il troppo (per esempio, "Non mi fido di nessuno dei miei pensieri") o il troppo poco (per esempio, "Mi rifiuto di cambiare le mie credenze") sono associati a uno scarso funzionamento. Perciò, quando viene impiegata la destabilizzazione, essa è usata solo fino al punto in cui si raggiunge un grado ottimale di

flessibilità, tale per cui il paziente è in grado di mantenere la propria integrità individuale mentre sperimenta l'apertura al cambiamento.

Presupposti Centrali della Destabilizzazione

Vi è un numero di presupposti centrali che sono alla base del processo di destabilizzazione e che governano le decisioni cliniche del terapeuta e il suo comportamento nei confronti del cliente. La conoscenza di questi presupposti permette al professionista di operare in accordo con lo spirito dell'intervento piuttosto che riproducendo meccanicamente tecniche prestabilite –

- La rigidità inibisce l'adattamento salutare e la crescita
- L'umorismo e le sorprese sono importanti per la terapia
- Le persone non sono aperte a nuove informazioni fino a che non sperimentano qualche dubbio
- Quando si nega la completa espressione ai *pattern* in essere, i processi inconsci tentano di riorganizzarsi con nuove associazioni e prospettive
- Nuove cornici di riferimento dovrebbero essere elaborate dal paziente (non dal terapeuta)
- Cambiare i pensieri delle persone non è d'aiuto quanto il raggiungimento di un ampliamento prospettico (con prospettive ampliate si trovano più opzioni e scelte)

Esempi Operativi di Destabilizzazione

Che aspetto ha la Destabilizzazione?

Destabilizzare l'orientamento alla realtà immediata del paziente	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Usare parole o idee che superano la capacità del paziente di monitorare e/o attribuire significato in modo conscio e far seguire a questo momento di dubbio informazioni utili o un suggerimento chiaramente utile (ovvero, induzione della confusione).	Confondere il paziente, ma fallire nel fornire successivamente informazioni utili.
Porre domande progettate per accrescere momentaneamente l'insicurezza e fornire motivazione per la riflessione continua e la scoperta di sé (per esempio, "Sei certo che questo sia il meglio che puoi fare?").	Esitare a porre domande che possono essere strane o imbarazzanti per il cliente.
Usare movimenti interrotti durante un comportamento frequentemente praticato, come stringere la mano, per creare confusione (ovvero, induzione con la stretta di mano).	Aiutare il paziente a rimanere orientato verso un processo di normale conversazione sociale.

Rispondere in molti modi imprevedibili, facendo uso accurato di frasi e azioni inattese, specialmente nel momento in cui degli atteggiamenti mentali in atto bloccano il miglioramento (per esempio, lanciando una pietra finta al cliente).	Le azioni e i commenti del terapeuta sono facilmente anticipabili dal cliente.
Giustapporre e collegare concetti opposti nello stesso gruppo di direttive (per esempio, accettare un “violento piacere”) (ovvero, apposizione degli opposti).	Provare a mantenere tutte le comunicazioni trasparenti e facilmente comprensibili.

Destabilizzare una prospettiva esistente riguardante un insieme di eventi, cambiando lo sfondo contestuale rispetto al quale vengono interpretati

Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Ridefinire il comportamento sintomatico in modo da ridurre il potere (magari utilizzando etichette meno cariche emotivamente) e farlo in un modo in cui il cliente pare sentirsi rafforzato (per esempio, l’uso dell’umorismo e dell’accoglienza).	Continuare a lavorare principalmente a partire dalla prospettiva portata in terapia dal cliente.
Riorientare il paziente verso il sintomo in modo tale che questo non venga più percepito come patologico o anormale (ovvero, normalizzare).	Provare a convincere il paziente che lui/lei non ha un problema o che non è così grave (la differenza è sottile ma molto importante).
Sperimentare nuovi atteggiamenti attributivi provando a dare senso al comportamento altrui (per esempio, “e se non fosse stato intenzionale?” o “e se lui fosse stato impaurito, ma lo stesse nascondendo?” o “e se lui stesse cercando di aiutarla?”).	La visione del terapeuta riguardo gli altri presenti nel mondo del paziente rimane sotto il controllo della prospettiva originaria del cliente.
Dirigere l’attenzione del paziente verso risultati aggiuntivi che lui/lei non ha considerato o previsto (che sono associati ad atteggiamenti diversi più positivi).	La visione del terapeuta dei fattori situazionali rimane sotto il controllo della prospettiva originaria del paziente.
Cambiare il significato emotivo attribuito a un particolare evento (ovvero, ristrutturazione)	Provare a portare il cliente a pensare in modo più positivo riguardo gli eventi accaduti.

Destabilizzare uno stato emotivo fisso attraverso strumenti come lo shock o l’umorismo

Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Usare una parola o un’azione scioccante per stimolare una reazione emotiva.	Usare un linguaggio offensivo o abusante, causando una rottura relazionale.

Usato una parola o un'azione scioccante per disinnescare uno stato emotivo problematico.	Provare a far cambiare stati emotivi al cliente. Il terapeuta diventa intimidatorio o arrabbiato.
Usare un umorismo terapeutico per disinnescare stati emotivi problematici.	Scherzare riguardo le difficoltà del paziente in modo da far sentire il paziente schernito o che la sofferenza da lui percepita venisse minimizzata.
Fare un commento inaspettato per il quale il cliente si sente completamente impreparato.	Fare troppi commenti inaspettati o assurdi, facendo in modo che il paziente dubiti dell'intelligenza del terapeuta.

Destabilizzare l'esperienza della realtà corporea creando la percezione di sentirsi separati da un aspetto del sé	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Usare la dissociazione ipnotica per focalizzare l'attenzione e agevolare l'"automaticità" delle prospettive e delle esperienze nuove e utili (siano esse emotive, comportamentali o fisiche).	Essere impegnati in una normale conversazione sociale che segue le regole canoniche della conduzione.
Dividere la consapevolezza in ambiti separati dell'esperienza (per esempio, "Prima puoi rivivere l'evento, ma solo vedendolo, senza emozione. Poi puoi ri-sperimentare tutte le emozioni, ma senza vedere gli eventi.").	Chiedere al paziente di rivivere dettagli troppo carichi emotivamente, tutti insieme.
Proporre una dissociazione dal sintomo o dal comportamento problematico affrontandolo come un'entità separata dal sé (ovvero, esternalizzazione).	Identificare il cliente come se fosse lui il problema, direttamente o in modo implicito.
Sperimentare diverse prospettive della persona (per esempio, esercizi di scambio dei ruoli, modificare l'identità in modo ipnotico o semplicemente domande "Cosa sarebbe successo se fosse stato fatto a te? Come ti saresti sentito/a?").	Fallire nel mostrare abbastanza interesse per la prospettiva del paziente, portandolo a sentirsi incompreso o a percepire che la propria realtà è irrilevante.
Fare esaminare al cliente le proprie esperienze da una prospettiva esterna (per esempio, come un film visto da qualcuno nella platea o dalla "prospettiva dell'occhio di un uccello" come se volasse nel cielo).	Fallire nel permettere al cliente per esaminare quelle esperienze più significative, più rivelanti per il compito di risoluzione del problema corrente.
Chiedere al paziente di personificare alcuni aspetti di sé e poi dialogarci come se fossero un'altra persona (per	Dire al paziente di fare un esercizio che lui/lei

esempio, la Sedia Vuota).	non desidera fare.
Trasformare eventi del passato, senza coinvolgimento conscio, coinvolgimento emotivo o coinvolgimento fisico (per esempio, esperienza di frazionamento).	Tentare di eseguire tutto il processo di lavoro ad un livello di consapevolezza conscia.

V. **APPROCCIO ESPERIENZIALE: Propensione a dare priorità all'apprendimento esperienziale continuo**

L'apprendimento esperienziale è il processo di apprendimento attraverso l'esperienza ed è definito più specificatamente come l'apprendimento attraverso la riflessione sull'azione. Per le terapie esperienziali in generale, il terapeuta è considerato come un facilitatore di particolari tipi di esplorazione

dell'esperienza, ma non come un esperto del contenuto dell'esperienza del cliente. Piuttosto, i pazienti sono considerati gli esperti della loro stessa esperienza e la *terapia* è pensata per essere un processo orientato alla scoperta.

Analogamente, il terapeuta Ericksoniano esperto cerca di creare ambienti esperienziali che portino alla scoperta, da parte dei clienti, delle proprie soluzioni e intuizioni riguardo questioni che prima consideravano problematiche o impossibili. Ciò che rende unica la componente esperienziale della TE è la modalità multi-livello con cui viene realizzata l'“evocazione delle soluzioni”. Gli eventi esperienziali si estendono dall'utilizzo di metafore, di allusioni indirette, di rituali curativi e di compiti ambigui, fino all'uso formale dell'ipnosi. Un'altra qualità che distingue il lavoro esperienziale Ericksoniano dalle altre terapie è il suo campo di applicazione pressoché infinito, che può variare dalla stanza di terapia, alla casa, al lavoro, a scuola o fin sopra il cucuzzolo di una montagna.

Più notoriamente, Erickson invitava sia i suoi pazienti che i suoi studenti a scalare fino alla cima di una montagna vicina per acquisire una prospettiva più ampia riguardo gli eventi della vita. Questo episodio esperienziale produceva spesso importanti idee o spostamenti di consapevolezza difficili da definire a parole. Sia che il compito includa visitare un giardino, comprare un armadio nuovo, aiutare un'organizzazione di beneficenza o intraprendere un'avventura non pianificata, gli Ericksoniani riconoscono che le esperienze possono promuovere un cambiamento di stato, di prospettiva, d'animo, fisiologico, biologico e identitario. Questi eventi esperienziali sono spesso condotti all'esterno dello studio di terapia, nel mondo naturale del paziente, allo scopo di comunicare l'idea che il processo di crescita, apprendimento e adattamento accade nella vita dell'individuo e non è limitato alla stanza in cui si svolge la terapia.

Come detto in precedenza, mentre non è necessario che il terapeuta usi l'ipnosi o cerchi di indurre stati di trance per essere considerato Ericksoniano, una delle competenze chiave di questo approccio include la capacità di riconoscere i cambiamenti negli stati di coscienza, così come le implicazioni dei suggerimenti, e di saperli usare per il bene della terapia. In ogni momento, il terapeuta esperto cerca di cogliere quei “momenti esistenziali” come occasione per inserire allusioni terapeutiche.

Se la maggior parte di tutti i terapeuti della salute mentale sono stati formati ad osservare i cambiamenti degli stati emotivi (per esempio, come una persona passa dalla tristezza alla rabbia, etc.), pochi sono stati preparati a riconoscere i cambiamenti nella consapevolezza cosciente, nel momento in cui una persona passa da un faticoso pensiero cosciente (per esempio, vigilanza) ad una assorta concentrazione riflessiva interiore (per esempio, *reverie*, sogno ad occhi aperti), ad un'attenzione altamente reattiva (per esempio, la perdita del controllo sull'orientamento alla realtà da parte dell'io). Gli Ericksoniani riconoscono il beneficio degli stati modificati di coscienza e sanno come suscitare questo processo di apprendimento e auto-organizzazione che avviene naturalmente, usando un metodo conosciuto come *induzione conversazionale*. Questa induzione naturalistica alla trance è in netto contrasto con il concetto di “fare” andare una persona in trance o controllare in qualche modo la mente del paziente. Quando viene usata un'induzione ipnotica formale, essa viene intesa come qualcosa di più di una semplice procedura per indurre uno stato di trance. Piuttosto, si tratta di un evento esperienziale che può essere utilizzato per favorire nuove possibilità. Così, il valore dell'induzione è commisurato all'abilità di creare una nuova esperienza nella mente e nel cuore del soggetto.

Di conseguenza, le sedute di terapia sono di per sé spesso progettate come un simbolico teatro di cambiamento, in cui l'imperativo è: "In virtù del fatto che stai vivendo questa esperienza, puoi essere diverso/a." Durante la terapia vengono impiegati eventi esperienziali per aiutare a consolidare la riorganizzazione dell'esperienza nel profondo. Come spiegava Erickson, "Una simile riorganizzazione ha luogo in accordo con le esperienze di vita del cliente, i suoi punti di vista, memorie, atteggiamenti e idee, e non può essere realizzata nei termini di quelli del terapeuta."³

Pertanto, la TE consiste nello sforzo di creare esperienze di apprendimento piuttosto che comprensioni intellettuali. Come con altre terapie esperienziali, anche gli Ericksoniani utilizzano l'*imagery*, il roleplay, il movimento del corpo e supporti fisici, ma in modo più unico essi includono l'utilizzo degli stati modificati e dell'ipnosi. Qualunque sia il metodo, l'approccio Ericksoniano cerca di elicitare un senso esperienziale di auto-determinazione e adattamento. Ciò viene realizzato attraverso l'integrazione di risorse cosce e inconsce, portando alla costruzione di nuove associazioni, l'accettazione di ciò che non può essere modificato e il rinforzo per compiere scelte significative nella vita quotidiana.

Presupposti Centrali dell'Approccio Esperienziale

Vi è un numero di presupposti centrali che sono alla base del processo della terapia esperienziale e che governano le decisioni cliniche del terapeuta e il suo comportamento nei confronti del cliente. La conoscenza di questi presupposti permette al professionista di operare in accordo con lo spirito dell'intervento piuttosto che riproducendo meccanicamente tecniche prestabilite –

- Le persone sono fatte per imparare dall'esperienza, piuttosto che solo attraverso istruzioni didattiche
- L'esperienza adulta e/o attuale è significativa tanto quanto l'esperienza infantile
- Le persone sono fortemente influenzate più dalle proprie sensazioni, che dalle proprie credenze e attraverso l'esperienza si acquisiscono nuove sensazioni
- Le sensazioni forti, come quelle create da un'esperienza affascinante, meravigliosa, misteriosa, bella o pericolosa, tendono a produrre cambiamenti duraturi
- L'apprendimento avviene a differenti livelli, molti dei quali esistono al di fuori della consapevolezza cosciente; perciò la comunicazione terapeutica dovrebbe estendersi al di là dei limiti del linguaggio e dell'elaborazione cosciente
- La trance ipnotica è un estremo del continuum del coinvolgimento esperienziale, attraverso il quale si può produrre una gamma illimitata di eventi esperienziali

Esempi Operativi dell'Approccio Esperienziale

Che aspetto ha l'Approccio Esperienziale?

Creare un evento con il coinvolgimento fisico che annovera elementi di mistero, novità, intrigo

³ Questa citazione è presa dal libro *Ipnoterapia*, Milton H. Erickson ed Ernest Rossi, 1980.

o riflessione profonda	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Modificare l'esperienza dei bisogni/intenzioni individuali facendo sì che il paziente parli più lentamente, con gli occhi chiusi e con la mente focalizzata su una singola idea (ovvero, assorbimento, profondità).	Il terapeuta parla troppo in fretta, o cambia frequentemente discorso, o va avanti nella conversazione.
Creare un momento di <i>reverie</i> nel quale il cliente possa valutare intimamente la natura del problema, con o senza averne memoria consapevole dopo aver completato l'esercizio.	Tentare di forzare uno stato modificato facendo andare il cliente in trance.
Usare memorie di percezioni reali appartenenti al passato esperienziale del paziente, piuttosto che comportamenti immaginati, per seminare il cambiamento (per esempio, far rivivere ad una coppia arrabbiata, un momento di reciproca compassione) (ovvero, rivivificazione).	Fallire nel fare menzione dell'esperienza passata del paziente.
Chiedere al cliente di visualizzare il futuro, così come sarà una volta risolto il problema (ovvero, visualizzazione, <i>imagery</i> ipnotica).	Focalizzare la conversazione su possibilità negative, risultati indesiderati che il cliente dovrebbe provare a evitare.

Includere alcune procedure ipnotiche (eventi extra-ordinari) finalizzati a elicitarne la conoscenza o l'abilità inconscia	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Suggerire la sensazione di un movimento automatico o privo di sforzo in qualche parte del corpo, come prova della ricettività (per esempio, ratifica attraverso la levitazione del braccio).	Offrire suggerimenti senza determinare se il paziente sia pronto a ricevere la consegna.
Suggerire una sospensione temporanea della mobilità di certe parti o del corpo intero come dimostrazione della ricettività ipnotica (per esempio, ratifica per mezzo di catalessi).	Essere troppo concentrati sul tipo di ricettività e fallire così nel riconoscere altri importanti comportamenti (per esempio, catalessi di un altro arto).
Insegnare al cliente a comunicare con la mente inconscia attraverso il movimento automatico (ovvero, segnalazione ideomotoria).	Fallire nell'uso della comunicazione diretta, come parlare, quando il cliente è pronto a farlo.
Il paziente scrive un testo o disegna immagini mentre la mente conscia è distratta (ovvero, scrittura automatica).	Passare troppo velocemente ad una questione emotiva senza aver dato al paziente il tempo per allenare la nuova

	competenza.
Cambiare l'orientamento temporale verso un momento precedente e usare i ricordi dello spontaneo <i>problem solving</i> passato, sia esso di successo sia d'insuccesso, per informare meglio il <i>problem solving</i> attuale (ovvero, regressione temporale).	La discussione delle idee e l'apprendimento dal passato sono condotti ad un livello intellettuale, senza coinvolgimento esperienziale.
Cambiare l'orientamento temporale verso un momento futuro (per esempio, "Vai nel futuro, a 10 anni da ora e guarda indietro e rifletti su questi eventi. Che messaggio avresti per il te stesso di oggi?") (ovvero, progressione temporale).	Permettere alla discussione di diventare eccessivamente focalizzata sui risultati futuri piuttosto che sull'insegnare al paziente come apprezzare il processo di acquisizione di fiducia nel sé.
Creare nuove opzioni di risposta che evocano decisioni e la realizzazione della scelta personale (ovvero, rituale).	Fallire nell'utilizzo di rituali che potrebbero avere un grande significato culturale o religioso per il cliente, usando invece un rituale terapeutico familiare al terapeuta.
Connettere il cambiamento psicologico ad un movimento involontario o a una sensazione (per esempio, ridurre il coinvolgimento emotivo usando la levitazione della mano, collegando il distacco emotivo all'esperienza della mano che si solleva dalla gamba) (ovvero, collegamento).	Fallire nel classificare i cambiamenti avvenuti, implicando che siano permanenti, senza flessibilità o che siano cambiamenti perfetti e assoluti.
Creare un collegamento psicologico tra un'esperienza e un'altra (ovvero, ancoraggio).	Fallire nell'eseguire un test e nell'accertarsi che il collegamento sia stato stabilito.

Sperimentare nuovi comportamenti e pensieri che si adattano alle limitazioni auto-imposte del paziente, mentre si cambia progressivamente il <i>pattern</i> stabilito	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nella Dimostrare Competenza
Suggerire al cliente di fare esperienza del sintomo in una nuova posizione spaziale (per esempio, spostare la paralisi di un braccio in un mignolo o una fobia ad una sedia) (ovvero, spostamento del sintomo).	Fallire nel costruire l'aspettativa che un cambiamento nella posizione del sintomo è sia possibile, sia probabile.
Suggerire al paziente di continuare a fare esperienza di un sintomo, ma con cambiamenti nella frequenza, nella durata, nel posizionamento spaziale o nel momento della giornata (ovvero, programmazione del sintomo), o aumentarne la complessità (ovvero, abbellimento del sintomo).	Fallire nell'includere il paziente nella progettazione, non chiedere al paziente di valutare quale tipo di modifica è più probabile che funzioni.
Suggerire al cliente di sostituire un sintomo altamente	<i>(Nota: questo termine ha un significato</i>

debilitante con uno nuovo, meno debilitante (ovvero, sostituzione).	<i>differente nel mondo analitico)</i>
---	--

Dare al paziente la consegna di eseguire un esercizio terapeutico tra le sedute	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Proporre attività strutturate al di fuori della stanza di terapia per promuovere un apprendimento ulteriore (ovvero, lavoro a casa, compiti terapeutici).	Provare a far fare al paziente cose che lui/lei non vorrebbe fare, determinando una lotta di potere.
Interferire con un'esperienza spontanea di ricaduta rendendola obbligatoria (ovvero, prescrivere la ricaduta).	Fallire nel riconoscere un determinato cambiamento nel comportamento, parlando al cliente come se ci fosse un desiderio parziale di tornare al comportamento precedente, quando questo non è presente.
Dire al paziente di pensare al problema o alle sue soluzioni in un luogo che ispira stupore (per esempio, mentre si fa un'escursione su una collina o si è seduti in un giardino).	Raccomandare un evento che potrebbe essere piacevole per il terapeuta, ma fallire nell'identificare un evento che potesse essere significativo per il paziente.
Incoraggiare il cliente a sperimentare nuovi contesti sociali (per esempio, entrare a far parte di una nuova organizzazione, creare nuove amicizie, frequentare un diverso tipo di persona, contattare altri membri della famiglia estesa).	Spingere il cliente a fare qualcosa, come frequentare qualcuno, prima che sia pronto o senza che sia interessato a quella possibilità.
Aiutare il paziente a costruire un rituale pensato per rendere il comportamento problematico più difficile e sconveniente (ovvero, ordalia).	ATTENZIONE: Alcuni terapeuti hanno dovuto ritirare la propria licenza dopo aver tentato un'"ordalia" in modo non competente. Tentare di punire il paziente con azioni indesiderabili o aver raccomandato al paziente di compiere una serie di azioni che causano ferite emotive o danni ad altri.

VI. APPROCCIO NATURALISTICO: Propensione a creare l'aspettativa che il cambiamento avverrà in modo automatico e naturale

Erickson insegnava che ogni essere umano è parte della natura e quindi dotato di certi poteri naturali universali. Per coloro che considerano la crescita, l'apprendimento e la libertà come intrinseci a tutte le cose viventi, ne deriva logicamente che durante la terapia, le persone dovrebbero avere la libertà di reagire in un modo che corrisponde alla naturale crescita e apprendimento o guarigione.

Erickson chiamava il proprio approccio all'ipnosi "induzione naturalistica" poiché, invece di tentare di forzare lo stato modificato di coscienza, Erickson entrava nel proprio stato di aspettativa amplificata e attenzione focalizzata. In risposta, i suoi pazienti avrebbero modificato naturalmente il proprio stato di coscienza e in quello stato, scelto liberamente, sarebbero diventati più aperti a nuove idee e proposte. Se noi guardassimo questo metodo d'induzione come analogo a ciò che può essere ottenuto con la terapia nel suo insieme, allora la terapia stessa diventerebbe un'induzione naturalistica al cambiamento. Ciò inizia con uno stato di aspettativa amplificata nel terapeuta e si conclude con una scelta libera del cliente sulla modalità in cui lui o lei farà in modo che il cambiamento si manifesti, dal momento che lui o lei eserciterà i poteri naturali della crescita e dell'apprendimento.

Si dice che essere Ericksoniano sta nell'incarnare l'aspettativa. *Nel contesto della terapia Ericksoniana, l'approccio naturalistico è un'aspettativa implicita riguardante il fatto che il cambiamento ideale proviene dall'interno.* Questo è un tipo di cambiamento che viene facilitato da processi naturali di crescita e apprendimento, piuttosto che essere indotto artificialmente attraverso agenti esterni. Per dare senso all'approccio naturalistico, è necessario credere che tutte le persone possiedono una naturale tendenza all'apprendimento e alla crescita e che, quando vi è l'opportunità, la maggior parte degli individui si impegnano per accrescere la salute e il benessere. Per ottenere questo effetto, durante il corso della terapia viene attivamente costruita un'atmosfera di aspettativa, così che le possibilità possano apparire ed essere vissute.

Come precedentemente detto, ciò ha inizio da un atteggiamento proprio del terapeuta, che consiste in una profonda fiducia nel fatto che i clienti abbiano le risposte necessarie a risolvere i propri problemi dentro di sé. Inoltre, si considera che le risposte prodotte all'interno abbiano un valore terapeutico maggiore rispetto alle risposte costruite da altri. Nello stesso modo in cui i consumatori consapevoli dei giorni nostri sono interessati perlopiù alla produzione non-OGM, i terapeuti Ericksoniani esperti usano tecniche progettate per stimolare la crescita organica. Così, le metodologie come l'induzione conversazionale, le allusioni permissive, l'ambiguità o l'effetto palla di neve, hanno lo scopo di sollecitare i naturali poteri di cambiare, che esistono all'interno della porzione inconscia di ogni mente umana. Quando ciò accade, il successo in terapia sembra avvenire automaticamente e senza sforzi consapevoli. Un cliente che ha fatto esperienza di questo, potrebbe dire "Non so come è successo, ma sono diverso. Non ho lo stesso problema di prima."

Un'altra importante aspettativa è che tutte le persone possono riorganizzare la loro esperienza del sé dall'interno, senza la mediazione del pensiero conscio diretto. Secondo Erickson, l'approccio naturalistico viene migliorato dallo sviluppo di una maggiore dicotomia (nella consapevolezza del paziente) tra funzionamento conscio e inconscio. Lavorando con un singolo individuo, Erickson si sarebbe rivolto a due sistemi psicologici: "Tu sei seduto qui di fronte a me con la tua mente conscia e la tua mente inconscia." Tra questi due, i terapeuti esperti della TE considerano i processi inconsci quelli con un maggiore accesso alla memoria, alle funzioni automatiche e una più grande capacità di processamento degli stimoli interni ed esterni.

L'inconscio viene considerato come un immenso serbatoio di tutte le esperienze di vita, codificate nel profondo e ancora accessibili per poter guidare l'individuo inconsciamente. Così, l'inconscio ha consapevolezza dei bisogni e delle esperienze sconosciuti alla mente conscia. Nella TE, è

importantissimo rivolgersi ai bisogni a livello inconscio, mentre la soluzione del problema può essere o non essere necessaria a livello conscio. Ciò è dovuto al fatto che i processi inconsci sono visti come un importante luogo di cambiamento e, talvolta, il centro più potente.

Un altro dei contributi più importanti di Erickson alla psicoterapia è il suggerimento permissivo, che è una forma di suggerimento ipnotico pensato per stimolare i processi naturalistici di crescita e apprendimento. Il suggerimento permissivo è definito come *un suggerimento con flessibilità intenzionale tale per cui il cliente può utilizzare risorse inconsce per trovare la risposta più appropriata*. Tale approccio permissivo alla terapia in generale funziona da base per la flessibilità che caratterizza la TE, poiché essa crea spazio per la massima autonomia del paziente e del terapeuta.

Sebbene il terapeuta cerchi di agire da catalizzatore del cambiamento, lui o lei non tenta di controllare i risultati del paziente. Questa differenza, sottile ma molto importante, è ciò che separa l'uso del suggerimento nell'ipnosi Ericksoniana dai tentativi più coercitivi di consegna o persuasione. Il bisogno innato di esperire libertà e un accrescimento del senso di benessere sono assolutamente essenziali per l'uso di qualsiasi tecnica della TE. Di conseguenza, i terapeuti Ericksoniani esperti contemporanei comunicano, dall'inizio alla fine, suggerimenti terapeutici che mirino all'aspettativa, piuttosto che al controllo. Per esempio, i suggerimenti a finale aperto, come: l'aiuto è disponibile (ovvero, non sei solo), il cambiamento è imminente, le risorse di cui hai bisogno sono dentro di te, tu puoi fare di più di ciò che pensi, il cambiamento è automatico, il miglioramento è evidente e la realtà, così come la conosci, è cambiata; tutto ciò fornisce spazio per la scelta individuale e l'auto-organizzazione (ovvero, autonomia).

Nella TE, i terapeuti esperti si focalizzano su ciò che il paziente riconosce di essere in grado di fare e suggeriscono un processo naturale di crescita, il quale è diretto dal paziente stesso. Tale approccio acquisisce significato da una prospettiva dell'utilizzazione (ovvero, utilizzo delle risorse esistenti) e da una prospettiva strategica (ovvero, è il cliente a possedere il processo di crescita e i futuri traguardi). A questo punto possiamo aggiungere una terza prospettiva, l'approccio naturalistico, proponendo che questo sviluppo avverrà in modo naturale e automatico.

Nella TE, ai clienti viene chiesto solo di compiere quei cambiamenti di cui essi si sentono al momento capaci. L'implicazione sottintesa è che il paziente sarà naturalmente pronto per sfide più difficili nel prossimo futuro. La conversazione informale viene usata per introdurre idee che richiamano i processi naturali. Per esempio, chiedere a una paziente cosa farà quando sarà guarita, introduce il presupposto implicito che la guarigione avverrà. Lo scopo dell'utilizzo di una forma di comunicazione che indica un significato al di là delle parole dette, è quello di stimolare il ragionamento inconscio e/o mediare emozioni e atteggiamenti impliciti. Ci si aspetta che ciò accada in accordo con i limiti delle competenze cognitive del cliente e della sua gamma di esperienza di vita.

In conclusione, è importante riconoscere che per i terapeuti Ericksoniani esperti gli interventi non sono considerati intrinsecamente terapeutici e vantaggiosi. Essi non sono agenti esterni considerati curativi a prescindere dal contesto. Piuttosto, vi è una relazione interpersonale che deve essere costruita. È l'abilità con cui la relazione viene condotta, a donare un significato speciale a queste tecniche. Ogni tecnica o strategia naturalistica deve essere fondata su una base relazionale di validazione e coltivazione. Senza quest'ultima, la tecnica è improbabile che porti a risultati positivi. *Innanzitutto, lo psicoterapeuta esperto tenta di validare la virtù del pensiero del paziente e della sua capacità di guarire,*

imparare, crescere e affrontare nuove sfide. Secondariamente, il terapeuta esperto cerca di coltivare il processo reciproco di scoperta. Mentre il cliente esplora dimensioni prima sconosciute della propria realtà soggettiva, il terapeuta si impegna nell'esplorazione di ciò che è possibile all'interno del contesto terapeutico.

Presupposti Centrali dell'Approccio Naturalistico

Vi è un numero di presupposti centrali che sono alla base del processo della terapia naturalistica e che governano le decisioni cliniche del terapeuta e il suo comportamento nei confronti del cliente. La conoscenza di questi presupposti permette al professionista di operare in accordo con lo spirito dell'intervento piuttosto che riproducendo meccanicamente tecniche prestabilite –

- Il cambiamento ideale è prodotto dall'interno
- Le persone possono riorganizzare la propria esperienza del sé (dall'interno) senza la mediazione del pensiero guidato a livello conscio
- I pazienti hanno le risposte necessarie per risolvere i propri problemi dentro se stessi
- La trasformazione terapeutica richiama tendenze naturali verso la crescita, l'apprendimento e il perseguimento di salute e benessere maggiori
- La terapia dovrebbe essere flessibile e permettere la massima autonomia del paziente, includendo opportunità di creatività, scelta e auto-determinazione
- Gli stati di coscienza caratterizzati dall'assorbimento o dall'attenzione focalizzata, favoriscono in modo particolare nuovi apprendimenti e spostamenti nella cornice di riferimento e, quindi, un processo importante di trasformazione
- Il suggerimento terapeutico è più efficace quando comunica un'aspettativa generale positiva, piuttosto che prescrivere un singolo risultato
- Il suggerimento efficace offre ai pazienti il permesso di fare ciò che avrebbero voluto fare da tanto, ma non potevano fare da soli
- Le persone sono più in salute quando imparano e crescono in accordo con i principi del cambiamento automatico e auto-organizzativo
- Un forte senso di auto-determinazione diminuisce la probabilità di ricadute e porta a un continuo sviluppo personale

Esempi Operativi dell'Approccio Naturalistico

Che aspetto ha l'Approccio Naturalistico?

Rivolgere l'attenzione alle capacità interne di apprendimento, creatività, intuizione e performance	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Suggerire che tutte le intuizioni e le scelte necessarie al	Il terapeuta è troppo veloce ad offrire

paziente saranno scoperte all'interno (ovvero, proporre auto-efficacia).	suggerimenti o fallisce nel riconoscere un bisogno genuino di informazione.
Portare il cliente a rispondere alle proprie stesse domande (ovvero, proporre auto-efficacia).	Il terapeuta è troppo veloce nel fornire risposte a tutte le domande del cliente.
Suggerire stati modificati di coscienza per evocare uno "stato di regressione" che potenzia il ricordo di informazioni apprese in un periodo di vita precedente.	Giungere ad esperienze dolorose nel passato, ma fallire nel tradurle in esperienze positive, significative.
Suggerire stati modificati di coscienza per evocare uno "stato di apprendimento" che potenzia l'abilità del cliente di trarre beneficio dall'esperienza.	Il terapeuta cerca di indurre uno stato modificato di coscienza per "controllare" il paziente.
Suggerire gli stati modificati di coscienza per evocare uno "stato di performance" che potenzia la capacità del cliente di superare le sfide difficili.	Il terapeuta si focalizza per lo più sulla propria performance e quindi fallisce nel permettere al cliente di dare valore o dimostrare la propria competenza.
Suggerire gli stati modificati di coscienza per evocare uno "stato creativo" che potenzia l'abilità del paziente nel trasformare il problema in una soluzione o risorsa.	Il terapeuta si affida esclusivamente alla propria creatività, piuttosto che cercare di generarla all'interno del paziente.
Usare metafore e aneddoti della storia di sviluppo del cliente per alludere alla naturale capacità della mente e del corpo di imparare, crescere, guarire, etc.	Rimanere esclusivamente focalizzati sul momento presente o futuro, fallendo nell'integrare terapeuticamente tutte le dimensioni temporali.
Insegnare al paziente come prendere l'iniziativa inducendo una trance ipnotica al fine di attivare cambiamenti automatici (ovvero, auto-ipnosi).	Isolare l'ipnosi alla stanza di terapia e farne proprietà esclusiva del terapeuta.

Creare opzioni di risposta che evocano un processo creativo e di auto-definizione nel cliente.	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Usare modi di dire dettagliati e precisi per veicolare idee vaghe, significati non chiari o spiegazioni o pensieri incompleti (ovvero, comunicazione parziale).	Parlare in un modo paternalistico o lasciare che il paziente si senta non intelligente o che lui/lei manchi di intuizione.
Usare figure retoriche per fare un paragone o per comunicare significati multi-livello (ovvero, metafora).	Provare a controllare ciò che aveva compreso il cliente e le sue intuizioni.

Prendere due cose apparentemente diverse e usarne una per spiegare meglio l'altra, ma senza fornire una spiegazione dettagliata (ovvero, analogie).	Fallire nel verificare cosa il paziente abbia compreso andando in cerca di feedback, assumere invece che la comunicazione sia stata chiara.
Portare il cliente a completare un esercizio simbolico senza fornire dettagli riguardo lo scopo e il significato (ovvero, compito simbolico o compito ambiguo).	Provare a "far comprendere" al cliente il concetto che il terapeuta vuole comunicare.
Usare un suggerimento ampiamente permissivo per il cambiamento (per esempio, "Tu puoi apprezzare il processo di scoperta di come ti sentirai più a tuo agio con i cambiamenti che stanno avvenendo in profondità.>").	Fare uso di suggerimenti permissivi, ma fallire nel valutare o sviluppare la disponibilità al cambiamento (ovvero, porre il carro davanti ai buoi).
Usare una prescrizione che include tutte le possibilità, sollecitando una risposta, ma senza indicare quale debba essere la risposta (per esempio, "Tu puoi dirmi solo ciò che sei pronto a rivelare e puoi mantenere segrete le cose che non sono importanti per la tua terapia.>"). (ovvero, suggerimento permissivo)	Fare uso di una prescrizione permissiva con linguaggio manifesto, ma provare poi a controllare la risposta del paziente, mandando quindi messaggi impliciti contraddittori.
Fornire una direzione alla risposta generale, lasciando aperte le specificazioni della risposta (per esempio, aver incoraggiato il cliente a fidarsi del proprio "inconscio" o della "saggezza universale") (ovvero, suggerimento aperto).	Esprimere dubbio o preoccupazione riguardo piccole parti dei pensieri o delle azioni del cliente.
Suggerire che un cambiamento non specifico è imminente e che si realizzerà quando il paziente sarà pronto (ovvero, predizione ambigua).	Usare una predizione ambigua, ma non offrire abbastanza tempo perché essa si realizzi (ovvero, scoraggiarsi troppo in fretta).

Elicitare risposte attraverso ipotesi o implicazioni, piuttosto che facendo dichiarazioni esplicite	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Usare dati di fatto evidenti o porre domande che presuppongono un imminente miglioramento, guarigione o risoluzione del problema (ovvero, presupposizione o implicazione).	Il terapeuta svende l'idea di miglioramento futuro o sembra dubitare che il miglioramento possa avvenire.
Creare una rappresentazione simbolica del cambiamento	Offrire compiti dentro e fuori la terapia, ma il

che sembra convincente per il paziente e comunicare l'idea che "In virtù di aver vissuto questa esperienza, tu sarai diverso." (ovvero, suggerimento indiretto).	paziente non si sente in grado di portare a termine questi compiti o incarichi a casa.
Usare la narrativa per sviluppare una linea generale di pensiero, ma senza fornire un'interpretazione dettagliata (ovvero, storytelling).	Raccontare storie deludenti o offensive per il cliente o che falliscono nel rivolgersi ai bisogni emotivi attuali del cliente.
Raccontare aneddoti riguardanti altri pazienti che stanno iniziando a raggiungere traguardi importanti e i dettagli dei loro casi sembrano paralleli alla situazione del cliente (ovvero, esempi di casi).	Descrivere scarsi risultati con pazienti che hanno lo stesso tipo di problema o dare l'idea che il problema del paziente sia difficoltoso.
Usare una conversazione apparentemente informale o uno storytelling per suggerire un comando implicito (ovvero, suggerimento incorporato o disseminazione).	Scherzare o condividere idee in modo informale, ma senza considerare i bisogni clinici del cliente (ovvero, chiacchiera distratta).
Usare un intervento manifesto con un individuo per trattare indirettamente altri soggetti che stanno osservando l'intervento (ovvero, trattamento parallelo).	Tentare di usare il trattamento parallelo, ma riguardo una questione che presenta differenze fondamentali tra i pazienti.
Usare un segnale o uno stimolo per elicitare una risposta automatica (ovvero, <i>minimal cues</i>).	Impiegare troppo sforzo nel sollecitare una risposta che il cliente fornirebbe senza pensarci.
Mettere alcuni elementi della conversazione o azione, che ci si aspetta essere presenti (ovvero, assenza cospicua).	Insultare accidentalmente il paziente spiegandogli cose ovvie.
Stabilire una relazione causa-effetto senza stimolare un'indagine conscia (ovvero, causalità implicita).	Fallire nel seguire associazioni significative nella terapia che hanno valore pratico per la risoluzione del problema (per esempio, identificare un alimento che sta causando i sintomi).

Proporre suggerimenti al di fuori dei confini della consapevolezza conscia	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Ripetere la stessa idea terapeutica durante una naturale conversazione, usando strumenti indiretti (ovvero, disseminazione).	Proporre un suggerimento utile, ma non verificare se viene processato a livello profondo.
Veicolare idee attraverso i mezzi delle associazioni inconscie che si costruiscono intorno a specifici oggetti o strumenti linguistici (ovvero, comunicazione simbolica).	Fallire nel portare il cliente ad identificare quali simboli o oggetti hanno pregnanza emotiva per lui o lei.

Esporre gradualmente al paziente a nuove idee e comportamenti con conseguente elaborazione avanzata del loro utilizzo per gli scopi terapeutici (ovvero, semina).	Provare a dire al paziente tutto ciò che lui o lei “ha bisogno” di sentire senza valutare se è emotivamente disponibile.
Comunicare un messaggio o un’idea al di là del livello della percezione sensoriale oppure al di là della consapevolezza conscia (ovvero, suggerimento subliminale).	Usare un suggerimento subliminale per un’idea che ha bisogno di essere capita a livello conscio e utilizzata per prendere decisioni nell’immediato.

Suggerire un’azione automatica, un pensiero, una percezione che avvengano senza sforzo in un momento più avanti nel tempo, lontano dalla stanza di terapia	
Dimostrazione di Competenza	Fallimento nel Dimostrare Competenza
Suggerire un imminente cambiamento, in un luogo lontano dalla stanza di terapia (per esempio, “Dal momento che sei entrato così bene in trance, più tardi si realizzeranno risultati positivi.”) (ovvero, consegna post-ipnotica).	Fare un lavoro ipnotico di qualità all’interno dello studio, ma poi fallire nel suggerire che i benefici continueranno nella vita al di fuori della stanza di terapia.
Suggerire il più piccolo grado di cambiamento per stabilire la possibilità di cambiare e poi proporre che questo sia un naturale processo di apprendimento.	Provare ad arrivare al cambiamento troppo velocemente, determinando una sensazione di incompetenza nel paziente o che egli si ritiri dalla terapia.
Dirigere l’attenzione ai piccoli traguardi raggiunti durante il corso della terapia, sia a casa, sia in studio, e suggerire che questi porteranno ad altri importanti cambiamenti (ovvero, effetto palla di neve).	Dirigere l’attenzione ai piccoli problemi o errori che il cliente ha perso di vista, portando il cliente a sentire che le proprie azioni non sono buone abbastanza.
Suggerire che i più piccoli traguardi, sia intenzionali, sia non intenzionali, sono la dimostrazione di una naturale crescita e di un miglioramento continuo (ovvero, effetto palla di neve).	Fuorviare il paziente suggerendo che il cambiamento possa avvenire come per magia, senza investirci tempo o energia.
Attribuire all’inconscio gli iniziali cambiamenti che il cliente crede essere casuali o comportamenti accidentali e suggerire che questi condurranno ad altri cambiamenti importanti.	Essere assorbiti dalla percezione di fallimento del cliente (o dalle critiche di qualcuno nei confronti del cliente) e fallire nel riconoscere i piccoli progressi.
Suddividere il programma terapeutico in piccoli passi o cambiamenti minimi e suggerire che essi si evolveranno naturalmente nel tempo (ovvero, partizione o frammentazione).	Nel tentativo di rendere il problema più gestibile, il terapeuta suggerisce inavvertitamente una scarsa capacità di coping o una maggiore fragilità del paziente, rispetto a quella reale.
Rispondere ad un presunto fallimento suggerendo un	Usare standard di eccessivo perfezionismo,

miglioramento futuro (per esempio, “Il cambiamento che stai cercando potrebbe avvenire dopo che la terapia sembra essere finita.”) (ovvero, predizione ambigua).	insistendo su una “cura totale” respingendo i miglioramenti diversamente raggiunti.
--	---

IV. Strumenti di Misurazione

Panoramica degli Strumenti di Misurazione

La sezione IV del manuale sul trattamento della Terapia Ericksoniana (TE) offre ai lettori strumenti pratici di misurazione che sono facili da usare, veloci da interpretare e affidabili a livello psicometrico. Ad oggi, sono stati creati due dispositivi, entrambi con punti di forza unici e sottoforma di scale riassuntive (ovvero, molteplici item che misurano lo stesso fattore).

Il primo strumento è la *Relational Foundations Scale (RFS-SC)* – Scala dei Principi Relazionali, la quale fornisce un feedback significativo sul grado di competenza esercitata dal terapeuta durante ogni seduta. La scala è progettata in modo tale da raccogliere dati qualitativi da parte del paziente (perciò, la sua esperienza soggettiva durante la terapia). Tale dispositivo può essere analizzato in modo diretto, senza alcuna codifica numerica.

Le informazioni a fine aperto raccolte con questo strumento informano i ricercatori sulla natura delle dinamiche interpersonali e sulla connessione di queste ultime con l'andamento generale. Ciò inoltre, informa i terapeuti esperti sullo stato attuale della relazione terapeutica e sulle aree che necessitano di attenzione e potenziamento. Pertanto, la RFS-SC è sia uno strumento per informare la pratica clinica, sia un dispositivo di formazione, supervisione e ricerca continua. Alcuni risultati preliminari sono contenuti in questo manuale.

Il secondo strumento è la *Core Competencies Scale (CCS-6)* – Scala delle Competenze Chiave, che fornisce un feedback significativo sulla natura dell'approccio terapeutico impiegato durante una qualsiasi seduta e sulla misura con cui esso riflette la padronanza della metodologia Ericksoniana messa in atto. Ciò fornisce ai ricercatori informazioni sul tipo di terapia che viene impiegato. Inoltre, indica ai terapeuti esperti le proprie aree di forza e di debolezza, in riferimento alle categorie di competenze della TE. Sono state stabilite delle regole che rendono possibile interpretare i punteggi e valutare il livello individuale di competenza osservato da analisti esterni.

Di nuovo, la CCS-6 è sia uno strumento per informare la pratica clinica, sia un dispositivo per la formazione, la supervisione e la ricerca continua.

SCALA DEI PRINCIPI RELAZIONALI (RFS-SC)

Scala dei Principi Relazionali (RFS-SC)

Esperienza Soggettiva nella Terapia

Paziente: _____

Terapeuta: _____

Data: _____

1. Ti sei sentito visto e/o ascoltato oggi? ___Si ___No

Se sì, allora completa la seguente affermazione:

Mi sono sentito visto e/o ascoltato soprattutto quando il mio terapeuta...

2. Ti sei sentito accolto e/o validato oggi? ___Si ___No

Se sì, allora completa la seguente affermazione:

Mi sono sentito accolto e/o validato soprattutto quando il mio terapeuta...

3. Ti sei sentito incoraggiato a fare del tuo meglio per risolvere i problemi? ___Si ___No

Se sì, allora completa la seguente affermazione:

Ciò che mi ha fatto volere lavorare sodo è stato...

4. Senti che i semi del cambiamento siano stati piantati? ___Si ___No

Se sì, allora completa la seguente affermazione:

La cosa che percepisco diversamente dopo oggi è...

La terapia mi sta decisamente aiutando:

Si No Forse

RFS-SC

Istruzioni per la Somministrazione della RFS-SC

Queste sono le istruzioni per l'utilizzo della scheda di valutazione RFS-SC, pensata per essere consegnata al paziente alla fine della seduta di terapia.

- 1. Introduzione alla scheda delle risposte:** La Scala dei Principi Relazionali (RFS-SC) contiene quattro scale che sollecitano risposte a finale aperto. Invitare il paziente a rispondere a quante domande lui o lei è in grado. Incoraggiare il cliente a rispondere con il primo pensiero che viene in mente.
- 2. Discussione delle risposte:** Dopo che il paziente completa il modulo e lo riconsegna, dare uno sguardo per vedere quali parti della terapia sono state più significative per il paziente. Questa è una buona opportunità per validare qualsiasi esperienza soggettiva significativa. Inoltre, notare se vi è qualche parte della terapia di cui il cliente sembra insoddisfatto. Se il paziente indica che la terapia non sta aiutando, chiedere *“Cosa avrei potuto fare che sarebbe stato d'aiuto?”*. Essere certi di validare ogni feedback offerto dal cliente. Non mettersi sulla difensiva o in disaccordo con le valutazioni del paziente. Essere sicuri di scrivere qualsiasi suggerimento proveniente dal cliente così da poterlo incorporare nella seduta successiva.
- 3. Crescita professionale:** La risposta narrativa fornita dal paziente sarà il pezzo più importante dei dati interpretativi prodotti da questo strumento. La competenza del terapeuta esperto verrà potenziata se lui/lei prende nota di ogni discrepanza tra ciò che si aspettava essere più significativo per il cliente e ciò che effettivamente viene riportato come più significativo. Come accordando un pianoforte, questo tipo di feedback dovrebbe aiutare il terapeuta ad affinare i dettagli dell'interazione così che si raggiunga la migliore risonanza possibile.

Il questionario completato dovrebbe essere conservato come parte della cartella clinica. Questa misurazione può essere completata ad ogni seduta. L'utilizzo più appropriato è quello con adolescenti e adulti.

Scala dei Principi Relazionali (RFS-SC)
Esperienza Soggettiva nella Terapia

Paziente: _____

Terapeuta:

Data: _____

1. Ti sei sentito visto e/o ascoltato oggi? ___Si ___No

Se si, allora completa la seguente affermazione:

Mi sono sentito visto e/o ascoltato soprattutto quando il mio terapeuta...

2. Ti sei sentito accolto e/o validato oggi? ___Si ___No

Se si, allora completa la seguente affermazione:

Mi sono sentito accolto e/o validato soprattutto quando il mio terapeuta...

3. Ti sei sentito incoraggiato a fare del tuo meglio per risolvere i problemi? ___Si ___No

Se si, allora completa la seguente affermazione:

Ciò che mi ha fatto volere lavorare sodo è stato...

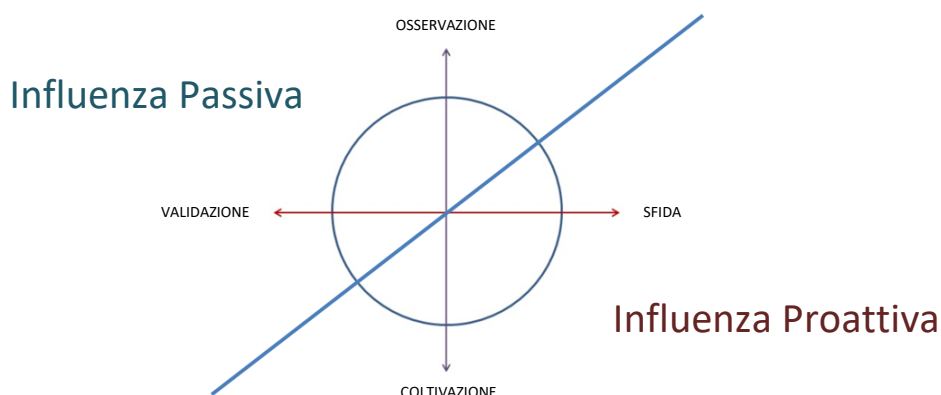
4. Senti che i semi del cambiamento siano stati piantati? ___Si ___No

Se si, allora completa la seguente affermazione

La cosa che percepisco diversamente dopo oggi è...

La terapia mi sta decisamente aiutando: Si No Forse

Risultati Preliminari



La RFS-SC è stata usata in un setting di studio privato* per raccogliere informazioni, che sono state analizzate a livello qualitativo. La maggioranza delle risposte dei clienti (97%, n=38) viene rappresentata, o riassunta, utilizzando i seguenti descrittori.

Influenza Passiva		Influenza Proattiva	
<p>OSSERVAZIONE Questi sono comportamenti riferiti dai pazienti, che li hanno aiutati a sentirsi visti e ascoltati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Feedback non verbale</u>: contatto visivo, cenno col capo, postura • <u>Porre domande</u>: fare un'indagine approfondita, cercare un'elaborazione • <u>Reattività</u>: focalizzarsi sulle questioni più profonde, rispondere a tutte le domande del paziente 	<p>COLTIVAZIONE Circostanze riportate dai pazienti, che li hanno portati ad aspettarsi che il cambiamento avvenisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Strumenti</u>: viene detto al paziente cosa fare in modo diverso a casa o a lavoro • <u>Attivazione emotiva</u>: durante la terapia vengono sperimentate forti emozioni • <u>Cambio d'umore</u>: alla fine dell'incontro, il paziente si sente meglio rispetto all'inizio
<p>VALIDAZIONE Questi sono comportamenti riportati dai pazienti, che li hanno aiutati a sentirsi accolti e validati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Supporto verbale</u>: presentare evidenze a supporto della posizione del paziente • <u>Comprensione</u>: identificarsi con le esperienze del paziente • <u>Non giudicante</u>: avere una reazione positiva a ciò per cui il cliente teme di essere giudicato/a 	<p>SFIDA Questi sono comportamenti riferiti dai pazienti, che li hanno motivati ad impegnarsi nella terapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Allineamento</u>: il focus della conversazione è in linea con gli interessi più profondi del paziente • <u>Direttive terapeutiche</u>: al paziente vengono dati compiti sfidanti da portare a termine • <u>Speranza</u>: vi è qualcosa di positivo per cui lavorare

* Questi dati sono presi dalla clientela che incontrava Dan Short o Aimee Short. Ognuno dei 38 questionari rappresenta l'opinione di un singolo paziente, preso in modo casuale, in diversi punti dell'intero processo terapeutico. Ognuno dei descrittori, visti nel diagramma, descrive in modo generale la risposta di uno o più clienti.

SCALA DELLE COMPETENZE CHIAVE (CCS-6)

Scala delle Competenze Chiave (CCS-6)

Scheda di Valutazione per l'Osservatore

Terapeuta: _____ Seduta#: _____ Esaminatore: _____
 Cliente ID#: _____ Durata: _____ min Data: _____

Cerchiare un numero tra 1-10 in base a ciò si è osservato

I. Cucire su Misura: Trattamento Personalizzato
 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 Alto: La terapia è stata personalizzata in modo da adattarsi al paziente Basso: La terapia è stata strutturata intorno a un protocollo e ad una procedura standard

II. Strategico: È Stato Creato un Contesto di Problem Solving Atuo-Organizzato
 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 Alto: Il paziente è stato preso in considerazione come problem solver principale Basso: Il paziente è stato trattato come se fosse il problema

III. Utilizzazione: Utilizzo delle Caratteristiche del Paziente, delle Dinamiche Interpersonali e dei Fattori Situazionali
 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 Alto: Il focus principale è stato accogliere e utilizzare le caratteristiche del paziente Basso: Il focus principale è stato cambiare le caratteristiche del paziente

IV. Destabilizzazione: Interruzione di Pattern Stabili per Incoraggiare la Flessibilità e l'Apprendimento
 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 Alto: La terapia ha annoverato sorprese, curiosità o nuovi modi di pensare e di agire Basso: La terapia è stata routinaria, facilmente anticipabile o guidata per lo più dal paziente

V. Esperienziale: Dare Priorità all'Apprendimento Esperienziale
 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 Alto: La terapia ha annoverato azioni su cui poter riflettere. Vi è stata un'esplorazione dell'esperienza Basso: La terapia si è basata su dare istruzioni e sulla comprensione concettuale consapevole

VI. Naturalistico: È Stata Creata l'Aspettativa che il Cambiamento avverrà in modo Naturale e Automatico
 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 Alto: È stato suggerito che il cambiamento può essere automatico e naturale, qualcosa all'interno del paziente Basso: Il cambiamento è stato basato sul potere della terapia o su conoscenza e abilità del terapeuta

Profilo delle Competenze Chiave

Analisi Multi-Dimensionale del Cluster di Competenze

PUNTI	GRUPPO DI COMPETENZE CHIAVE
1-3	I. Personalizzare il Trattamento (Cucire su Misura)
4-6	II. Creare un Contesto di Problem Solving Auto-Organizzato (Approccio Strategico)
7-9	III. Utilizzare le Caratteristiche del Paziente, delle Dinamiche Interpersonali e dei Fattori Situazionali (Utilizzazione)
10	IV. Evocare Stati Modificati per Catalizzare una Crescita Organica di Conoscenze e Competenze (Destabilizzazione)
1-3	V. Dare Priorità all'Apprendimento Esperienziale Continuo (Apprendimento Esperienziale)
4-6	VI. Creare l'Aspettativa che il Cambiamento avverrà in modo Naturale e Automatico (Approccio Naturalistico)

CCS-6

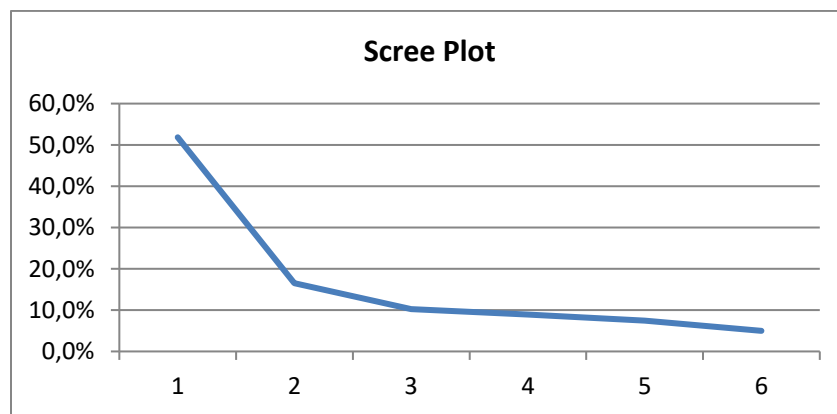
La Scala delle Competenze Chiave (CCS-6) è stata costruita per produrre misurazioni affidabili (coerenti) ed efficienti del comportamento osservabile *comune ai terapeuti esperti di Terapia Ericksoniana*. La CCS-6 *non* è una lista ufficiale di tutto ciò che può o dovrebbe accadere nella terapia Ericksoniana, ma piuttosto un tentativo di definire oggettivamente i tipi di comportamento più comunemente associati a questa particolare categoria di competenze cliniche (ovvero, la TE). A questo scopo, i dati sono stati raccolti e analizzati da un team di esperti del campo della terapia Ericksoniana che sono collettivamente responsabili di un'ampia porzione della letteratura riguardante questo argomento e forniscono insegnamento e formazione all'interno di una rete internazionale di istituti e congressi Ericksoniani.

Caratteristiche Psicometriche e Interpretazione dei Punteggi

La Scala delle Competenze Chiave (CCS-6) è uno strumento di misurazione della somma di scale (ovvero, il punteggio deriva da items multipli indipendenti), pensato e valutato seguendo il modello della *teoria classica dei test* (Nunally, 1970), la quale assume che il punteggio osservato sia composto dal punteggio vero e dall'errore di misurazione ($Y = T + E$). È necessaria una solida comprensione della dimensionalità, dell'attendibilità e della validità della scala perché i ricercatori conducano indagini che forniscano informazioni chiare.

Dimensionalità

La dimensionalità di una scala, o fattore di struttura, si riferisce al numero e alla natura delle variabili rispecchiata dai suoi items. Dal momento che la CCS-6 ha lo scopo di misurare una singola variabile, gli items della scala dovrebbero essere unidimensionali, che significa che essa produce un singolo punteggio che rappresenta l'unica dimensione riflessa dai suoi items (ovvero, la pratica Ericksoniana). L'Analisi Fattoriale Esplorativa (AFE) è il metodo di valutazione della dimensionalità delle scale psicologiche più comune. Il metodo di estrazione usato per l'AFE è stato l'Analisi Fattoriale degli Assi Principali (Principal Axis Factoring - PAF), che è un metodo più robusto rispetto ad altri. Per l'interpretazione è stato utilizzato il seguente *scree plot* (grafico decrescente degli autovalori), che è la migliore opzione disponibile per stabilire il numero di fattori sottostanti un insieme di items.



Interpretando uno *scree plot*, si auspica di trovare un chiaro “punto di livellamento”. Nel determinare il numero dei fattori, ve ne è uno in meno rispetto al numero di fattori del punto appiattito. In questo caso, il primo fattore ha una varianza pari al 51,8% del totale, dopo il quale essa scende al 16,5% e si livella. Ciò suggerisce la presenza di un singolo fattore, misurato da sei items.

Attendibilità

L'attendibilità si riferisce alla capacità di uno strumento di misurare qualcosa in modo coerente. Ciò è importante poiché lo strumento non può essere valido finché non è attendibile. La coerenza interna è uno dei mezzi di analisi dell'attendibilità, che rappresenta il grado con cui tutti gli items di un test

misurano lo stesso concetto o costrutto. L'omogeneità è il prerequisito per un'analisi significativa dell'interdipendenza (ovvero, la coerenza interna), che viene soddisfatta, in questo caso, dall'unidimensionalità degli items.

È stata prodotta una descrizione della coerenza interna attraverso l'analisi delle correlazioni tra i sei items valutati su scale indipendenti che costituiscono la CCS-6, relativa alle varianze di quegli items. L'indice di attendibilità usato per la stima è il *Coefficiente Alpha di Cronbach* $\alpha = (k/(k-1)) * [1 - \sum(s^2_i)/s^2_{sum}]$, che rappresenta la misura oggettiva di attendibilità maggiormente utilizzata. Una covarianza relativamente alta tra variabili ($\alpha = .76$) suggerisce che la somma degli items della scala misura la stessa variabilità tra gli items e quindi il punteggio è vero.

Sintesi Statistica dell'Analisi di Attendibilità

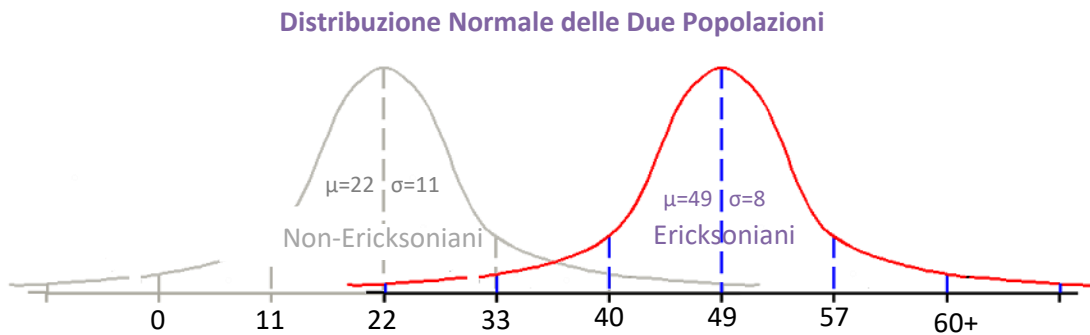
Media Cumulativa= 48.6				
Deviazione Standard= 8.3				
Alpha di Cronbach= 0.76				
Correlazione Media tra gli items= 0.7				
	Media se l'item è escluso	Dv. St. se l'item è escluso	Correlazione item-totale corretta (r)	Coefficiente Alpha se l'item è escluso
I	40	7.4	.66	.73
II	40.4	7.2	.71	.71
III	40.7	6.81	.76	.70
IV	41.6	7.0	.58	.83
V	40.3	6.9	.76	.70
VI	39.9	7.2	.74	.71

Come secondo mezzo per descrivere la coerenza interna, è stato eseguito uno *split-half test* dell'attendibilità, i cui risultati hanno mostrato due metà altamente correlate ($r = .61$).

Validità

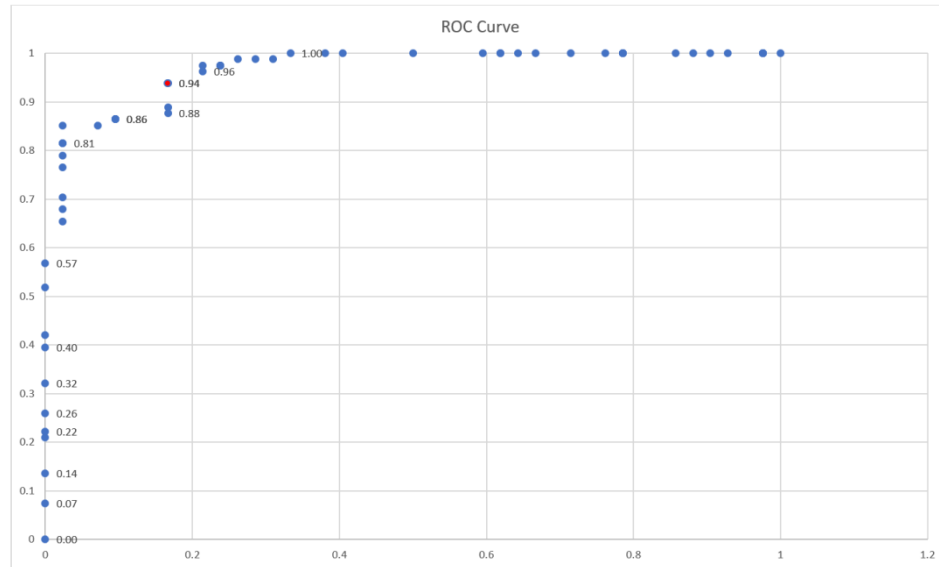
La validità si riferisce al grado con cui uno strumento misura ciò che intende misurare. Ogni studio che utilizza una misura come un indice di una variabile non direttamente osservabile (in questo caso, la competenza nella terapia Ericksoniana) deve stabilire la *validità del costrutto*, affinché i risultati dello studio siano significativi. I ricercatori stabiliscono generalmente la validità del costrutto di una misura correlando quest'ultima con un numero di altre misurazioni che dovrebbero, sul piano teorico, essere associate ad essa (ovvero, validità convergente) o che variano da essa in modo indipendente (ovvero, validità discriminante). Sfortunatamente, nel caso delle competenze chiave Ericksoniane, non sono ancora state stabilite altre misurazioni universalmente riconosciute.

Senza questo tipo di rete nomologica e dati quantitativi, lo strumento più funzionale per esaminare la validità del costrutto è quello di confrontare i punteggi ottenuti valutando noti esperti di terapia Ericksoniana con i punteggi raggiunti da celebri esperti di altri settori di terapia. Piuttosto che utilizzare un indice di correlazione positiva o negativa, è stata costruita una distribuzione di frequenza allo scopo di valutare sia la validità convergente, sia la validità discriminante. Tale metodo può essere usato per dimostrare la grandezza relativa delle differenze tra le popolazioni e per dimostrare e fornire gli intervalli di sicurezza nel prendere decisioni.



I punteggi per gli Ericksoniani variano da 32 a 65 ($M=49$, $DS=8$). I punteggi per i Non-Ericksoniani oscillano da un minimo di 0 a un massimo di 44 ($M=22$, $DS=11$). Come mostrano i grafici della distribuzione di frequenze, sembrano esserci due popolazioni distinte che possono essere identificate attraverso la CCS-6. È stato condotto un test della significatività statistica utilizzando un *t-test*. Quest'ultimo è stato scelto poiché il *t-test*, per campioni moderatamente ampi, è relativamente robusto per misurare le deviazioni dall'assunto di normalità (ovvero, varianze ineguali). Per questi campioni, vi è stato un effetto significativo dell'approccio terapeutico, $t(65)=5.01$, $p<.0001$, dando agli Ericksoniani punteggi significativamente più alti rispetto ai Non-Ericksoniani.

La capacità diagnostica della CCS-6 come un sistema di classificazione binaria (ovvero, Terapia Ericksoniana Vs Terapia Non Ericksoniana), è stata analizzata utilizzando una curva ROC (*Receiver Operating Characteristic* – Caratteristiche Operative del Ricevitore). Il punteggio con la più grande sensibilità/specificità è stato 34, portando un'eccezionale aderenza e alto punteggio nell'area al di sotto della curva ($AUC=0.970$).



La variabile manipolata per la validità discriminante (Ericksoniani VS Non-Ericksoniani) è costituita da un insieme di registrazioni di molteplici terapeuti. È stato fatto uno sforzo per controllare le differenze nelle competenze generali e gli anni di esperienza, intersecando livelli di competenza, età e genere attraverso i gruppi. Per entrambi i gruppi, sono stati selezionati tre terapeuti, nello specifico, due terapeuti di genere maschile e una terapeuta di genere femminile. I sei terapeuti, usati per stabilire lo standard di queste competenze, sono tutti considerati esperti nei loro rispettivi campi e sono di età matura (ovvero, 50-70 anni). Se tali anni di esperienza abbiano o meno gonfiato i punteggi della CCS-6 non è noto al momento. I tre terapeuti utilizzati come rappresentanti Ericksoniani sono tutti stati formati in TE in diverse città del mondo. Per i Non-Ericksoniani, sono stati selezionati tre stili di terapia: Cognitiva Comportamentale (CBT), Ipnoterapia Tradizionale e Terapia Rogersiana. Queste sono le terapie considerate più vicine all'approccio Ericksoniano e perciò utili per un test rigoroso sull'abilità discriminante. Si assume che il problema della contaminazione decrescerà nel momento in cui la TE verrà paragonata ad approcci meno simili a livello filosofico; comunque, tale idea non è ancora stata verificata.

Scheda Rapida di Riferimento per la Valutazione

I. Cucire su Misura: La terapia è stata cucita su misura per adattarsi al paziente?

- Aver cucito su misura il linguaggio della terapia per adattarsi al paziente
- Aver cucito su misura lo stile comunicativo per adattarsi al paziente
- Aver cucito su misura il ritmo della terapia per adattarsi al paziente
- Aver cucito su misura la logica del cambiamento per adattarsi ai valori, al sistema di credenze e all'esperienza personale del paziente

II. Utilizzazione: Il focus principale è stato posto sull'utilizzazione delle caratteristiche del paziente?

- Aver utilizzato il bisogno del paziente di esercitare scelta e discernimento
- Aver utilizzato l'energia/la direzione sottostante il problema presentato per raggiungere un fine desiderabile
- Aver utilizzato comportamenti inaspettati o eventi non pianificati per incoraggiare alcuni obiettivi terapeutici
- Aver utilizzato il contesto circostante per supportare e arricchire i processi terapeutici

III. Strategico: Il paziente è stato considerato come un importante *problem solver*?

- Aver reso esplicito il ruolo del paziente come agente primario di cambiamento
- Aver diretto l'energia del *problem solving* verso il problema più centrale o il bisogno più urgente, così come definiti dal paziente
- Aver elicitato e costruito sicurezza nelle idee intuitive dal paziente su come risolvere il problema presentato
- Aver amplificato la prontezza all'azione del paziente come agente primario di cambiamento

IV. Destabilizzazione: Si è tentato di interrompere i *patterns* maladattivi per stimolare nuovo apprendimento?

- Aver destabilizzato l'orientamento alla realtà immediata del paziente
- Aver destabilizzato una prospettiva esistente riguardante un insieme di eventi, cambiando lo sfondo contestuale rispetto al quale vengono interpretati
- Aver destabilizzato uno stato emotivo fisso attraverso strumenti come lo stupore o l'umorismo
- Aver destabilizzato l'esperienza della realtà corporea creando la percezione di sentirsi separati da un aspetto del sé

V. Esperienziale: È stata data priorità all'apprendimento esperienziale piuttosto che alle istruzioni didattiche?

- Aver creato un evento con il coinvolgimento fisico che annovera elementi di mistero, novità, intrigo o riflessione profonda
- Aver incluso alcune procedure ipnotiche (eventi extra-ordinari) finalizzati a elicitare la saggezza o l'abilità inconscia
- Aver sperimentato nuovi comportamenti e pensieri che si adattano alle limitazioni auto-imposte del paziente, mentre si cambia progressivamente il *pattern* stabilito
- Aver dato al paziente la consegna di eseguire un esercizio terapeutico tra le sedute

VI. Naturalistico: Il paziente ha ricevuto suggerimenti per un cambiamento che lo ha condotto verso naturali processi di crescita, apprendimento e/o guarigione inconsci?

- **Aver rivolto l'attenzione alle capacità interne di apprendimento, creatività, intuizione e performance**
- **Aver creato opzioni di risposta che evocano nel paziente un processo creativo e di auto-definizione**
- **Aver elicitato risposte attraverso ipotesi o implicazioni, piuttosto che attraverso dichiarazioni esplicite**
- **Aver offerto suggerimenti al di fuori dei confini della consapevolezza conscia**
- **Aver suggerito un'azione automatica, un pensiero, una percezione che avvenissero senza sforzo in un momento più avanti nel tempo, lontano dalla stanza di terapia**

Scala delle Competenze Chiave (CCS-6)

Scheda di Valutazione per l'Osservatore

Terapeuta: _____
Cliente ID#: _____

Seduta#: _____
Durata: _____ min

Esaminatore: _____
Data: _____

Cerchiare un numero tra 1-10 in base a ciò si è osservato.

I. Cucire su Misura: Trattamento Personalizzato

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Alto: La terapia è stata personalizzata in modo da adattarsi al paziente

Basso: La terapia è stata strutturata intorno a un protocollo e una procedura standard

II. Strategico: È Stato Creato un Contesto di Problem Solving Atuo-Organizzato

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Alto: Il paziente è stato preso in considerazione come problem solver principale

Basso: Il paziente è stato trattato come se fosse il problema

III. Utilizzazione: Utilizzo delle Caratteristiche del Paziente, delle Dinamiche Interpersonali e dei Fattori Situazionali

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Alto: Il focus principale è stato accogliere e utilizzare le caratteristiche del paziente

Basso: Il focus principale è stato cambiare le caratteristiche del paziente

IV. Destabilizzazione: Interruzione di Pattern Stabili per Incoraggiare la Flessibilità e l'Apprendimento

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Alto: La terapia ha annoverato sorprese, curiosità o nuovi modi di pensare e di agire

Basso: La terapia è stata routinaria, facilmente anticipabile o guidata per lo più dal paziente

V. Esperienziale: Dare Priorità all'Apprendimento Esperienziale Continuo

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Alto: La terapia ha annoverato azioni su cui poi riflettere. Vi è stata un'esplorazione dell'esperienza

Basso: La terapia si è basata su dare istruzioni e sulla comprensione concettuale consapevole

VI. Naturalistico: È Stata Creata l'Aspettativa che il Cambiamento avverrà in modo Naturale e Automatico

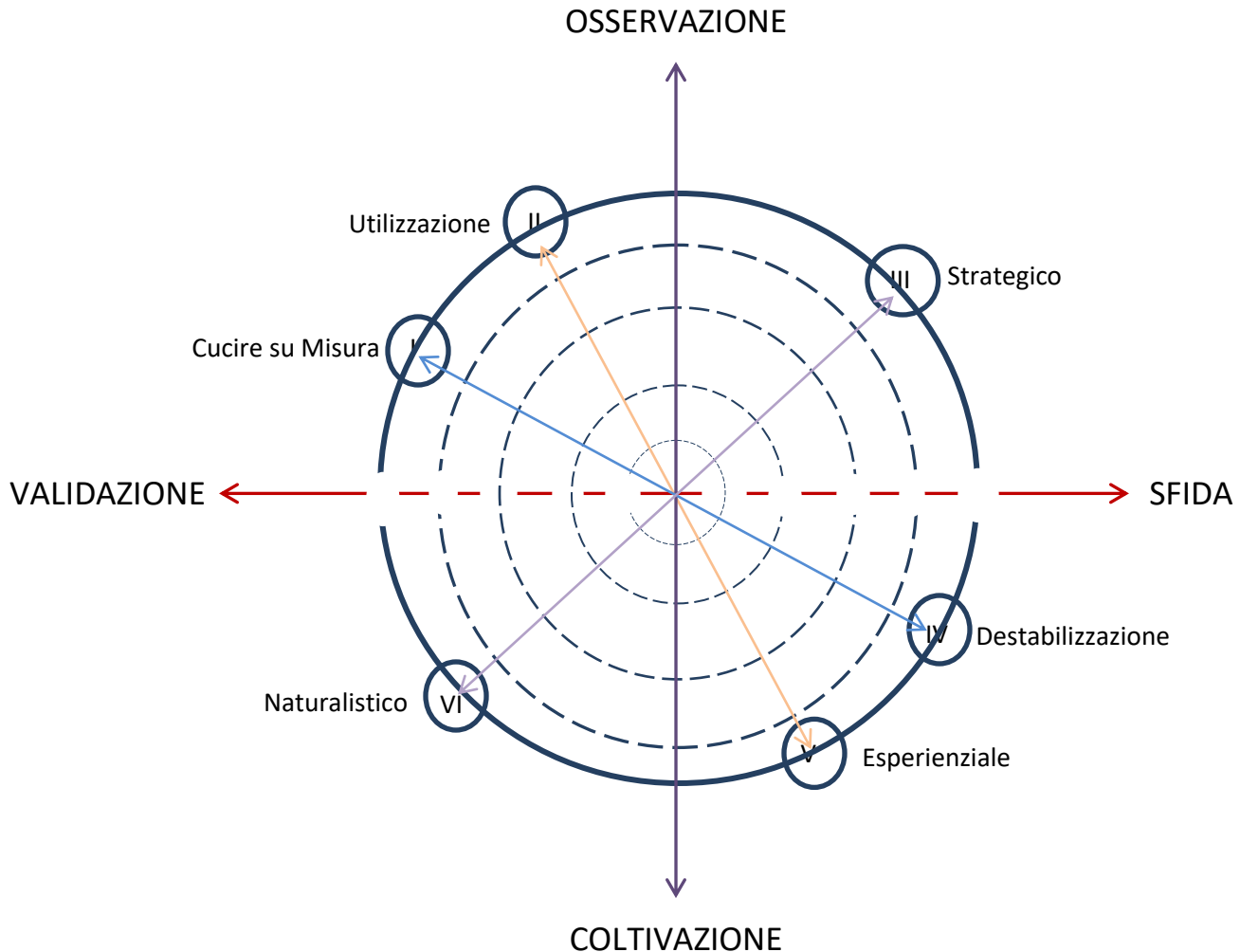
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Alto: È stato suggerito che il cambiamento può essere automatico e naturale, qualcosa all'interno del paziente

Basso: Il cambiamento è stato basato sul potere della terapia o su conoscenza e abilità del terapeuta

Profilo delle Competenze Chiave

Analisi Multi-Dimensionale del Cluster di Competenze



PUNTI	GRUPPO DI COMPETENZE CHIAVE
	I. Personalizzare il Trattamento (Cucire su Misura)
	II. Creare un Contesto di Problem Solving Auto-Organizzato (Approccio Strategico)
	III. Utilizzare le Caratteristiche personali del Paziente, delle Dinamiche Interpersonali e dei Fattori Situazionali (Utilizzazione)
	IV. Evocare Stati Modificati per Catalizzare una Crescita Organica di Conoscenze e Competenze (Destabilizzazione)
	V. Dare Priorità all'Apprendimento Esperienziale Continuo (Apprendimento Esperienziale)
	VI. Creare l'Aspettativa che il Cambiamento avverrà in modo Naturale e Automatico (Approccio Naturalistico)

Istruzioni per la somministrazione della CCS-6

Quelle che seguono sono le istruzioni per l'utilizzo della scheda dei punteggi della CCS-6.

- 1. Per cominciare:** Prima di utilizzare la scheda di punteggio per codificare la seduta (o le sedute) di terapia, dovresti familiarizzare con ognuna delle sei scale elencate nella CCS-6 e con le spiegazioni associate nella Scheda per la Valutazione. Ciò ti aiuterà a sapere a quali comportamenti prestare attenzione nel momento in cui osservi il video e agevolerà lo sviluppo di una comprensione completa di ogni gruppo di competenze. Dopo aver fatto ciò, sarai pronto per poter guardare la registrazione destinata alla codifica.
- 2. Completare la scheda di punteggio:** La scala delle competenze chiave (CCS-6), include sei sezioni precedute da numeri romani e una breve descrizione delle scale. Al di sotto della parte numerata della scala Likert (0-10) vi sono descrizioni relative ai punteggi degli estremi alti e bassi. Le risposte devono essere segnate nella casella, cercando SOLO uno degli 11 numeri all'interno dell'intervallo. Ogni sezione (I-VI) richiede un solo punteggio. L'informazione qualitativa può essere indicata nello spazio tra le sezioni (per esempio, ciò che hai osservato che ha determinato la tua scelta di un punteggio specifico). L'informazione qualitativa è opzionale.
- 3. Selezionare il punteggio:** se dopo aver guardato la dimostrazione sei in grado di ricordare un chiaro esempio in linea con la descrizione di "Alto", allora scegli un *punteggio alto* (10-8). Se tale standard sembra essere stato raggiunto parzialmente, oppure alcuni comportamenti riflettevano le descrizioni di entrambi gli estremi, scegli un *punteggio medio* (7-4). Se hai in mente un chiaro esempio della descrizione "Basso", allora scegli un *punteggio basso* (3-0).

Alcuni interventi sono sfaccettati e possono quindi soddisfare criteri in aree di competenza multiple. Se una singola frase o azione del terapeuta incontra criteri attraverso categorie multiple, allora valutala conformemente in ogni area che essa soddisfa.
- 4. Usare il grafico:** una volta che hai assegnato un punteggio in tutti i sei domini, trasferisci tali punteggi nella tabella alla fine della pagina riassuntiva. Se desideri usare il grafico come supporto visivo, posiziona una "x" sull'asse di ogni area in uno dei quattro cerchi concentrici, a seconda del valore del punteggio elencato nella tabella. In conclusione, puoi tracciare una linea da una "x" all'altra ottenendo una forma che raffiguri la misura di ogni gruppo di competenze.

Formazione e Supervisione

Come aspetto importante per l'insegnamento e la formazione, studiando l'efficacia dei terapeuti esperti, Scott Miller e colleghi hanno scoperto che il tempo e l'esperienza non incrementano in modo automatico l'incisività del professionista. Piuttosto, in media, i risultati clinici peggiorano lentamente. Risultati simili sono stati ottenuti in diversi ambiti (per esempio, nel campo dei sondaggi politici) in cui il ruolo di esperto conduce ad un'eccessiva fiducia nell'ideologia, nelle congetture (bias della disponibilità) e a una minore attenzione alle intuizioni collaborative e i riscontri critici.

In risposta a tale problema, Miller ha suggerito un processo educativo che egli chiama *pratica deliberata* (PD). Questo processo include un impegno conscio e intenzionale teso a incrementare aspetti specifici della performance individuale. Così come descritta da Miller, la PD contiene quattro ingredienti essenziali: (1) identificare obiettivi di performance appena al di sopra delle proprie abilità attuali; (2) insieme ad un coach o ad un gruppo di supervisione, sviluppare e attuare un programma con step e strategie per raggiungere quegli obiettivi di performance; (3) utilizzare strumenti di osservazione e misurazione attendibili, così da poter identificare piccole sviste ed errori e poter fornire un feedback correttivo; infine, (4) monitorare i progressi su una scala abbastanza sensibile da rilevare miglioramenti lenti ma costanti (idealmente ciò dovrebbe essere visualizzato in forma grafica così da poter studiare la linea di tendenza).

Sebbene lo strumento CCS-6 sia pensato per soddisfare standard rigorosi come dispositivo di ricerca, esso risulta abbastanza semplice da somministrare e valutare da essere utile per duplici scopi di misurazione pratica a livello di formazione universitaria o dello sviluppo professionale continuo. A coloro che desiderano eccellere nella pratica della TE, si raccomanda che il video campione del proprio lavoro venga valutato da 3 o 4 persone all'interno del contesto di un gruppo di supervisione o di un programma formativo. Anche il terapeuta soggetto della dimostrazione clinica dovrebbe valutare la seduta. Ciò offrirà un'interessante informazione riguardo l'auto-concettualizzazione del professionista e se vi sia una sotto-stima o una sovra-stima dell'abilità percepita. Il gruppo dovrebbe offrire un feedback riguardo i punti di forza. Per i punteggi più bassi è utile chiedere al gruppo consigli concreti su come tale competenza potrebbe essere migliorata in questa situazione specifica.

V. RISORSE AGGIUNTIVE

Panoramica delle Risorse Aggiuntive

La sezione V del presente manuale sulla terapia Ericksoniana (TE), contiene il materiale di riferimento che sarà di interesse per coloro che desiderano un maggiore approfondimento riguardo questo approccio alla terapia unico. Come già affermato altrove all'interno di questo manuale, se si conoscono risorse che sono state accidentalmente omesse, o dettagli che necessitano di correzione, si prega di contattare il curatore della serie così che le informazioni possano essere prese in considerazione per le edizioni future: dan@iamdrshort.com.

Lista degli Istituti Ericksoniani nel Mondo

- *Al momento, vi sono oltre 100 istituti attivi in tutto il mondo*

Storia della Milton H. Erickson Foundation

- *La Erickson Foundation è stata un punto nevralgico di leadership e della formazione a partire dal 1980, oltre ad essere custode degli Archivi Audio di Erickson e dell'Erickson Museum*

Glossario della Terminologia Ericksoniana

- *Si è cercato di dare una definizione precisa per ogni termine tecnico che appare nel manuale*

Riferimenti alle Fonti Principali

- *Molte cose sono state scritte riguardo Milton Erickson e l'ipnosi Ericksoniana, alcune esatte e altre non così corrette. I materiali in questa lista provengono da fonti attendibili e quindi sono utili per una migliore comprensione dell'approccio.*

Lista degli Istituti Ericksoniani nel Mondo

Gli Istituti Ericksoniani sono gruppi di professionisti che hanno ottenuto l'autorizzazione da parte della Fondazione ad utilizzare il nome di Milton H. Erickson nella denominazione delle loro organizzazioni. La direzione di tali istituti è affidata a professionisti che soddisfano i requisiti di idoneità definiti dalla Fondazione, fortemente raccomandati da esperti associati e in possesso di comprovate conoscenze relative ai metodi Ericksoniani. Il Comitato Direttivo della Fondazione esamina la richiesta di ogni Istituto per assicurarsi che rispetti gli standard richiesti.

Argentina

Centro Milton H. Erickson de la Ciudad de Buenos Aires

Sede: Ugarteche 3193, Ciudad Autónoma de Buenos Aires 1425, Argentina/ Telefono: 54 9 11 56915159/
Email: centroerickson@cenerick.com.ar Website: <https://cenerick.com.ar>

Instituto Milton Erickson de Cordoba

Sede: Buchardo 2065Bº PUEYRREDÓN CÓRDOBA, Argentina/ Telefono: 0351-452 3579/
Email: virginiaavedikian@gmail.com Website: <https://hipnosis-erickson.com.ar>

Instituto Milton H. Erickson de Buenos Aires

Sede: Sanchez de Bustamante 1945, PB A, Buenos Aires 1425, Argentina/ Telefono: 54-11-4823-1324/
Email: edgaretkin@gmail.com Website: <https://www.institutodehipnosis.com.ar>

Instituto Milton H. Erickson de Mendoza

Sede: ARIZU 90Sánchez de Bustamante 1945, P.B. 1GODOY CRUZ MENDOZA 5501, Argentina/ Telefono: 542614244757/
Email: puentesdecambio@gmail.com Website: <https://www.puentesdecambio.org.ar>

Milton H. Erickson de San Luis

Sede: MAIPÚ 674SAN LUIS 5700, Argentina/ Telefono: 542664435063/
Email: ericksonsanluis@gmail.com

Arizona, USA

The Milton H. Erickson Institute of Phoenix

Sede: 9855 E Larkspur Drive, Scottsdale, Arizona 85260, Stati Uniti / Telefono: 480-329-5359/
Email: hope@iamdrshort.com Website: <http://phxinstitute.com/>

Australia

Milton H Erickson Institute of Perth Western Australia

Contatto: George Burns

Sede: P.O. Box 289, Darlington 6070, Australia/ Telefono: 610421169229/

Email: georgeburns@iinet.net.au

Milton H Erickson Institute of Tasmania

Sede: 191 Campbell Street, Hobart Tasmania 7000, Australia/ Telefono: 61433273352/

Email: rob@cet.net.au Website: <http://www.cet.net.au/MHEIT/>

Belgio

Institut Milton Erickson de Belgique IMHEB

Sede: rue de la grotte, 7La Hulpe Brabant Wallon 1310, Belgio/ Telefono: 00 32 2 652 09 09/ Email: gerald.brassine@imheb.be

Website: <https://www.imheb.be>

Institut Milton H. Erickson de Liege

Sede: rue Emile Collard 30-BLiege Belgique 4030, Belgio/ Telefono: 32 4 367 31 85/

Email: institut.erickson.liege@gmail.com

Milton H. Erickson Institute of Antwerp

Sede: Amerikalei 39-4Antwerp B-2000, Belgio/ Telefono: 32 3 237 98 98/

Email: therapy@erickson.be

Brasile

Instituto de Psicologia Milton H. Erickson Juiz de Fora

Sede: Av. Barao de Rio Branco, 2872, Centro Juiz de Fora MG, Brasile/ Telefono: 55 32 3215-2171

Website: <http://www.hipnoseericksonianajf.com.br/>

Instituto Milton H Erickson de Florianopolis

Sede: Av. Rio Branco 354, Florianopolis SC 88015-203, Brasile/ Telefono: 55-48-3028-0163/

Email: sofiabauer@terra.copsicomar@terra.com.br

Instituto Milton H. Erickson Brasil Sul

Sede: Ave. Borges de Medeiros 2105 / 709Porto Alegre RS, Brasile/ Telefono: 55 51 3026 3088/

Email: ricardo.feix@me.com Website: <http://www.miltonerickson-brasilsul.com.br>

Instituto Milton H. Erickson de Belo Horizonte

Sede: Rua Conde Linhares 980Belo Horizonte MG 30380-030, Brasile/ Telefone: 55 31 3344 8447/
Email: instituto@ericksonbh.com.br Website: <http://www.ericksonbh.com.br>

Instituto Milton H. Erickson de Campo Grande-MS

Sede: Rua Pernambuco, 1.396, Campo Grande, Brasile/ Telefone: 67 3027 3565/
Email: contato@institutocrerser.com.br Website: <http://www.institutocrerser.com.br/>

Instituto Milton H. Erickson de Maceio

Sede: Rua Dr. Adauto de Pereira, 1.110Farol. Maceió Alagoas 57051-220, Brasile/ Telefone: (82) 3326-1421

Instituto Milton H. Erickson de Petropolis

Sede: Rua Saldanha Marinho, 455/311Castelanea Petropolis 25640-233, Brasile/ Telefone: 55-24-2243-0619/
Email: contato@imhep.com.br Website: <http://www.imhep.com.br/>

Instituto Milton H. Erickson de Recife

Sede: Rua Conselheiro Portela #286Recife PE CEP 52020-030, Brasile/ Telefone: 55-81-3432-9983/
Email: inst-mhericksonrecife@hotmail.com

Instituto Milton H. Erickson de Ribeirao Preto

Sede: Av. Senador Cesar Vergueiro 505, sala 21Ribeirao Preto SP, Brasile/ Telefone: 55-16-99615909/
Email: contato@miltonericksonrp.com.br Website: <http://www.miltonericksonrp.com.br/instituto/>

Instituto Milton H. Erickson do Rio de Janeiro

Sede: Praia do Flamengo, 278- Flamengo, Rio de Janeiro RJ 22210-030, Brasile/ Telefone: 55 21 2551-1032/
Email: imerj@imerj.med.br Website: <http://www.imerj.med.br>

Instituto Milton H. Erickson Vale de Aco

Sede: Av. Japao, 967 Carirulpatinga MG 35160-119, Brasile/ Telefone: 55-31-9991-4308/
Email: morellileonardo@hotmail.com

Instituto Milton H.Erickson do Espírito Santo

Sede: Bairro de Lourdes, Rua Santa Rita de Cássia nº 129 Vitória 29042-753, Brasile/ Telefone: 55(27) 33231617/
Email: miltonerickson.es@gmail.com Website: <http://www.institutomiltonerickson-es.com>

Instituto Milton Hyland Erickson de Brasília

Sede: SEPS 707/907 – Ed. San Marino, salas 227/228Asa Sul Brasilia DF 70390-078, Brasile/ Telefone: 55(61)4101-5087/
Email: contato@imhedf.com.br Website: <http://www.imhedf.com.br>

Milton H. Erickson Institute Of Campinas

Sede: Dr. José de Campos Novaes Street, n. 256. Vila Eliza, Campinas São Paulo 13023-290, Brasile/
Telefone: +55 (19) 3237-3388 / +55 (19) 3237-3516/
Email: contato@miltonerickson.com.br Website: <http://www.hipnosecampinas.com.br>

Milton H. Erickson Institute of Sao Paulo/ Brazil

Sede: Alameda Jurupis, 351- Moema, São Paulo 4078011, Brasile/ Telefone: 55 11 5585 3372/
Email: hipnoterapia@hipnoterapia.com.br Website: <http://www.hipnoterapia.com.br>

Bulgaria

The Milton H. Erickson Institute of Sofia

Sede: Solunska str. N. 23Sofia 1000, Bulgaria/ Telefono: 359/2/59 20 74

California, USA

Los Angeles Erickson Institute

Sede: PO Box 1222, Lomita CA 90717-5222, Stati Uniti/ Telefono: 310-230-7787/ Telefono: 310-454-6226

Milton H. Erickson Institute of the California Central Coast

Sede: 125 Howard Avenue, Los Osos CA 93402, Stati Uniti/ Telefono: 805-528-0200

Website: <https://ernestrossi.com/mhe-ccc/index.html>

Southern California Society for Ericksonian Psychotherapy and Hypnosis

Sede: 1440 East Chapman, Orange CA 92866, Stati Uniti/ Telefono: 949-495-1164

Personal Email: info@scseph.org Website: <https://www.SCSEPH.org>

The Milton H. Erickson Institute of San Diego

Sede: P.O. Box 487Fallbrook California 92088-0487, Stati Uniti/ Telefono: 760-402-9100/

Email: diane@yapko.com

The Milton H. Erickson Institute of the Bay Area

Sede: 1398 Solano Avenue, Albany CA 94706, Stati Uniti/ Telefono: 510 464 1140/

Email: training.MHEIBA@gmail.com Website: <https://www.miltonherickson.com>

Canada

L'Institut Milton H. Erickson de la Ville de Quebec

Sede: 646 Rene Levesque, Quebec City Que GG1S 1S8 Canada/ Telefono: T418-681-8545/ Fax: F 418-681-3435/

Email: gnadeau@oricom.ca

L'Institut Milton H. Erickson du Quebec, Inc.

Sede: 33 chemin Beaudette, Canton-de-Hatley Quebec J0B 2C0 Canada/ Telefono: 819-842-4549/

Email: ericksonquebec@ericksonquebec.org Website: <http://www.ericksonquebec.org>

Milton H. Erickson Institute of Montreal (IMHEM)

Sede: 71 Brookside ave., Beaconsfield Quebec H9W5C5 Canada/ Telefono: 514 990 0449/

Email: milton.erickson.montreal@gmail.com Website: <http://www.imhem.com>

Milton H. Erickson Institute of Toronto

Sede: 790 Bay St, Suite 1038 Toronto Ontario M5G 1N8 Canada/ Telefono: 4162806442/

Email: ap@annettepoizner.com

Cile

Instituto Milton H. Erickson de Santiago

Sede: Marchant Pereira 550 Providencia Santiago, Cile/ Telefono: 56 2 23414572/

Email: institutoerickson@institutoerickson.cl Website: <http://www.institutoerickson.cl/>

Delaware, USA

The Milton H Erickson Institute of Fenwick Island

Contatto: Joseph Hicks,

Sede: 33124 Lighthouse Road, Selbyville Delaware 19975, Stati Uniti/ Telefono: 1-302-436-5868

Inghilterra

The Milton H. Erickson Institute of London

Sede: 68 Rookesley Road, Orpington, Kent UK BR5 4HJ, Regno Unito/ Telefono: 44 77 8926 7004/

Email: heleen.d.malherbe@gmail.com Website: <https://www.ericksoninstitutelondon.org>

Francia

Institut Milton H. Erickson de la Region Lemanique

Sede: 8, Rue Du Mont Blanc, Annemasse F – 74100 ANNEMASSE, Francia/ Telefono: 00 33 450 38 35 91/

Email: guychedeau@hotmail.com Website: <http://www.hypnose-formation.org>

Institut Milton H. Erickson de Nantes

Sede: 20, Rue Mercoeur, Nantes 44000/ Telefono: 33-02-40-48-77-39/

Email: tservillat@free.fr Website: <http://www.imhena.com>

Institut Milton H. Erickson de Rennes Bretagne (IMHERB)

Sede: 25b, Boulevard de la Liberte\`Rennes 35000 Francia/ Telefono: 33-648-55-27-26/

Email: president.imherb@gmail.com Website: <http://www.hypnose-bretagne.org>

Institut Milton H. Erickson de Reze

Sede: 15 Avenue Louise Michel, Reze 44400 Francia/ Telefono: 0033 240 403 215/

Email: contact@rime44.com Website: <http://www.rime44.com>

Institut Milton H. Erickson Ile-de-France

Sede: 106, rue Vieille du Temple, Paris Francenone 75003, Francia/ Telefono: 33 (0)1 40 36 04 94/

Email: imheidf@gmail.com Website: <http://imheidf.wordpress.com>

Institut Milton H. Erickson Nice, Cote D'Azur

Sede: 21, rue Tonduti de l'Escarene, Nice 06000, Francia/ Telefono: 33-93-04 93 13 81 69/

Email: contact@abchypnose.fr Website: <http://www.abchypnose.fr/>

L'Institut Milton H. Erickson D'Avignon-Provence

Sede: B.P. 82 1 Avenue Jules Ferry, Vaison la Romaine 84110, Francia/ Telefono: 33-490-36-19-31

Website: <http://www.hypnose-clinique.com/>

L'Institut Milton H. Erickson de Nord de la France

Sede: 59, Boulevard Pater, Valenciennes Francia 59300/ Telefono: 33-62-49-80-40-4/

Email: info@espacedupossible.org Website: <http://www.espace-du-possible.org>

L'Institut Milton H. Erickson de Normandie

Sede: 33, rue de Beaunay, Bihorel 76420, Francia/ Telefono: 06 72 93 81 62/

Email: contact@hypnose-normande.fr Website: <http://www.hypnose-normande.fr/>

L'Institut Milton H. Erickson du Rhone

Sede: 21, place Jules Grandclément, Villeurbanne 69100 Francia/ Telefono: 33-4-72-65-62-46/

Email: contact@imher.fr Website: <http://www.imher.fr>

L'Institut Milton H. Erickson Mediterranee de Toulon-Marseille

Sede: 151 Chemin de Chateauvallon, La Ferrane Ollioules 83190, Francia/ Telefono: 33 0 4 94 18 97 21/

Email: erickson.medite@wanadoo.fr Website: <http://www.laferrane.com>

Milton H Erickson Institute of Toulouse Occitanie

Contatto: Maryse Benezet,

Sede: 1 rue Sainte Nathalie, Apt 203Toulouse 31200, Francia/ Telefono: 05 61 48 22 13/

Email: hypnose.toulouse@gmail.com Website: <https://www.imheto.com>

Germania

Milton H. Erickson Gesellschaft Fur Klinische Hypnose

Sede: WaisenhausstraBe 55, Munchen 80637, Germania/ Telefono: 49 89 34029729/

Email: kontakt@meg-hypnose.de Website: <http://www.MEG-hypnose.de>

Milton H. Erickson Institut Berlin

Sede: Wartburgstrasse 17, Berlin D-10825, Germania/ Telefono: 49-30-781-7795/

Email: mail@erickson-institut-berlin.de Website: <http://www.erickson-institut-berlin.de/>

Milton H. Erickson Institut Hamburg

Sede: Eppendorfer Landstrasse 56, Hamburg D-20249, Germania/ Telefono: 49-40-480-3730/

Email: meiss@on-line.de Website: <http://www.milton-erickson-institut-hamburg.de>

Milton H. Erickson Institut Heidelberg

Sede: Im Weiher 12, Heidelberg D-69121, Germania/ Telefono: 49-6221-410941/

Email: office@meiheide.de Website: <http://www.meiheide.de>

Milton H. Erickson Institut Koln (Cologne)

Sede: Hultzstrasse 21, Koln 50933, Germania/ Telefono: 0221-9405270/

Email: webmaster@meik.de Website: <http://www.meik.de>

Milton H. Erickson Institute Rottweil

Sede: Bahnhofstr. 4, Rottweil BW 78628, Germania/ Telefono: +49 741 41477/

Email: kontakt@meg-rottweil.de Website: <http://www.meg-rottweil.de>

Indiana, USA

Milton H. Erickson Institute of Jeffersonville

Sede: 230 E. Maple230 E. Maple, Jeffersonville IN 47130, Stati Uniti/ Telefono: 812-282-5352

Personal Email: Lentzhome@aol.com

Italia

Milton H. Erickson Institut Alto Adige

Sede: C/o Lichtenburg – Stiftung St. Elisabeth, Via Vilpianer 27, Suditrol, Nalles 39010, Italia/ Telefono: +39 0471 057100/

Email: bidungshaus@lichtenburg.it

Milton H. Erickson Institute of Capua

Sede: Via San Tommaso 42, Capua Campania 81043, Italia/ Telefono: +39 823969305/
Email: edelcast@tin.it Website: <http://www.ipnosiautobiografica.it>

Milton H. Erickson Institute of Naples

Sede: IIPR Via Maria Cristina di Savoia, N° 18\c, Napoli 80122, Italia/ Telefono: +39 0812461621/
Email: ijprnapoli@libero.it

Istituto Milton Erickson di Padova

Sede: Centro Padovano di Terapia della Famiglia Srl, Via Martiri della Libertà, 1, Padova 35137, Italia/
Telefono: +39 049 8763778 Email: info@cprf.org Website: <https://imepd.it/>

Scuola di Ipnosi e Psicoterapia Ericksoniana

Sede: Viale Regina Margherita 269, ROMA ITALIA 198, Italia/ Telefono: +39 06 8548205/
Email: IPNOSII@GMAIL.COM Website: <http://www.scuolaipnosi.org>

Società Italiana di Ipnosi

Sede: Corso Trieste, 146, Roma 00198, Italia/ Telefono: +39 06 85 48 205 Email: ipnosii@gmail.com
Website: www.societaipnosi.it

Lussemburgo

Institut Milton H. Erickson de Luxembourg

Sede: ZithaKlinik36, rue Ste Zithe, Lussemburgo LU L-2763/ Telefono: +(352) 621 23 08 64/
Personal Email: contact@imhel.lu Website: <http://www.imhel.lu>

Maryland, USA

Maryland Institute for Ericksonian Hypnosis & Psychotherapy

Sede: 6118 Park Heights Avenue, Baltimore Maryland 21215, Stati Uniti/ Telefono: 410-358-1381/
Email: Hillelzeitlin@gmail.com Website: <http://Hillelhypnotics.com>

Messico

Centro Ericksoniano de Mexico AC

Sede: Heriberto Frías 1439 – 404Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, México D,F. 3100, Messico/
Telefono: 0052 55 8500 6161/
Email: tere@grupocem.edu.mx Website: <http://www.grupocem.edu.mx>

Instituto de Estudios Superiores Milton H. Erickson de La Paz

Sede: Brecha California esq. Guaycuras # 1015La Paz Fracc. Juarez, Messico/ Telefono: 526121220000/
Email: venydescubre@hotmail.com Website: <http://www.venydescubre.com.mx>

Instituto Milton H Erickson de Cancun

Sede: Copan Lt 10 MZ 5Col SMZ 39 Residencial Paraiso, Cancun Quintana Roo 77507, Messico/ Telefono: 52 (998) 848 01 18/
Email: cancun@grupocem.edu.mx ceci@grupocem.edu.mx Website: <https://www.grupocem.edu.mx>

Instituto Milton H. Erickson de Chihuahua

Sede: Av. Agustin Melgar #4107Chihuahua Chih C.P. 31300, Messico/ Telefono: (614) 424 2517
Personal Email: direccion@mericksonchih.edu.mx Website: <http://www.mericksonchih.edu.mx>

Instituto Milton H. Erickson de Ciudad Nezahualcoyotl

Sede: Durango # 10 – int.30Colonia Roma Norte, Delegacion Cuauhtemoc D.F. 06700, Messico/ Telefono: 0052 55 57664330/
Email: hipnosisneza@hotmail.com Website: <https://hipnosisypsicoterapia.mx>

Instituto Milton H. Erickson de Cuernavaca

Sede: Copalera 106Col. Lomas de Cortes, Cuernavaca, Morelos CP 62240, Messico/
Telefono: 777 1 00 08 92/ Fax: 777 3 11 30 85/
Email: ceci@grupocem.edu.mx

Instituto Milton H. Erickson de Guadalajara

Sede: Av. Paseo de la Arboleda # 960Col. Jardines del Bosque, Guadalajara Jalisco 44520/
Telefono: (33) 3642 93 96 / (33) 3122 3178/
Email: informes@imheg.com

Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de Mexico

Sede: Tejocotes #43 Depto 101Col. Del Valle DF 03100, Messico/ Telefono: 55-559-2554/
Email: administracion@institutoerickson.com.mx Website: <https://www.institutoerickson.com.mx>

Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de Xalapa (IMHEX)

Sede: Privada de Juan de la Barrera #30Col. Obrerors Textiles, Xalapa Veracruz 91000, Messico/ Telefono: 52-228-8-18-57-61/
Email: martacam2000@yahoo.com.mx

Instituto Milton H. Erickson de Leon

Sede: Ave. Guanajuato # 1401 Colonia Jardines del Moral, Leon Guanajuato 37160, Messico/
Telefono: +52 477 717 5828/ Fax: +52 477 779 5347/
Email: antoniodlm@telmexmail.com Website: <https://www.hipnoterapia.com.mx>

Instituto Milton H. Erickson de Merida Yucatan

Sede: Calle 31# 189 A por 18 y 20 Col. México Oriente, Mérida Yucatán 97137, Messico/ Telefono: 529999272177/
Email: live-azul@hotmail.com

Instituto Milton H. Erickson de Monterrey

Contatto: Dr. Ruperto Charles Torres

Sede: Col. San Jeronimo, Monterrey NL CP 64640, Messico/ Telefono: 52-81-8343-5102/

Email: ruchata@hotmail.com Website: <https://www.centrodecrecimiento.com>

Instituto Milton H. Erickson de Puebla

Sede: Cerrada de Tulipanes 52Col. Ex Hacienda de Morillotla, Puebla San Andrés Cholula 72810, Messico/

Telefono: 5212225470902/

Email: institutoericksonpuebla@portaldeluz.com.mx Website: <https://terapia.net>

Instituto Milton H. Erickson de San Luis Potosi

Sede: Calle Napoles 264Las Mercedes, San Luis Potosi S.L.P. CP 78394, , Messico/ Telefono: 52 01 444 183 9361/

Email: miltonhericksonslp@hotmail.com Website: <https://www.mherickson.site50.net>

Instituto Milton H. Erickson de Tijuana

Sede: Blvd. Diaz Ordaz No. 4508-302Fracc. Las Palmas, Tijuana BC 22650, Messico/ Telefono: 01152 (664) 6080726/

Email: jalmada44@hotmail.com

Instituto Milton H. Erickson Lomas Verdes

Sede: Circuito Médicos 17-402 Ciudad Satélite, Naucalpan Edo. Mex. 53100, Messico/ Telefono: (52) 55 53435766/

Email: kinantah@yahoo.com.mx Website: <https://institutomiltonerickson.mx>

Milton H. Erickson Institute of Mexicali

Sede: Ave. Alvaro Obregón no. 743-4 Zona Centro, Mexicali B.C. 21100, Messico/

Sede: 1646 Sourwood PICHula Vista California 91915, Stati Uniti/

Telefono : 011521 686 946 0431/ Telefono: 011511 686 157 6564/

Email: imhericksonmxli@yahoo.com

Milton H. Erickson Institute of Tuxtla Gutiérrez

Sede: Av. Real de 14 Número 201Condominios San Cristóbal, Tuxtla Gutiérrez Chiapas 29038, Messico/

Telefono: 52-55-5575-2315/

Email: rafaelnunez@institutoerickson.com.mx Website: <https://www.institutoerickson.com.mx>

Paesi Bassi

Milton H. Erickson Institute of The Netherlands

Sede: Kamerlingh Onnesweg 68 – 51223 JL Hilversum, Paesi Bassi / Telefono: 035-7725139/

Email: hanslbenniks@live.nl

New York, USA

New York Milton H. Erickson Society for Psychotherapy and Hypnosis

Sede: PO Box 462 Carruth Center, WVU, PO Box 6422 New York NY 10024, Stati Uniti/ Telefono: 347-391-5104/
Email: info@nyseph.org Website: <https://www.nyseph.org>

Nuova Zelanda

Milton H Erickson Institute of Wellington

Sede: 9th Floor CMC Building 89 Courtenay Place, Wellington 6011, Nuova Zelanda/ Telefono: 04 385 6998/
Email: cmc89@xtra.co.nz

Ohio, USA

The Milton H. Erickson Society of Dayton

Sede: 440 Fairfield Pike, Yellow Springs Ohio 45387, Stati Uniti/ Telefono: 937 767 1854/
Email: rubin.battino@wright.edu

Oregon, USA

Milton H. Erickson Institute of Portland

Sede: 1306 SW Bertha Boulevard, Portland OR 97219, Stati Uniti/ Telefono: 503-293-1811
Personal Email: affinity@bigplanet.com Website: <https://www.affinitycounselingandhypnosis.com>

Pennsylvania, USA

The Milton H. Erickson Institute of Philadelphia

Sede: Radner House, Suite L-2A, 1030 Lancaster Ave, Rosemont PA 19341, Stati Uniti/ Telefono: 610-525-0223/
Email: john@edgettetherapy.com

Perù

The Milton Erickson Institute of Lima

Sede: Monte Grande 109 Oficina 203 Edificio Medico Chacarilla, Santiago de Surco Lima, Perù/ Telefono: 3720903/
Email: miltonericksonperu@gmail.com

Polonia

Polish Milton H. Erickson Institute

Sede: ul. Wioslarska 27Lodz 94-036, Polonia/ Telefono: 48-42-688-4860/
Email: info@p-i-e.pl Website: <http://www.p-i-e.pl>

Portogallo

Instituto Milton H. Erickson de Lisboa

Sede: Avenida Almirante Reis, 131, 6ª esq., Lisboa Portugal 1150-015, Portogallo/
Email: info@ericksonlisboa.pt

Instituto Milton H. Erickson de Portugal – Zona Norte

Contatto: Ana Almeida,
Sede: Rua Oliveira Monteiro, 148-Hab. 114050-438 Porto, Portogallo/
Email: ana@anamelikian.com Website: <http://www.erickson-portugal.org>

Puerto Rico

Milton H. Erickson Institute of San Juan, Puerto Rico

Sede: Aguas Buenas 11-13San Juan Bayamon 960, Puerto Rico/ Telefono: 787-778-3464/
Email: hipnosispr@gmail.com Website: <http://www.institutoerickson.com.mx>

Russia

Moscow Milton H. Erickson Institute

Sede: 1st Miuskaya st., 22/24, Moscow Russia 127055, Russia/ Telefono: +7-495-987-44-50/ Telefono: +7-499-978-92-58/
Email: psyinst@psyinst.ru Website: <http://www.psyinst.ru>

The Milton H. Erickson Institute of West Siberia

Sede: Ul. Lesosechnaya, 5, apt.49NOVOSIBIRSK ZAPADNO-SIBIRSKY OKRUG 630060, Russia/ Telefono: 33674368124/
Email: tkachev_av@mail.ru Website: <http://metapractice.livejournal.com/>

Sud Africa

Milton H Erickson Institute of Stellenbosch

Sede: 12 Tigris Crescent, EdenParadyskloof, Stellenbosch Western Cape 7600, Sud Africa/ Telefono: 218802423/
Email: docstef@iafrica.com Website: <http://www.docstefpsychologist.com>

Milton H. Erickson Institute of Cape Town South Africa

Sede: PO Box 9586, George 6530, Sud Africa

Milton H. Erickson Institute of South Africa (MEISA)

Sede: P.O. Box 37641 Faerie Glen 0043, Gauteng, Sud Africa/ Telefono: 27-12-991-1472/
Email: info@meisa.co.za Website: <http://www.meisa.biz>

Spagna

Instituto Milton H. Erickson de Madrid

Sede: Calle Linea 2 Pozuelo, Madrid 28224, Spagna/ Telefono: 34-91-352-87-61/
Email: teresagarcia.chi@gmail.com Website: <http://www.institutoerickson-madrid.com>

Instituto Milton H. Erickson de Reus

Contatto: Daniela-Mihaela Constantin

Sede: Calle Martí Napolita, 4. Reus Tarragona 43201, Spagna/ Telefono: 0034 663 709 227/
Email: info@danielaconstantin.com Website: <https://www.institutoericksonreus.com>

Svezia

Milton H. Erickson Clinic of Mora, Sweden

Sede: Box 95, Mora 79222, Sweden/ Telefono: 46-250-13060/
Email: info@mhekliniken.se Website: <http://www.mhekliniken.se>

Svizzera

Institut Milton H. Erickson Lemanique de Geneva

Sede: 3, CHEMIN DE L' EGALITEG Y GENEVE 1251 G Y, Svizzera/ Telefono: 41 79 359 99 20/
Email: hypsos@bluemail.ch Website: <http://www.hypnose-suisse-formation.ch>

Taiwan

Milton H. Erickson Institute of Kaoshiung

Sede: No.109,Wenkang Rd., Kaohsiung City Taiwan 813, Taiwan/ Telefono: * 886-7-3451258/
Email: tc.tsai@msa.hinet.net Website: <http://www.erickson.org.tw>

Milton H. Erickson Institute of Taipei

Sede: 6F, 28, Li Shui St, Ta-An District, Taipei 10642Taiwan

Texas, USA

Milton Erickson Institute of Houston

Sede: 3400 Bissonnet Suite 267, Houston Texas 77005, Stati Uniti/ Telefono: 713 529-4588/
Email: carolkershaw@aol.com Website: <https://www.mhehouston.com>

Turchia

Milton H. Erickson Institute of Istanbul

Sede: Isteek Egitim Tesisleri, No. 1 34718 Acybadem, Istanbul, Turchia/ Telfono: 90-216-3278844/
Email: hasanpasa@nlpdegisim.com Website: <http://www.ericksonistanbul.com>

The Milton H Erickson Institute of Ankara

Sede: Cayyolu Mahallesi, 2679 Sokak, No: 39/31, Cankaya Anakara 06810, Turchia/ Telefono: 90 532 516 3077/
Email: drcnytgmail.com

Storia della Milton H. Erickson Foundation: storia di un Impegno Cooperativo

Questo resoconto storico è composto dai contributi di Linda Carr-McThrall, Roxanna Erickson Klein, Marnie McGann e Dan Short

“Un obiettivo senza una data è solo un sogno.” Dott. Milton H. Erickson.

Il Sogno: Forse fu una premonizione quella che il Dott. Erickson ebbe quando fece questa dichiarazione. La Milton H. Erickson Foundation prese vita dal sogno di un uomo: il Dott. Jeffrey Zeig. E più di tre decenni dopo la sua creazione, supportata da una piccola industriosa équipe, dalla generosità dei donatori e dall’ampia dedizione dei sostenitori volontari, la Fondazione è andata oltre le proprie umili origini per diventare una delle organizzazioni più riconosciute e influenti nel campo della psicoterapia a livello globale.

All’inizio della sua carriera come psicologo clinico, Zeig ambiva a ripagare la generosità che Milton Erickson gli aveva elargito. Ricordandosi dei propri giorni da studente di medicina senza risorse finanziarie, il Dott. Erickson fece da mentore a numerosi studenti promettenti, incluso Zeig, senza chiedere loro alcun compenso. Gli studi di Zeig sotto la tutela del Dott. Erickson furono molto più intensi rispetto a quelli di molti altri pupilli del Dott. Erickson. Nei sei anni tra il 1974 e il 1980, Zeig fu invitato molte volte come ospite a casa di Erickson. Con il crescere dell’amicizia e dell’apprezzamento reciproco, il Dott. Erickson ebbe un profondo impatto sulla visione di Zeig nei confronti della psicoterapia...e la sua visione del mondo.

Il Dott. Milton H. Erickson era già stato riconosciuto come principale autorità mondiale nell’ambito dell’ipnosi e della psicoterapia breve strategica. I suoi approcci avevano attirato l’attenzione di tutto il mondo e seri studi dai centri di ricerca. Molti volti noti del campo, inclusi Jay Haley ed Ernest Rossi, riconobbero la fondamentale importanza dei contributi del Dott. Erickson e richiamarono l’attenzione agli spostamenti di paradigma che apportarono nuove idee alla psicoterapia.

Zeig voleva ringraziare il Dott. Erickson per essere stato il suo mentore organizzando un evento in suo onore. Egli voleva oltretutto offrire al Dott. Erickson l’opportunità di essere testimone dello straordinario impatto che le sue idee avevano avuto. Zeig sognava di tenere una conferenza incentrata sull’approccio del Dott. Erickson all’ipnosi e alla psicoterapia, con la partecipazione di testimoni che potessero attestare l’effetto e l’importantissima influenza che il Dott. Erickson aveva avuto sul loro lavoro. Zeig lo immaginò come un evento internazionale, tenuto nel centro congressi di Phoenix, Arizona, in concomitanza del settantottesimo compleanno del Dott. Erickson – 5 dicembre 1980.

Le Umili Origini: Passarono molti mesi prima che il Dott. Erickson desse il suo consenso per l’evento, probabilmente valutando la determinazione di Zeig. Una volta concordato, Zeig riunì il supporto di altri studenti che avevano beneficiato della generosità del Dott. Erickson. Lavorando fuori dalla casa di Zeig, i volontari distribuirono 70,000 brochures. Gli inviti per i docenti furono realizzati singolarmente da Sherron Peters, fidanzata di Zeig, con una macchina da scrivere finanziata dall’Arizona State Hospital dove Zeig lavorava. La reazione al Congresso fu fenomenale. Dal momento che le adesioni arrivarono copiose, fu riconosciuta la necessità d’istituire una fondazione formativa no-profit più ufficiale.

Il Dott. Erickson e sua moglie Elizabeth, in accordo con Zeig e Sherron Peters, fondarono la Milton H. Erickson Foundation. Questi quattro protagonisti formarono il primo Comitato Direttivo e Peters ricoprì come direttore esecutivo la prima posizione retribuita. Anche allora, la Fondazione era stata pensata come un veicolo per organizzare il Congresso per gli anni successivi, un evento già promettente e dotato di uno slancio eccezionale.

Per ottenere i fondi per il primo Congresso, Zeig decise di utilizzare la trascrizione di uno straordinario seminario di Erickson come punto di partenza per un libro: *A Teaching Seminar with Milton H. Erickson* (Un Seminario Didattico con Milton H. Erickson), che venne pubblicato da Brunner/Mazel. La casa editrice firmò un contratto anche per i lavori del Congresso e diede un anticipo che permise il deposito legale dei documenti d'impresa. Con la nomina formale di un Comitato Direttivo, la Milton H. Erickson Foundation fu ufficialmente registrata nel 1979. Fu scritta una mission formativa e fu preso un impegno senza scopo di lucro.

In accordo con i desideri del Dott. Erickson, fu posta enfasi sull'integrazione dei metodi Ericksoniani all'interno della corrente dominante della psicoterapia, non sull'istituzione di una scuola separata. Fu concordato di limitare le conferenze e la formazione ai professionisti piuttosto che includere un pubblico più ampio. Inoltre, fu deciso che la Fondazione non fosse un'organizzazione associativa. Tutte queste politiche sono tutt'oggi in vigore.

La Morte del Dott. Erickson: Nel marzo 1980, sette mesi prima del Congresso, il Dott. Erickson morì improvvisamente dopo una breve malattia. La famiglia decise di tenere un piccolo rito funebre privato e di disperdere le sue ceneri sulla Montagna Squaw Peak, che si affacciava sulla casa di famiglia.

Il cordoglio per la perdita si sparse per tutta la comunità professionale e fece da eco alla grandezza del contributo del Dott. Erickson. Il Dott. Erickson, comunque, fu in grado di riconoscere e apprezzare parte del dono di Zeig, dal momento che 750 professionisti si erano già iscritti al Congresso – il numero di partecipanti più alto che si fosse mai riunito prima per una conferenza focalizzata esclusivamente sull'argomento dell'ipnosi.

Il Primo Congresso: Nonostante la loro perdita, la famiglia Erickson incoraggiò Zeig ad andare avanti con i suoi progetti per il Congresso. Essi sentivano che sarebbe servito a riunire coloro che desideravano onorare il Dott. Erickson e riunire professionisti che condividessero credenze simili nell'approccio al trattamento terapeutico. Qualche mese dopo la morte del Dott. Erickson, ci fu un altro colpo di scena inaspettato. Anche Gregory Bateson, previsto come relatore principale al Congresso, venne a mancare. "Quasi tutte le figure di riferimento disponibili riguardanti l'ipnosi e la psicoterapia Ericksoniana erano già nel corpo docenti" spiegava Zeig "quindi si decise di uscire dal settore e invitare il Dott. Carl Withaker come primo relatore." Egli accettò e il primo Congresso si tenne nel dicembre del 1980, attirando più di 2,000 partecipanti, rendendolo la più grande conferenza mai tenuta sull'argomento ipnosi per decenni a venire.

Comitato Direttivo: I cinque membri del Comitato Direttivo della Fondazione sono volontari zelanti, i quali sono essenziali per la revisione della dichiarazione di intenti e per la supervisione della performance della Fondazione. Tali posizioni incaricate non retribuite non hanno un mandato.

Dopo che il Dott. Erickson morì, la Dottoressa Kristina Erickson entrò a ricoprire la posizione del padre nel Comitato. Nel 1988, Peters rinunciò alla propria posizione e fu sostituita dal Dottor J. Charles Theisen, specializzato in giurisprudenza, laureato in legge alla Stanford, esperto di business e con una forte dedizione per la missione della Fondazione. Nel 1994, Kristina Erickson si ritirò dal proprio ruolo e fu sostituita da un altro membro della famiglia, Roxanna Erickson Klein, Ricercatrice e Infermiera professionale. Nel 1998, il Comitato raggiunse il pubblico internazionale eleggendo il Dottor Camillo Lorio come uno dei suoi membri. Lorio fondò con successo un Istituto Ericksoniano a Roma e divenne Presidente sia della Società Italiana di Ipnosi sia dell'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale. Un anno più tardi, anche Bernhard Trenkle, psicoterapeuta specializzato, Direttore dell'Istituto Ericksoniano di Rottweil e presidente della Società Ericksoniana Tedesca, entrò a far parte del Comitato. Rinomate figure internazionali e due dei terapeuti europei più eminenti, Lorio e Trenkle presero parte come docenti a molte conferenze della Fondazione. Nel 2008, Elizabeth Erickson, uno dei membri originali del Comitato, venne a mancare. Nel 2015, questa posizione venne ricoperta dalla nuora di Elizabeth Erickson, la Ricercatrice Helen Erickson, Infermiera professionista. Ciò che segue è una descrizione dettagliata di ogni membro del comitato attuale.

Jeffrey K. Zeig, Ricercatore, è il Fondatore e il Direttore della Milton H. Erickson Foundation. Zeig è inoltre il responsabile della Evolution of Psychotherapy Conference (Conferenza sull'Evoluzione della Psicoterapia), la Brief Therapy Conference (Conferenza sulla Terapia Breve), la Couples Conference (Conferenza riguardante le Coppie) e i Congressi Internazionali sugli Approcci Ericksoniani alla Psicoterapia. Fa parte della redazione di numerosi giornali; Socio dell'American Psychological Association e Membro dell'American Society of Clinical Hypnosis. Psicologo clinico, Zeig ha uno studio privato e conduce workshop a livello internazionale in 40 paesi. È stato invitato come relatore presso le maggiori università e ospedali universitari e ha redatto, co-redatto, scritto o collaborato a più di 20 libri sulla psicoterapia disponibili in 14 lingue straniere.

Roxanna Erickson Klein, Ricercatrice Infermiera Professionista, divide il suo tempo tra lavoro clinico, scrittura e insegnamento. Erickson Klein è coautrice (insieme a Betty Alice Erickson e Dan Short) di "Speranza e Resilienza: Comprensione delle Strategie Psicoterapeutiche di Milton H. Erickson" e co-editrice di *The Collected Works of Milton H. Erickson* (Collezione di Lavori di Milton H. Erickson). Ha redatto un glossario internazionale per dare più coerenza alle traduzioni della letteratura Ericksoniana professionale. Recentemente, ha co-scritto un libro (con Kay Colbert) che fornisce un insieme di esercizi per il trattamento dell'abuso di sostanze, intitolato: *Engage the Group; Engage the Brain* (Coinvolgere il Gruppo; Coinvolgere il Cervello).

Camillo Loriedo, Medico e Ricercatore, è Professore di psichiatria e psicoterapia all'Università di Roma, nella Facoltà di Medicina e nella Scuola di Specializzazione. È presidente della Società Italiana di Psicoterapia e ha ricoperto la carica di presidente della Società Internazionale di Ipnosi. Loriedo ha scritto più di 350 articoli scientifici e 26 libri.

J. Charles Theisen, Laureato in Scienze Umane, Amministrazione Aziendale e Scienze Giuridiche, oltre che Ricercatore, è o è stato un membro attivo della CEO (Chief Executive Organization) e della YPO/WPO (Young Presidents Organization e World Presidents Organization). Theisen è inoltre stato o fa parte attualmente del consiglio della Childhelp statunitense, dell'iniziativa Homeward Bound, del Centro Robbins-Madanes e dell'Università Yo San.

Bernard Trenkle, Psicologo Diplomato, è il Direttore dell'Istituto Milton Erickson di Rottweil, in Germania ed è stato presidente della Società Internazionale di Ipnosi. Inoltre, è l'ex-presidente della Società di Ipnosi Clinica Milton Erickson in Germania. Oltre a prendere parte all'organizzazione dell'European Evolution of Psychotherapy Conference (Conferenza Europea sull'Evoluzione della Psicoterapia) del 1994 ad Amburgo, Trenkle organizzò sei conferenze internazionali sull'ipnosi infantile in Germania e l'incontro della Società Internazionale di Ipnosi tenutosi a Brema nel 2012, che rimane il più grande incontro mai tenuto finora sull'ipnosi, con oltre 2,300 partecipanti.

Helen Erickson, Infermiera Professionista e Ricercatrice, è Professoressa Emerita alla School of Nursing (Scuola di Infermieristica) dell'Università del Texas, ad Austin, e Socia dell'American Academy of Nursing (Accademia Infermieristica Americana). Helen ha più di cinque decenni di esperienza nell'ambito infermieristico, ha pubblicato dozzine di articoli per professionisti, scritto e pubblicato vari libri, presenziato a molte conferenze professionali ed è stata premiata con numerosi illustri riconoscimenti. Ad oggi, Helen conduce la propria libera professione in Texas offrendo servizi di Infermeria Olistica ai suoi clienti. Essa è attualmente nel Consiglio di Amministrazione dell'American Holistic Nurses' Certification Corporation (Organizzazione di Abilitazione per gli Infermieri Olistici Americani) e ne è stata Presidentessa dal 2002 al 2014.

I Volontari: Lo spirito del volontariato è stato centrale per la Fondazione fin dalla sua nascita. Dal 1979, quando i volontari organizzarono l'iscrizione per il primo Congresso sul pavimento del salotto di Zeig, fino ad oggi, i volontari fanno dono considerevole del proprio tempo e talento per contribuire quasi a tutti gli aspetti della Fondazione, lo spirito dell'offerta altruista è la chiave del successo della Fondazione e della filosofia sottostante l'approccio Ericksoniano. Nonostante non tutte le necessità vengano soddisfatte e non tutti i sogni si realizzino, i contributi portati a termine dai volontari hanno accresciuto in maniera sostanziale ciò che il piccolo staff retribuito è stato in grado di raggiungere. Ogni giorno si percepisce profonda riconoscenza nei confronti del grande punto di riferimento che sono i volontari.

La Newsletter: Appena dopo il primo Congresso, il Dott. Bill O’Hanlon, si offrì volontario di lanciare una newsletter della Erickson Foundation come mezzo per creare un network con i docenti, i partecipanti e il più ampio pubblico di professionisti interessati al lavoro e agli insegnamenti di Milton Erickson. La prima edizione della *The Milton H. Erickson Foundation Newsletter* fu pubblicata il 21 giugno 1987. Ciò facilitò il continuo dialogo tra gli approcci Ericksoniani e sviluppò un punto di incontro per il confronto e la valutazione degli approcci terapeutici efficaci. Al termine del periodo di sei anni come redattore, O’Hanlon fu succeduto dal Dott. Michael Yapko, che rivestì il ruolo per i successivi sei anni. In seguito, la posizione fu ricoperta da volontari a lungo termine, inclusa la Dott.ssa Roxanna Erickson Klein, la Dott.ssa Betty Alice Erickson, il Dott. Dan Short e la Dott.ssa Sharon Mclaughlin. I guest editor, il Dott. Carol Kershaw e il Dott. Bill Wade, scrittori e recensori contribuiscono con il loro talento ad arricchire le pubblicazioni, alcuni da più di dieci anni.

La newsletter viene pubblicata sottoforma di giornale tre volte l’anno e continua ad aumentare i propri contenuti, offrendo coinvolgenti interviste a professionisti del settore, articoli d’interesse e recensioni di libri. Attualmente, il Dott. Richard Landis riveste il ruolo di redattore, Karen Haviley è il manager di produzione e il Dott. Alex Simpkins e la Dott.ssa Annellen Simpkins supervisionano le recensioni. La newsletter viene inviata gratuitamente a 8,000 professionisti americani ogni anno. Nel mondo, viene scaricata da circa 4,000.

Gli Approcci Ericksoniani: La “Terapia *Ericksoniana*” venne menzionata per la prima volta nel 1978, quando Zeig pubblicò la brochure del primo Congresso. Appena l’informazione si diffuse tra i clinici e i formatori, il termine “approcci Ericksoniani” iniziò ad attirare attenzione ed essere ampiamente usato. *Ericksoniano* si riferisce in maniera generale alle tecniche di ipnosi e alla psicoterapia che fu sviluppata da Milton Erickson. È comunque importante riconoscere la distinzione tra il lavoro del Dott. Erickson e il lavoro Ericksoniano, generato dai suoi seguaci. Zeig costruì un diagramma che mostra la genealogia dell’influenza del Dott. Erickson in modo chiaro e significativo sia per gli studenti sia per i professionisti (Disponibile sul sito www.erickson-foundation.org/genealogy). Se le idee del Dott. Erickson venivano considerate letteralmente rivoluzionarie, adesso sono più accettate e rappresentano le basi per le altre scuole di psicoterapia che già fanno parte della corrente principale.

Il Dott. Erickson rifiutava il concetto che ogni singolo approccio potesse costituire una teoria psicoterapeutica. Piuttosto, egli credeva che il compito del professionista fosse quello di adattarsi ai bisogni in divenire e alle circostanze che si evolvono col tempo. Malgrado la sua posizione, furono compiuti numerosi sforzi da parte degli Ericksoniani per definire in modo più chiaro il lavoro del Dott. Erickson e i costrutti sottostanti che identificano la prospettiva Ericksoniana.

Il Premio alla Carriera (Lifetime Achievement): In occasione del Congresso del 1980, Jay Haley fu premiato come primo vincitore del Premio alla Carriera della Fondazione. Il premio è un riconoscimento

al contributo professionale, non solo alla psicoterapia Ericksoniana, ma all'ambito onnicomprensivo della psicoterapia e del benessere della società. I vincitori successivi furono Ernest Rossi (1986), Paul Watzlawick (1988), Elizabeth Erickson (1989), Kay Thompson (1992), Stephen Lankton (1994), Burkhard Peter (1999), Bernhard Trenkle (1999), Camillo Loredio (2001), Stephen Gilligan (2004), Michael Yapko (2007) e Teresa Robles (2011).

Gli Archivi: Il Consiglio d'Amministrazione della Fondazione ha individuato lo sviluppo degli Archivi Erickson come uno dei compiti primari della Fondazione. Ciò include la responsabilità di rendere il lavoro del Dott. Erickson più accessibile e conosciuto dalla comunità di professionisti della salute mentale.

Lori Weirs, una dei primi membri dello staff, fu la prima responsabile degli Archivi. Essa trascrisse molti workshop e interviste condotti da Zeig e dal momento che furono accumulati innumerevoli materiali – lettere, interviste, registrazioni audio, video, libri – fu introdotto un archivista professionista della State University dell'Arizona che istruisse Weirs. “Gli Archivi sono stati un grande passo avanti” ha dichiarato Weirs in un'intervista.

Ad oggi, gli Archivi rappresentano il deposito per tre distinti, ma sovrapponibili collezioni: i lavori di Milton Erickson; il lavoro dei contemporanei e dei successori di Erickson; l'immensa collezione di materiali riguardante le conferenze organizzate dalla Fondazione. La collezione degli articoli e delle storie relative all'influenza del Dott. Erickson è in costante crescita. Gli Archivi contengono, inoltre, audio e video delle Conferenze della Fondazione, incluse quelle riguardo la Terapia Breve, le Coppie, l'Evoluzione e gli Erickson Congresses. La Fondazione sta andando avanti nella digitalizzazione degli Archivi in vari tipi di formato, inclusi Mp3 e Mp4. In tre decenni, gli Archivi della Fondazione sono cresciuti fino a diventare tra i più grandi al mondo.

Il progetto di rendere gli Archivi una meta per studenti appassionati è stato limitato nella sua riuscita da vincoli spaziali e di personale. Comunque, il trasferimento nel 2012 della Fondazione verso nuove sedi ha aiutato a risolvere la mancanza di spazio, che bloccava molta dell'accessibilità agli Archivi. Un obiettivo è quello di sviluppare un processo che renda gli Archivi più accessibili – in modo tale da incoraggiare gli studenti a visitarli e ad usare i materiali in prima persona così da fortificare la loro formazione e arricchire le loro competenze.

Quartier Generale: Con il successo del Congresso del 1980, il Consiglio Direttivo iniziò a progettare eventi formativi futuri e opportunità educative. Fu acquistato un modesto cottage bianco al numero 3606 North della 24th Street, a Phoenix, per le attività della Fondazione e fu assunto un piccolo gruppo di collaboratori. Con ogni evento formativo, l'interesse per gli approcci Ericksoniani continuava a crescere e con lui la Fondazione stessa. Infine, furono acquisiti anche tre cottage adiacenti e i quattro stabili sono stati la sede della Fondazione per più di 30 anni. Nel 2009, la Fondazione comprò un condominio al numero 2632 East della Thomas Road, a Phoenix, e nel 2011 cominciarono i lavori di ristrutturazione all'ultimo piano del nuovo quartier generale. Nel settembre 2012, la Fondazione si trasferì nella

struttura. Quando si chiese a una dei primi impiegati a lungo termine, Alice McAvoy, di dire quale fosse stato il cambiamento più significativo della Fondazione negli anni, lei rispose “Il nuovo palazzo – è magnifico!”

Lo Staff: Fin dai primi anni, i dipendenti della Fondazione hanno rivestito volentieri vari ruoli. Lori Weirs, un’insegnante in pensione, non fece eccezione. Nel 1981 accettò ciò che pensava sarebbe stato semplicemente un impiego part-time, una posizione temporanea e finì per rimanere nella Fondazione per quasi due decenni. Iniziò scrivendo tutti i nomi registrati alle conferenze su delle schede 3 x 5. “Questo era ciò che facevamo prima di avere i computer” ricorda Weirs “ed era una bella prova.” Weirs divenne presto coordinatrice volontaria, prima di lavorare negli Archivi.

Nel 1986, Linda McThrall, giornalista laureata all’Arizona State University, si unì alla Fondazione, diventandone, un anno più tardi, il direttore esecutivo. “Non fu facile per me” ricorda McThrall “perché non amo essere in prima linea. Sono più a mio agio nelle retrovie.” Le sue responsabilità includevano l’organizzazione delle conferenze, dei Congressi, dei seminari e dei workshop. “Il nostro staff raggiunse traguardi importanti, spesso con un budget ridotto. C’era sempre qualcosa di interessante e sfidante. Si aveva l’opportunità di essere creativi. A quel tempo, lo staff era composto per lo più da donne. Era un posto dove poter essere se stessi.” Ancora oggi McThrall e Weirs si incontrano per un caffè. McThrall dice che sarà per sempre grata per gli anni passati alla Fondazione. “Fu un’opportunità per mettermi davvero alla prova.”

La flessibilità dell’ambiente lavorativo della Fondazione permise ai membri dello staff di guidare progetti specifici, alcuni dei quali continuano a svilupparsi. Mary Helen Kelly portò la propria esperienza pluriennale nel lavoro con le aziende no-profit e aiutò a stabilire un metodo di coordinamento sistematizzato degli Istituti Ericksoniani e compilò il primo annuario d’Istituto.

Diversamente da molti membri dello staff, per cui l’approccio al lavoro di Erickson avvenne nel contesto stesso del lavoro dipendente, Alice McAvoy arrivò a lavorare per la Fondazione *grazie* a Milton Erickson. Lo incontrò per saperne di più riguardo il tema dell’ipnosi e la possibilità di gestire il dolore che la affliggeva da tutta la vita. “Fu interessante incontrarlo” ricorda lei “Era in sedia a rotelle a quel tempo e indossava sempre dei “pigiami” viola. Mi fu molto d’aiuto e nonostante non feci ipnosi con lui, mi diede molti consigli su come raggiungere l’auto-ipnosi. Gli aspetti più emozionanti del lavoro alla Fondazione furono le grandi conferenze e l’opportunità di incontrare e interagire con professionisti da tutto il mondo. Sentivamo di stare facendo qualcosa di importante promuovendo e legittimando l’uso dell’ipnosi. Mi sentivo come se ciò che stavo facendo da sola non fosse particolarmente significativo, ma stavo portando a termine qualcosa di utile al servizio dell’umanità supportando figure importanti.” A quel tempo, il marito di McAvoy lavorava come consigliere, perciò lei offrì i propri servizi alla Fondazione sotto forma di volontariato. “Facevo tutto quel che era necessario” afferma Alice. Infine, le fu offerta una posizione retribuita e rimase alla Fondazione per circa otto anni. Uno dei suoi traguardi fu quello di riorganizzare i video del Dott. Erickson.

Negli anni vi sono stati molti eccellenti lavoratori presso la Fondazione. Quest'ultima sembra attingere tra coloro che lavorano meglio in organizzazioni più piccole fino a far loro raggiungere il successo in un mondo in cui passione e obiettivi sono forze trainanti. Jeannine Elder è un'altra delle dipendenti che hanno trovato un vero significato nell'appartenenza alla Fondazione. Il suo ruolo di coordinatrice in sede del corpo insegnante e di ponte con gli Istituti le fece guadagnare il rispetto e l'alleanza dei capi d'Istituto e dei membri docenti di tutto il mondo. Era sempre interessante osservare il legame relazionale che lei era in grado di creare durante le comunicazioni a distanza. Rimase con la Fondazione fino alla propria morte, nel 2010.

Un'altra stimata lavoratrice fu Susan Velasco, che lavorò per la Fondazione per 16 anni (1995-2011) come assistente amministrativo e manager aziendale. Susan era un'organizzatrice di eventi esemplare e partecipativa in tutte le attività e decisioni importanti della Fondazione. Aiutò a perfezionare la missione della Fondazione e guidò il proprio staff con efficienza ed entusiasmo. Inoltre, nonostante l'essere venuta a conoscenza di avere un cancro con una prognosi infausta, Velasco perseverò e dedicò tutta se stessa al lavoro presso la fondazione fino alla sua scomparsa, nell'aprile del 2011.

I membri attuali della Fondazione includono: Stacey Moore, direttore finanziario; Chuck Lakin, direttore marketing; Chandra Lakin, coordinatrice eventi e formazione; Rachel Wu, coordinatrice del corpo docenti e dell'istituto; Marnie McGann, specialista di progetto; Christina Khin, manager dell'operatività e dell'IT; Matt Braman, specialista multimediale; Fred Huang, assistente marketing; Kayleigh Vaccaro, specialista vendite e formazione.

Il membro del Direttivo Roxanna Erickson Klein mette in evidenza che lo staff della Fondazione è rimasto incredibilmente stabile nel tempo. "Ai lavoratori viene data la possibilità di crescere all'interno delle posizioni e i ruoli sono abbastanza flessibili da poter far tesoro dei talenti che le persone portano all'interno dell'organizzazione. È un piacere vedere come molti dei membri dello staff abbiano creato amicizie durature e che sia stato possibile realizzare così tanto con un piccolo team. Nel corso della nostra storia abbiamo avuto molti notevoli colleghi, così come oggi. Chandra Lakin e Rachel Wu sono entrambe ottimi esempi di coloro che hanno portato integrità e competenza nel loro lavoro. Ma più importante, esse sono state in grado di adattarsi alle richieste mutevoli che l'ambiente pone. Non è un posto facile dove lavorare e richiede sempre di andare oltre le proprie risorse, ma trovando strade per fare in modo che le cose accadano, e perché accadano nel modo giusto ci vogliono tipi speciali di persone."

Gli Istituti: Nel periodo in cui fu creata la Erickson Foundation, molti piccoli Istituti locali avevano già intercettato Erickson per chiedere l'autorizzazione ad utilizzare il suo nome nella denominazione delle loro organizzazioni professionali. La Fondazione offre un mezzo per formalizzare il processo dell'utilizzo del nome del Dott. Erickson e per creare una rete di affiliazione. Vi sono delle linee guida riguardo la qualità e l'Istituto richiedente passa attraverso un rigoroso processo di valutazione. L'insieme di Istituti che si sono costituiti in modo indipendente, non strettamente affiliati alla Fondazione, forniscono a quest'ultima una rete di riferimento a cui poter inviare richieste di informazioni. Ogni Istituto

rappresenta un approccio, nei confronti della conduzione della pratica clinica o della gestione dell'organizzazione, che rispecchia la propria missione. Il denominatore comune è l'affiliazione alla rete e l'impegno ad utilizzare il nome del Dott. Erickson per l'erogazione etica di servizi che promuovano la salute della società. Gli Istituti si trovano sul sito della Fondazione e ad oggi vi sono più di 140 strutture in 32 differenti paesi. La filosofia sottostante all'approccio Ericksoniano ha dato prova di potersi adattare a una varietà di culture, e il continuo riconoscimento e la crescita costante d'interesse in tutto il mondo è una gratificazione per la Fondazione e per tutti i suoi sostenitori.

I Congressi: Il Congresso del 1980 sull'Approccio Ericksoniano all'Ipnosi e alla Psicoterapia si rivelò un successo al di là delle aspettative. Così tanto, che la Fondazione fu in grado di acquisire la proprietà delle sue attività, fondare un piccolo team, pubblicare un libro grazie al ricavato e, ancor più notevole, generare uno slancio d'interesse nei confronti del Dott. Erickson. In quegli anni, non si sarebbe potuto prevedere che l'interessamento per il lavoro del Dott. Erickson avrebbe continuato ad acquisire la spinta che oggi ha, cresciuta attraverso i decenni. Zeig e il Consiglio continuarono ad essere impegnati nel riconoscimento e nella documentazione del ruolo che l'impatto del Dott. Erickson ebbe nell'ambito, e nell'organizzazione dei Congressi Ericksoniani come parte della perdurante missione. I Congressi si sono tenuti ogni quattro o cinque anni, generalmente a Phoenix, e ad oggi sono stati 11.

Dopo il primo Congresso, Zeig iniziò ad ampliare la propria visione e a progettare la Conferenza sulla Terapia Breve. Egli scelse di creare un *pattern* ciclico di Conferenze riguardanti la Terapia Breve che rotassero durante gli anni, insieme ai Congressi futuri. La Conferenza sulla Terapia Breve si tenne ad Orlando, a New York City e numerose volte in California settentrionale e California del Sud. Essa ospita esperti del campo che insegnano metodi di terapia breve efficaci a professionisti dell'ambito medico, odontoiatrico, psichiatrico, psicologico, del lavoro sociale e del counseling. Fino ad ora sono state tenute 10 Conferenze sulla Terapia Breve.

Durante i primi anni, Zeig aveva concepito anche un'altra conferenza. Il suo obiettivo era quello di fare della psicoterapia Ericksoniana una corrente principale dell'ambito e di dare ai clinici del mondo la possibilità di incontrare e imparare dai luminari. La prima Conferenza sull'Evoluzione della Psicoterapia fu svolta nel 1985 e attirò più di 7,000 partecipanti. Fu definita come un evento storico dal *Los Angeles Times* e dal *The New York Times*, e rimane ad oggi uno dei più grandi traguardi della Fondazione. Il Congresso fu così formidabile e creò una così grande coesione, mai percepita nel campo psicoterapeutico, che la Fondazione continua a tenerne uno ogni quattro anni.

Lavorando con il team della Fondazione, Zeig diede prova di un talento straordinario nel conciliare interessi, in modo tale che psicoterapeuti affini, o persino eterogenei, potessero imparare gli uni dagli altri. La prima Conferenza sull'Evoluzione fu un'impresa eccezionale, che attirò professionisti dotati e appassionati e li incoraggiò ad impegnarsi nel dialogo e nel dibattito costruttivo. Gli studenti d'oggi sono i beneficiari della straordinaria abilità che Zeig dimostrò nel far incontrare questo gruppo.

L'obiettivo principale della Conferenza sull'Evoluzione è quello di arricchire le abilità terapeutiche di ogni partecipante attraverso l'apprendimento di principi e tecniche delle scuole contemporanee di

psicoterapia, grazie alla comprensione dei punti in comune che sottendono un lavoro clinico di successo e valorizzando lo sviluppo storico e i progetti futuri delle discipline psicoterapeutiche.

Un'altra conferenza che Zeig sviluppò è la Conferenza inerente le Coppie, che viene svolta generalmente in California durante la primavera. L'assistenza organizzativa per questa famosa conferenza è fornita dalla Dott.ssa Ellyn Bader, Co-Direttrice dell'Istituto per le Coppie di Menlo Park, in California. Un gruppo principale di formatori lavora insieme ogni anno per creare una conferenza che sia generativa di energia e spirito. La Conferenza sulle Coppie di focalizza su due aspetti fondamentali delle vite delle coppie: intimità e sessualità.

La Fondazione, oltretutto, ha congiuntamente sponsorizzato varie conferenze internazionali, tra cui la Conferenza Europea sull'Evoluzione della Psicoterapia del 1994 ad Amburgo, Germania. Organizzata da Bernhard Trenkle, fu il più grande raduno riguardante l'argomento della psicoterapia mai svolto in Europa. Più di recente, la Fondazione ha formalmente co-sponsorizzato un webinar internazionale insieme all'Istituto Milton Erickson della Tasmania.

Formazione: Il Dott. Brent Geary ha sviluppato il Programma di Formazione Intensiva per l'Approccio Ericksoniano alla Terapia Ipnotica Breve della Fondazione (Intensive Training Program in Ericksonian Approaches to Brief Hypnotic Therapy). I Corsi Intensivi, svolti tre volte l'anno a Phoenix, offrono un'esperienza di apprendimento dinamico focalizzato, cucito su misura e orientato all'obiettivo. I partecipanti acquisiscono principi, applicazioni e tecniche dell'ipnosi e della terapia Ericksoniana. Classi ridotte con un numero limitato di iscritti permettono agli studenti una lezione più individualizzata. I workshop sono organizzati in base a livello di formazione, base, intermedio e avanzato, tenuti durante varie settimane consecutive, fattore vantaggioso per il 30% dei partecipanti che vive fuori dagli Stati Uniti.

Zeig sviluppò una serie annuale di Master Class, organizzate anch'esse dal livello per principianti fino all'avanzato, nelle quali i terapeuti possono attivamente partecipare al proprio accrescimento professionale. Tenuto presso la casa di Hayward del Dott. Erickson, a Phoenix, attuale Erickson Museum, e aperto solo a professionisti della salute mentale abilitati e con esperienza, questo workshop esperienziale di quattro giorni, limitato a 12 partecipanti, è pensato per arricchire sensibilmente le competenze.

Clinica: Una delle prime intuizioni del Consiglio di Amministrazione fu quella secondo cui la Fondazione sarebbe diventata un'organizzazione "a tre punte", con un equilibrio bilanciato tra formazione, archivi e lavoro clinico. Nel 1987, la Fondazione fondò il Centro di Ipnosi e Psicoterapia Milton H. Erickson (The Milton H. Erickson Center for Hypnosis and Psychotherapy). Il Dott. Michael Leibman ne fu il direttore e il Dott. Brent Geary fece da coordinatore della formazione. La clinica offriva tariffe su scale progressive ai pazienti e dava ai professionisti l'opportunità di esercitarsi nella terapia e nel counseling Ericksoniano. Una stanza con uno specchio uni-direzionale e l'occasione di formare classi partecipative sembrarono

promesse di un apprendimento di valore. Sfortunatamente, la clinica non si evolse in modo da promuovere autonomia e non ci furono risorse disponibili per svilupparla oltre. L'impegno fu abbandonato e la clinica venne chiusa, le prospettive future per il lavoro clinico rimangono incerte.

Pubblicazioni: Seguendo numerosi Congressi, la Fondazione è stata in grado di assicurarsi contratti di pubblicazione, attraverso i ricavati. Le indennità furono poi reinvestite nella Fondazione e i lavori servirono ad arricchire l'attività della Fondazione in vari modi.

Le Monografie di Erickson: Nel 1984, il Consiglio Direttivo della Fondazione decise di creare una pubblicazione accademica per fornire una trattazione didattica approfondita degli aspetti specifici dell'approccio Ericksoniano. Quando *Le Monografie di Erickson* furono stampate per la prima volta, il Dott. Stephen Lankton ne fu il redattore volontario. Tuttavia, furono pubblicati solo 10 numeri.

Nel 1997, fu distribuita una seconda collana di annuari con i co-redattori volontari Dott. William Mathews e Dott. John Edgette. Intitolata *Ricerche e Prospettive Attuali nella Terapia Breve*, la pubblicazione durò solo per tre anni.

Nel 2002, la Fondazione fondò la tipografia della Fondazione: Erickson Foundation Press, per pubblicare libri che arricchissero le direttive Ericksoniane.

Il lavoro pubblicato dalla Erickson Foundation più importante fu *The Collected Works of Milton H. Erickson* (volumi tradotti in italiano: *Opere*). Ernest e Kathryn Rossi, insieme a Roxanna Erickson Klein, misero a disposizione in forma volontaria il proprio tempo e le loro risorse per garantire il diritto di pubblicare i molti libri che in passato non erano stati reperibili. Lavorando con la Fondazione, pubblicarono la collezione dei lavori del Dott. Erickson, aggiornandola con commenti aggiuntivi relativi alle conoscenze e la comprensione attuale, non disponibili quando il Dott. Erickson era in vita. Ognuno dei volumi de *Opere* fu prodotto dalla Erickson Foundation Press. Pensato come collezione di 18, i volumi furono pubblicati in modo discontinuo e venduti attraverso la Fondazione. Tutti i diritti d'autore appartengono alla Fondazione.

Il Museo: Lo sviluppo dell'Erickson Museum, la casa di Hayward del Dott. Erickson, è una delle iniziative più recenti della Fondazione.

Dopo la morte del Dott. Erickson nel 1980, sua moglie, Elizabeth, rimase nella casa che avevano condiviso per i dieci anni precedenti. Quando Elizabeth venne a mancare, i membri della famiglia Erickson furono d'accordo a vendere la casa alla Fondazione e a mettere a disposizione le proprietà, cosicché l'aspetto esperienziale dello studiare con il Dott. Erickson potesse essere preservato. L'ufficio del Dott. Erickson è rimasto relativamente intatto dal suo decesso, dal momento in cui Elizabeth si allietava dei costanti flussi di visitatori, che continuano ancora oggi. I membri della famiglia, così come

Zeig, prestarono al museo oggetti preziosi e cimeli, che sono in mostra per i visitatori che vengono da tutto il mondo.

Quando Milton ed Elizabeth Erickson si trasferirono per la prima volta in Arizona nel 1948, il Dott. Erickson ottenne un lavoro presso l'ospedale Arizona State Hospital. Nel 1949, lasciò questa posizione e trasferì la propria famiglia dall'appartamento all'interno dell'ospedale per andare in una piccola casa al numero 32 della West Cypress Street a Phoenix. Egli intraprese poi la libera professione e utilizzò una delle camere da letto come ufficio. La casa di Cypress Street non esiste più, sebbene la Fondazione acquistò un carico di mattoni dal cantiere quando fu demolita, negli anni ottanta.

Dal 1970, il più giovane dei figli di Erickson partì per il college. Il Dott. Erickson, che aveva camminato aiutato da un bastone per tutta la sua vita adulta, era sempre più dipendente dalla sedia a rotelle. Così, lui ed Elizabeth cercarono di spostarsi in una posizione centrale – in una casa che potesse accogliere una carrozzina e dove lui potesse stabilire l'ufficio.

Fra le numerose proprietà che visitarono, si innamorarono (come il proprietario originario prima di loro) del gigantesco albero di palo verde situato nel cortile della casa di Hayward Avenue. Altre varie caratteristiche rendevano la casa desiderabile, inclusa quella che fu conosciuta come la "*Little House*" (la Piccola Casa), una costruzione separata a sud dell'edificio principale, dove il Dott. Erickson poteva vedere i pazienti e tenere i propri gruppi seminari. Nell'abitazione vi sono due camere da letto e nell'appartamento indipendente, nella *Little House*, si trova una piccola camera, un bagno e la cucina. Fu necessaria qualche modifica per rendere la casa più accogliente per la sedia a rotelle; furono aggiunte rampe e furono messi maniglioni nei bagni. Milton ed Elizabeth si trasferirono nel 1970 e si sistemarono nell'abitazione da soli, come coppia, per la prima volta durante il loro lungo matrimonio.

La casa-cascina di Hayward Avenue si trova a poche miglia a ovest di quella che era allora conosciuta come la Montagna di Squaw Peak (ora chiamata Piestewa Peak). L'abitazione e l'ufficio di Milton Erickson furono costruiti agli inizi degli anni sessanta. Originariamente era la casa di famiglia dell'imprenditore edile. Egli acquistò due lotti e posizionò la casa in modo tale che comprendesse il grande albero di palo verde originario nel progetto del cortile. La nuova casa di Erickson diede prova di essere molto più accogliente. La *Little House* fu il posto dove gli studenti che venivano per lunghe visite potevano alloggiare in modo confortevole e in totale privacy.

Il Dott. Erickson aveva la passione per l'insegnamento, ma i suoi impedimenti fisici legati alla sindrome post-polio gli rendevano difficile viaggiare. La reputazione del Dott. Erickson di essere in grado di lavorare con i pazienti più difficili generò un'esplosione di interesse per apprendere le sue tecniche. Era un periodo in cui l'apprendimento esperienziale stava diventando sempre più popolare e molti terapeuti esperti iniziarono ad aprire le porte agli studenti per la loro formazione – qualcosa che non veniva fatto prima di allora. Questa tendenza coincise con la pubblicazione del libro del 1973 di Jay Hayley, *Uncommon Therapy*, nel quale l'autore tenta di descrivere il lavoro del Dott. Erickson.

Haley, Weakland, Watzlawick e Fisch, provenivano tutti dal Mental Research Institute della California. Furono tra i primi gruppi ad andare in casa di Erickson per la formazione esperienziale. I colleghi potevano osservare e registrare le tecniche terapeutiche usate dal Dott. Erickson, per poi tenere

dibattiti accademici riguardo la sua metodologia. Tra le sessioni di formazione svolte negli uffici delle case di Cypress Street e di Hayward Avenue, letteralmente centinaia se non migliaia di studenti facevano pellegrinaggio per poter studiare presso il Dott. Erickson. La sua notorietà era così diffusa che le persone venivano da vicino e da lontano per vederlo.

Quello che iniziò come un gruppo occasionale, andò avanti come una pratica principalmente clinica e si sviluppò in una serie di seminari didattici, che duravano una settimana, nei quali un gruppo auto-selezionato sarebbe venuto a studiare con il Dott. Erickson. Infine, questo diventò il focus della sua professione fino al termine della sua vita. Egli credeva che, rivolgendosi agli studenti, potesse soddisfare i bisogni terapeutici di molti più pazienti rispetto a quanto potesse vederne individualmente; così accolse l'opportunità di estendere la propria portata.

Gli studenti erano di ogni livello – alcuni professionisti affermati in cerca di arricchimento del loro repertorio; altri, studenti universitari desiderosi di essere sostenuti. Alcuni covavano problemi che speravano di risolvere convincendo il Dott. Erickson a fare una seduta privata. Altri cercavano solo di affinare le loro competenze. Alcuni studenti e gruppi vennero ripetutamente, alcuni registravano le sessioni e altri scrivevano riguardo ciò che avevano appreso. Molti riferirono che le sessioni durate una settimana abbiano cambiato loro la vita.

La famiglia Erickson continuò a gestire le sessioni con l'assetto di “mamma e papà”, con Elizabeth che spesso portava un vassoio di limonata durante le pause pomeridiane. La segretaria part time del Dott. Erickson, Maretta Ramirez, scriveva la sua corrispondenza seduta al tavolo della cucina e rispondeva al telefono quando era presente, ma negli altri casi erano Elizabeth o il Dott. Erickson stesso a prendere le telefonate e organizzare i vari impegni. Gli Erickson erano d'accordo di non prenotare le sessioni di formazione con largo anticipo, sei mesi era il tempo che sentivano adeguato per poter prevedere la capacità fisica di lavorare del Dott. Erickson.

Molti dei gruppi contavano otto partecipanti ed erano auto-organizzati. Alle volte un singolo partecipante desiderava assistere, perciò veniva inserito in un gruppo più piccolo. Le sessioni si tenevano generalmente di lunedì, martedì, giovedì e venerdì. Il giorno infrasettimanale e il weekend liberi risultavano abbastanza flessibili da permettere al Dott. Erickson di dedicare tempo a individui che avessero bisogni o abilità speciali. I seminari divennero un flusso di energia che si autoalimentava – un vitigno teso verso coloro che desideravano una crescita professionale.

Milton ed Elizabeth Erickson davano molto valore alle loro alleanze professionali di lunga data, mantenendo amicizie per decenni. Dal momento in cui i seminari formativi crebbero in popolarità, essi “adottarono” vari professionisti come amici speciali, aprendo a loro i cuori e le porte di casa. Jeff Zeig, Ernest Rossi, John Beahrs, Marion Moore e molti altri divennero ospiti regolari, alloggiando nella *Little House* per giorni o anche settimane. Dopo che Roxanna, la settima figlia, tornò ad abitare in casa mentre frequentava la scuola di infermieristica all'Arizona State University, quando vi erano ospiti, lei liberava la *Little House*, dove stava, e si spostava nell'abitazione principale. In rare occasioni, capitò che un ospite venisse invitato a stare nella seconda camera da letto della casa. In quel periodo, il più giovane dei figli di Erickson, Robert, e sua moglie, Kathy, acquistarono una casa a pochi isolati di distanza.

Il Dott. Erickson amava ospitare grandi cene di famiglia che includessero sia i membri della famiglia sia gli studenti favoriti.

Gli Erickson valorizzavano le relazioni, la comunicazione, l'esplorazione e l'adattamento. Trovavano bellezza nella quotidianità e nel portare il potere della guarigione da se stessi verso coloro che li circondavano. I loro modesti appartamenti e lo stile di vita familiare veicolavano un messaggio di valori che parla tutt'ora ai visitatori che vengono da tutto il mondo ad esplorare. Non cessa mai di stupire i visitatori il fatto che un così grande maestro apprezzasse uno stile di vita così semplice. Il Dott. Erickson non si scusò mai per i suoi pochi e modesti arredi, piuttosto egli enfatizzava l'esperienza del vivere la vita così com'è. Quando aprì per la prima volta il suo studio di Cypress Street senza scrivania e con solo un paio di sedie e un tavolino pieghevole, egli disse: "Io sono qui, e così anche il paziente."

Ad oggi, la casa di Hayward/Erickson Museum è gestita con amore dalla dedita custode Ceil Gratz, la quale è ed è stata una preziosa amica di famiglia per molti anni. Gratz è, inoltre, guida turistica per il museo. Nella sede è stato creato un negozio di souvenir caratteristico e i membri della famiglia contribuiscono con il loro tempo e la loro competenza per supportare il museo.

Wizard of the Desert: Nel 2011, la Fondazione fu coinvolta in uno sforzo creativo --- la produzione di "Wizard of the Desert" (Il Mago del Deserto), un importante film riguardo la vita e il lavoro del Dott. Erickson, creato da un rinomato regista, Alex Vesley della Noetic Films. Viennese di nascita, Vesley, uno psicoterapeuta abilitato e anche nipote di Viktor Frankl, vinse il premio California Films Award Diamond Award per il suo film, "Viktor and I." "Wizard of the Desert" fu programmato per uscire alla Conferenza Evolution of Psychotherapy ad Anaheim, nel Dicembre 2013.

Direzioni Future: La Fondazione guarda avanti per ancora molti anni per poter offrire opportunità formative eccezionali a professionisti di salute e salute mentale attraverso conferenze, workshop, seminari, programmi di formazione e gli Archivi e la Tipografia della Fondazione.

"Quando avviai la Fondazione", ricorda Zeig, "pensavo avrebbe avuto un impatto per 10 anni e poi si sarebbe dissolta nell'oscurità. Ancora oggi, vedo che la mia prospettiva era limitata perché la Fondazione si è rivelata essere ancora più vitale nel ventunesimo secolo e sono sicuro che continuerà ad avere un impatto nell'indeterminato futuro."

<https://store.erickson-foundation.org/foundation-press/>

<https://www.ericksoncongress.com/>

<http://brieftherapyconference.com/>

<http://www.couplesconference.com/>

<http://erickson-foundation.org/training/intensives/>

<http://erickson-foundation.org/training/master-class/>

www.erickson-foundation.org/newsletter

<http://erickson-foundation.org/erickson-museum/>

<https://www.erickson-foundation.org/wizard-desert/>

Glossario della Terminologia Ericksoniana

A

Alleanza – Relazione collaborativa caratterizzata da forti sentimenti di apprezzamento, fiducia, rispetto e interesse reciproco. *(Anche chiamata: Legame o Rapport)*

Ambiguità – Uso strategico di informazioni non specifiche nella comunicazione, che rimangano aperte a significati e interpretazioni multiple, affidando all’immaginazione e alla creatività del cliente l’implementazione e la risoluzione. *(Anche chiamata: Suggerimento a Finale Aperto)*

Compito Ambiguo – Condurre il cliente al completamento di un esercizio simbolico, ma senza fornire dettagli riguardo il motivo per cui si esegue il compito o cosa ciò possa significare per il cliente. *(Vedi anche: Assegnazione di un Compito)*

Predizione Ambigua – Suggerimento che un cambiamento non specifico sia imminente e che esso si realizzerà quando il cliente sarà pronto. *(Anche chiamata: Aspettativa per la Risposta)*

Analogia – Parallelismo implicito o esplicito che fornisce una prospettiva diversa o un arricchimento nella comprensione.

Ancoraggio – Creazione di un collegamento psicologico tra un’esperienza e un’altra. Per esempio, collegare sentimenti di sicurezza ad un’immagine, legare l’autostima ad una parola chiave o connettere il rilassamento ad un contatto fisico, etc. *(Anche chiamato: Risposta Condizionata)*

Aneddoto – Narrazione di un evento interessante o divertente, allo scopo di comunicare nuove idee o evocare un particolare argomento a partire dal passato esperienziale del cliente.

Apposizione di Opposti – Giustapposizione o collegamento di concetti opposti nella stessa frase o nello stesso insieme di direttive, un ossimoro (per esempio, “piacere vizioso”). Può essere usato nell’ipnosi terapeutica indiretta, dove un problema viene sperimentato in una parte del corpo, come una mano, e l’opposto nell’altra mano, facilitando nuovi e creativi risultati.

Approccio Permissivo – Stile terapeutico flessibile e che permette la massima autonomia del soggetto.

Approfondimento – Processo attraverso cui un soggetto ipnotico viene guidato verso una percezione più intensa dello stato modificato di coscienza.

Arousal – Stato di elevata attività psicologica, aspettativa o prontezza di reazione, nel quale l'integrazione o la risoluzione spesso hanno luogo. In ipnosi, si riferisce spesso ad uno stato temporaneo di riorientamento, successivo all'attività di trance. Nel processo di lavoro emozionale, si riferisce spesso ad un cambiamento di stato causato dall'intensificazione dell'emozione (ovvero, arousal emotivo).

Stato Creativo – Stato modificato di coscienza associato ad un incremento della capacità d'intuizione creativa. (*Anche chiamato "Mentalità Creativa"*)

Stato d'Apprendimento – Stato modificato di coscienza associato a un incremento della capacità di apprendimento. (*Anche chiamato "Mentalità d'Apprendimento" o "Mentalità di Crescita"*)

Stato di Performance – Stato modificato di coscienza associato a un incremento della capacità per l'esecuzione automatica e senza sforzo di categorie di competenze altamente sviluppate. Fenomeni ipnotici come la distorsione del tempo sono associati a questo stato. (*Anche chiamato "Flusso" o "being in the zone" - "essere nella zona"*)

Stato di Rilassamento – Stato modificato di coscienza comunemente associato con l'ipnosi o l'induzione ipnotica. Lo stato di rilassamento ha lo scopo di creare una sensazione di sicurezza e di comfort fisiologico, così come si vive durante il sonno naturale o durante l'attività parasimpatica.

Stato di Trance – Stato modificato di coscienza associato con un incremento della responsività alle idee e alle sensazioni. Lo stato di trance può essere profondo, così che il soggetto sia minimamente responsivo agli stimoli ambientali e tuttavia intensamente focalizzato sulle proposte, o lo stato di trance può essere leggero, durante il quale i processi inconsci sono sintonizzati ai suggerimenti mentre la mente conscia rimane vigile. Nel caso della trance vigile, il soggetto è in grado di conversare ed eseguire le attività quotidiane rimanendo assorbito dagli eventi interni.

Aspettativa – Risultato atteso di una situazione, di un suggerimento o di un piano d'azione.

Aspettativa di Risposta – Credenze delle persone riguardo le loro reazioni a specifici eventi, specialmente reazioni emotive o non volontarie. Ciò può far parte delle loro limitazioni apprese.

Assegnazione del Compito – Guidare la persona a fare un esercizio terapeutico tra le sedute (compito comportamentale), o ad eseguire un compito ambiguo che abbia importanza simbolica (compito simbolico), o a pensare a qualcosa tra le sedute (compito deliberativo), o di percepire qualcosa in modo nuovo (compito percettivo).

Assenza Evidente – Mancanza di un elemento che ci si aspetterebbe essere presente. Spesso usata come mezzo indiretto per comunicare idee. (*Vedi anche: Suggerimento Indiretto*)

Assorbimento – Focalizzazione interna o esterna dell'attenzione, durante la quale le attività psicologiche acquisiscono priorità rispetto alle esperienze esterne. Creare un evento con coinvolgimento fisico che contenga elementi di mistero, novità, intrigo o profonda riflessione. (*Vedi anche: Fissazione dell'Attenzione*)

Attenzione – Aspetto della consapevolezza che si riferisce alla focalizzazione su specifici elementi di un'esperienza, un'attività o un compito. (*Anche chiamata: Concentrazione o Focus*)

Attenzione Reattiva – *Vedi Suggestionabilità.*

Attitudine – Una valutazione di insieme di un oggetto, un evento o un insieme di idee, che contiene valenza positiva o negativa.

Auto-Ipnosi – Quando un soggetto prende l'iniziativa nell'indurre su di sé di una trance ipnotica allo scopo di stimolare cambiamenti automatici. Ciò può essere fatto sia in presenza dell'ipnotista, sia in privato.

B

Blocco – Interruzione di un pensiero o di un'espressione promossa da fattori inconsci, suggerimenti o influenze esterne.

C

Catalessi – Sospensione temporanea della mobilità di certe parti del corpo o di tutto il corpo. Può essere causata da fattori psicologici, da dinamiche psicologiche o come risultato di un suggerimento. (*Anche chiamata: Immobilità Catalettica*)

Catalizzatore – Persona, oggetto o evento che stimola energia, attività e cambiamento.

Causalità Implicita – Lo stabilire una relazione di causa-effetto senza che sia implicata una valutazione cosciente.

Cliente – Individuo in cerca di assistenza psicologica o emotiva da parte di un professionista che fornisca cure e quindi colui verso il quale il terapeuta ha una responsabilità fiduciaria, l'obbligo alla riservatezza e il diritto di una comunicazione privilegiata. *(Anche chiamato: Paziente)*

Collaborazione – Relazione stabilita allo scopo di risolvere un problema, nella quale tutti gli attori sono attivamente coinvolti e trattati come validi partecipanti.

Collegamento – Il collegamento è una forma di guida nella quale nuove idee vengono legate a comportamenti esistenti o ad associazioni interne. Per esempio, il terapeuta potrebbe dire, "Ogni volta che verrai in terapia, noterai che la terapia si fa sempre più facile e che stai aumentando gradualmente i progressi che realizzi." Il cliente ha già stabilito la propria abilità di venire in studio, quindi il terapeuta collega semplicemente il venire in terapia con il fare progressi. *(Vedi anche: Ancoraggio)*

Competenza Chiave – Abilità misurabile di eseguire o portare a termine un'azione o un compito necessari per una performance efficace. Le competenze chiave includono conoscenze, capacità e abilità che sono richieste prima che un terapeuta esperto possa dire di utilizzare un particolare modello.

Comportamento – Attività identificabile che può essere osservata, misurata e potenzialmente predetta o modificata. Il comportamento può essere esperito come volontario o involontario.

Comunicazione – Qualsiasi azione o espressione attraverso cui vengano trasmesse idee, sentimenti o conoscenze da un individuo ad un altro.

Comunicazione Multi-Livello – Messaggio che si rivolge simultaneamente a molteplici problematiche, usando varie tecniche espressive, come le metafore, le modulazioni, il tono della voce o altre tecniche indirette che comunichino idee a diversi livelli interpretativi.

Comunicazione Simbolica – Metodo per illustrare idee utilizzando associazioni inconscie che si creano attorno a specifici oggetti o strumenti linguistici.

Confusione – Destabilizzazione temporanea del monitoraggio conscio dovuto all'interruzione dell'orientamento verso il tempo, lo spazio, la persona e il significato degli eventi (*Vedi Destabilizzazione*)

Induzione Confusiva – Tecnica di induzione ipnotica sviluppata da Milton H. Erickson, in cui il soggetto fugge da stimoli verbali o fisici confondenti scivolando in uno stato di trance.

Tecnica della Confusione – Tecnica sviluppata da Milton H. Erickson per superare la resistenza e aumentare la responsività ai suggerimenti successivi. Talvolta è utilizzata per rendere più profondo uno stato di trance già in essere.

Consenso Informato – Processo formale, tipicamente per iscritto, nel quale viene raggiunta una comprensione e un accordo volontari tra due parti prima dell'azione.

Cornice di Riferimento – Informazioni contestuali fondamentali per la valutazione.

Corrispondenza – Validazione indiretta delle credenze, della personalità, del linguaggio, della postura e della respirazione del cliente, nel momento in cui il terapeuta impiega con discrezione lo stesso comportamento. (*Anche chiamato: Imitazione Motoria, diverso dal Monitoraggio*)

Cucire su Misura – Modificare l'approccio del trattamento e dello stile relazionale per adattarsi ai bisogni unici e alle capacità di uno specifico cliente o soggetto. Viene considerato uno dei principi definitori della terapia Ericksoniana ed è una delle competenze chiave. (*Anche chiamato: Trattamento Individualizzato*)

D

Definizione dei Ruoli – Considerare il ruolo del cliente come agente primario del cambiamento esplicito (ovvero, creare l'attribuzione interna del cambiamento).

Depotenziamento – *Vedi Destabilizzazione.*

Destabilizzazione – Interruzione temporanea degli abituali schemi, sistemi di credenze o monitoraggi consci, durante cui viene inibita l'espressione delle risposte condizionate. Si ritiene sia essenziale affinché il cliente diventi più flessibile e aperto a nuovi modi di fare esperienza, apprendere e adattarsi. Era considerato, da Milton Erickson ed Ernest Rossi, come uno dei principi definitori della terapia di

Erickson ed è una competenza chiave dell'attuale pratica Ericksoniana (*Anche chiamata: "Depotenziamento" o "Tecnica della Confusione"*)

Disambiguazione – Rimuovere l'incertezza di significato da un'esperienza, affrontando entrambi gli aspetti dell'ambivalenza del cliente. Per esempio, il paziente può, al contempo desiderare che la terapia abbia successo e che essa fallisca; in questo caso si fanno fallire alcuni aspetti della terapia (come l'induzione alla trance) raggiungendo comunque il successo in altre aree.

Disseminazione – Ripetizione di un'idea all'interno di una conversazione casuale, usando mezzi indiretti come il timing, la tonalità e l'enfasi posta su parole specifiche.

Dissociazione – Sensazione di sentirsi separati da un aspetto di sé, sebbene ancora connessi a un'identità definita del sé (per esempio: una persona può dissociarsi dall'esperienza che sembra essere appena accaduta o dal dolore in una parte del corpo) (*Vedi anche: Esternalizzazione*)

Doppio Legame: La tecnica del doppio legame impiega una dicotomia in cui entrambe le opzioni rappresentano un miglioramento. Questa tecnica oscura la possibilità di risultati negativi, legando il progresso terapeutico ad azioni in entrambe le direzioni. Per esempio, la frase "Puoi capire questo concetto ora o rimanere confuso/a e raggiungere un'intuizione più profonda più tardi" valida la libertà di scelta e al contempo crea l'aspettativa di miglioramento a prescindere dalla risposta. Quando solo una delle due opzioni viene esplicitamente dichiarata e l'alternativa implicita viene poi scelta dal cliente, allora viene attivata una forma di coinvolgimento inconscio. Per esempio "Non so quando inizierai a notare che il cambiamento sta iniziando ad avvenire. Potresti fare molti progressi e non notarli neanche". L'opzione alternativa, che non è stata menzionata, è che il cliente scelga di avere una consapevolezza conscia immediata del miglioramento.

E

Effetto Palla di Neve – Fenomeno comportamentale in cui un piccolo cambiamento porta ad una serie di continui cambiamenti, così che si riduca la necessità di interventi prolungati. Erickson costruiva spesso la terapia in modo tale che la modifica di un piccolo elemento potesse dare inizio ad una serie di cambiamenti positivi che si auto-alimentassero. (Si è convenuto che questa dinamica sia essenziale per la terapia breve)

Elicitazione – Affidabile produzione di una risposta ad uno stimolo. In ipnosi, si elicitava una trance invitando il soggetto a rispondere.

Esercizi – Attività strutturate praticate dagli studenti per rinforzare competenze specifiche (*Anche chiamati Compiti*).

Esperienziale – Processo di apprendimento che si verifica attraverso l'esperienza diretta, osservando, imbattendosi o partecipando in prima persona ad un evento. Qualsiasi tentativo di facilitare l'apprendimento attraverso l'esperienza e l'adattamento, con seguente riflessione sull'azione. È una forma attiva di apprendimento che si distingue da quello mnemonico o didattico, in cui l'allievo gioca un ruolo relativamente passivo. Gli esercizi esperienziali, come l'ipnosi, vengono utilizzati per raggiungere stati modificati di coscienza o stati di coscienza più alti, cosicché le realtà subconscie vengano identificate e modificate. Altri esercizi esperienziali includono i giochi di ruolo, l'*imagery* guidata, l'uso di supporti come le sedie vuote ed esperimenti interpersonali. È considerata una caratteristica essenziale della terapia Ericksoniana ed è una delle competenze chiave.

Esternalizzare – Esercizio esperienziale durante il quale il cliente si dissocia dal sintomo o dal comportamento problematico affrontandolo come un'entità separata da sé. Sovente si realizza attraverso mezzi di personificazione (per esempio, dando un nome al sintomo) o utilizzando dei supporti. (*Questa tecnica terapeutica non è da confondere con i "Disturbi Esternalizzanti", i quali rappresentano un'ampia categoria diagnostica che comprende una classe di disturbi del comportamento associati alla negazione di responsabilità*)

Evocare – Utilizzo di uno stimolo (*spesso chiamato Catalizzatore*) per suscitare una reazione desiderata.

F

Fenomenologia – Studio delle strutture della coscienza, così come vengono esperite in prima persona (ovvero, la realtà soggettiva). La struttura centrale di un'esperienza è la sua intenzionalità, il suo essere diretta verso qualcosa, dal momento che essa è un'esperienza di o relativa ad un oggetto. È un approccio alla materia psicologica che affonda le proprie radici nel lavoro filosofico di Edmund Husserl (*Ricerche logiche, 1901*).

Fissazione dell'Attenzione – Utilizzazione di un interesse, una curiosità o l'attrazione verso un fenomeno interno o esterno per creare uno stato di assorbimento. Spesso usato per facilitare uno stato naturalistico di trance (*Vedi anche: Assorbimento*)

Focus sul Futuro – Dirigere l'energia del *problem solving* verso obiettivi futuri (che siano concreti e raggiungibili) e sogni a lungo termine (che ispirino speranza e la percezione di avere uno scopo), in contrapposizione alle terapie che si focalizzano sulla risoluzione di problematiche relative all'infanzia o alle relazioni passate.

Focus sui Punti di Forza – Qualsiasi tentativo di dirigere l'attenzione verso i punti di forza e le virtù che permettono agli individui, alle famiglie e alle comunità di prosperare. *(Anche chiamato: Psicologia Positiva e Approccio Basato sulle Competenze)*

I

Implicazione – Comunicazione di una specifica credenza senza dichiararla esplicitamente, spesso sottoforma di premessa implicita che certe azioni avranno o hanno già avuto luogo (per esempio, "Hai già trovato un buon momento per esercitarti?" che assume che l'individuo abbia la volontà di esercitarsi e che verrà stabilita una routine). *(Anche conosciuta come Presupposizione)*

Incorporazione – Utilizzazione di reazioni inaspettate, eventi non pianificati o altre possibili distrazioni a scopo terapeutico.

Induzione Conversazionale – Momenti di assorbimento spontaneo che conducono a uno stato modificato di coscienza (senza la presenza di sequenze di induzioni ipnotiche). Questo processo naturalistico si nota in tutti gli individui. *(Anche chiamato Ipnosi Conversazionale o Comune Trance Quotidiana)*

Induzione per Stretta di Mano – Tecnica di induzione ipnotica sviluppata da Milton H. Erickson che fa uso del tradizionale gesto di saluto. L'induzione coinvolge l'uso del tatto, del movimento ambiguo e dell'improvvisa interruzione della sequenza comportamentale abituale, per creare confusione e una reazione attentiva.

Interruzione di Pattern – Sperimentare nuovi comportamenti o pensieri che si adattano alle limitazioni auto-imposte del cliente mentre si cambia progressivamente il *pattern* stabilito (ovvero, cambiare il modo in cui il *pattern* viene attuato).

Spostamento del Sintomo – Direttiva a esperire in modo intenzionale il sintomo in una posizione spaziale nuova (per esempio, muovere una paralisi al braccio in un dito mignolo o una fobia in una sedia).

Abbellimento del Sintomo – Direttiva a continuare a esperire il sintomo ma con una maggiore frequenza, intensità, durata o con una complessità maggiore del *pattern* sintomatico (*Un suggerimento terapeutico ad abbellire i sintomi è una direttiva paradossale*).

Programmazione del Sintomo – Direttiva a mettere in pratica il sintomo, ma con dei cambiamenti nella frequenza, nella durata, nella posizione spaziale o nel momento della giornata in cui esso si presenta.

Sostituzione del Sintomo – Direttiva a sostituire un sintomo altamente debilitante con un nuovo sintomo che sia abbastanza innocuo. (*Nota: questo termine ha un significato differente nel mondo analitico*)

Intervento – Qualsiasi azione del terapeuta che sia pensata per produrre un beneficio terapeutico.

Intervento Paradossale – Direttive che alterano l'esperienza del comportamento non volontario stimolando processi intenzionali.

Prescrivere la Resistenza – Quando ad un cliente resistente si indica di resistere nei confronti dell'influenza del terapeuta o dell'operatore ipnotico (per esempio, "Nel momento in cui io conduco l'induzione ipnotica tu puoi rimanere sempre più sveglio, e sempre più sveglio, e sempre più sveglio").

Prescrivere la Ricaduta – La possibilità di un breve riemergere del comportamento sintomatico viene ristrutturato come prova del miglioramento continuo (per esempio, "Imparerai ad auto-controllarti più profondamente se contrasterai ciò con una breve ricaduta").

Prescrizione del Sintomo – Riorientamento verso il sintomo come comportamento necessario che ha uno specifico impiego (per esempio, "Hai bisogno di tenere un po' della tua ansia cosicché tu sia ancora capace di essere prudente quando necessario"). (*Vedi anche: Interruzione del Pattern*)

Trasformazione del Sintomo – *Vedi: Utilizzazione.*

Intuitivo – Uso dell'intuizione, percezione o ragionamento che sia immagazzinato ad un livello di consapevolezza implicita e quindi non del tutto accessibile all'esame della coscienza logica. (*Anche chiamato: Ragionamento Implicito*)

Ipnosi – Termine introdotto da James Braid (1843), che viene ancora usato per descrivere un'ampia classe di terapie suggestive. Milton H. Erickson introdusse varie definizioni dell'ipnosi dipendenti dal contesto. Una definizione che Erickson scrisse per la Collana *Enciclopedia Britannica* pubblicata dal 1954 al 1973: "Termine applicato ad un tipo molto particolare di comportamento complesso e insolito, ma normale, che in condizioni opportune può essere sviluppato probabilmente da tutte le persone comuni

e anche dalla gran parte di quelle che hanno problemi di salute. Si tratta principalmente di una speciale condizione psicologica speciale con specifici attributi psicologici che assomiglia solo superficialmente al sonno ed è contrassegnata da un funzionamento dell'individuo ad un livello di consapevolezza diverso dal livello conscio ordinario. Il funzionamento a questo speciale livello di consapevolezza è caratterizzato da uno stato di ricettività e responsività nel quale, ad apprendimenti e a conoscenze esperienziali interne, possono essere attribuiti valori comparabili o addirittura uguali a quelli ordinariamente dati solo agli stimoli della realtà esterna.”

Ipnosi Indiretta – Approccio terapeutico nel quale un ipnoterapeuta usa un focus dell'attenzione indiretto per offrire suggerimenti ipnotici; il focus indiretto può coinvolgere un soggetto specifico e un setting che permetta ad altri partecipanti di entrare nell'esperienza ipnotica, oppure può coinvolgere l'attenzione focalizzata su altri processi. *(Vedi anche: Trattamento Parallelo)*

Ipnoterapia – Trattamento delle malattie mentali, dei sintomi somatici e dei disturbi del comportamento in cui un professionista della salute formato e abilitato inserisce l'utilizzo dell'ipnosi terapeutica come parte del processo d'intervento.

L

Levitazione – Suggestire la sensazione di movimento automatico e privo di sforzo in qualche parte del corpo.

Levitazione del Braccio – Sollevamento del braccio, spesso usato come forma di ratifica della trance o come segnale che un tipo di lavoro di processo profondo sta avendo luogo.

Levitazione della Mano – Sollevamento della mano ma senza movimento del braccio.

Levitazione del Dito – Sollevamento di uno o più dita, spesso usato come tecnica di segnalazione, in una struttura del tipo “sì” “no”, con risposte attribuite al lavoro di processo inconscio.

Levitazione della Gamba – Sollevamento dal pavimento di una o di entrambe le gambe, tipicamente attraverso la distensione del ginocchio, spesso usata per ratificare alcuni importanti cambiamenti nell'esperienza somatica (per esempio, “Le tue gambe sono leggere, libere dal dolore e piene di energia”).

M

Mente Conscia – Consapevolezza esperienziale che può essere descritta attraverso il linguaggio, la logica, le sensazioni o ricordi e idee specifici.

Mente Inconscia – Termine tradizionalmente usato per descrivere il magazzino delle esperienze di vita e delle capacità, include le tendenze naturali di auto-conservazione e preservazione che non sono riconosciute a livello di consapevolezza conscia. I ricercatori moderni sono più propensi ad usare il termine “processi inconsci”. (*Nota: questo termine in psicanalisi ha un significato differente*)

Metafora – Riferimento simbolico o parallelo nel quale un argomento viene utilizzato per metterne in luce un altro. Ciò include aneddoti, analogie, storie, giochi di parole, indovinelli, barzellette e frasi idiomatiche.

Meta-messaggio – Ampia idea sottostante comunicata attraverso una nozione più semplice e più velocemente afferrabile.

Minimal Cues – La più piccola quantità di stimolo necessaria per stimolare un’azione ma senza attirare l’attenzione conscia verso il segnale comportamentale, consentendo che la reazione sia esperita come naturale e automatica. Il segnale è impercettibile o subliminale. Tipicamente è pensato per innescare una sequenza comportamentale, cognitiva o delle associazioni emotive (per esempio, sorridere allo scopo di elicitare sentimenti di comfort e sicurezza, o un cambiamento nella tonalità e nel ritmo della voce per segnalare l’induzione alla trance).

Monitoraggio – Forma di riscontro verbale che descrive il comportamento del cliente in modo da incrementare l’auto-consapevolezza o l’auto-coscienza. (*Diverso da Corrispondenza*)

N

Naturalistico – qualsiasi tentativo di creare l’aspettativa che il cambiamento avverrà in maniera naturale e automatica, mentre si elicitano processi naturali di guarigione, crescita, apprendimento e adattamento. L’approccio naturalistico è complementare all’utilizzazione e si muove da un’attitudine di rispetto per la virtù della mente e del corpo del cliente (ovvero, i cambiamenti migliori provengono dall’interno). È considerato uno dei principi definitori della terapia Ericksoniana ed è una competenza chiave.

Normalizzare – Tecnica di ristrutturazione che riorienta il cliente verso un sintomo tale per cui esso non sembri più patologico o anormale.

Novità – Esposizione ad esperienze nuove o non familiari.

Nucleo del Problema – Termine usato da Erickson per descrivere i punti focali ad alto rendimento per la risoluzione del problema. Anche chiamato “fulcro del problema”, è la questione che una volta risolta andrà ad eliminare automaticamente molti altri problemi.

O

Ordalia – Una consegna terapeutica nella quale un compito negativo viene abbinato alla comparsa del sintomo, allo scopo di diminuire la probabilità che si ripresenti. *Nota: perché una consegna sia terapeutica, piuttosto che abusante, deve sempre essere sicura, rispettosa di tutti coloro che sono coinvolti e scelta liberamente. Prima di tutto, il terapeuta Ericksoniano esperto deve sempre cercare di non fare del male.*

P

Persuasione Coercitiva – Qualsiasi tecnica pensata per manipolare il pensiero umano o agire contro il desiderio, la volontà o senza avere il consenso del destinatario. *(Anche chiamata: “Lavaggio del cervello”, “Potere Coercitivo”, “Manipolazione” o “Indottrinamento”)*

Piggy Back – *Vedi Trattamento Parallelo.*

Potenziamento Motivazionale – Varietà di metodi usati per aumentare la prontezza all’azione del cliente come agente primario di cambiamento. Essi possono essere lineari, come offrire incoraggiamento; o paradossali, come la restrizione del miglioramento al “non ancora”; o emotivi, come evocare la rabbia.

Pratica Ericksoniana – Strategie e tecniche psicoterapeutiche sviluppate, esplorate e insegnate da Milton H. Erickson e ampliate dai suoi allievi. (anche conosciuta come pratica Ericksoniana o approccio Ericksoniano)

Prescrivere la Resistenza – *Vedi Intervento Paradossale*

Presupposizione – *Vedi Implicazione*

Problema – Discrepanza tra ciò che accade e il risultato atteso o desiderato. La risoluzione del problema è, quindi, un cambiamento nel comportamento, un cambiamento nelle aspettative o entrambi, così che la discrepanza non esista più.

Provocazione – Qualsiasi tentativo di stimolare una più grande attività da parte dei clienti verso la scoperta delle loro proprie soluzioni e intuizioni. Questo “evocare le soluzioni” è spesso fatto in una modalità multi-strato costituita da metafore, il tono della voce, linguaggio figurato e dinamiche interpersonali (per esempio, “fare l’avvocato del diavolo”). L’uso della provocazione è basato sul presupposto che le persone cambiano e crescono in risposta alle sfide.

R

Ratifica – Rinforzo di un’idea attraverso input esperienziali.

Ratifica della Trance – Aumento dell’aspettativa di risposta a seguito della prova che il soggetto sta reagendo ad un suggerimento ipnotico (per esempio, vedere la mano di una persona alzarsi nell’aria in risposta a suggerimenti di levitazione della mano) o si verifica la presenza del fenomeno ipnotico, come la distorsione del tempo (per esempio, chiedendo a lui/lei da quanto tempo pensa di avere avuto gli occhi chiusi). Se le aspettative del cliente relative al miglioramento nella terapia si basano sull’idea di andare in trance, allora diventa necessario dimostrare che qualcosa di significativo a livello psicologico è per davvero avvenuto.

Ricalco – Processo naturalistico, piuttosto che meccanico, nel quale le richieste della terapia sono cucite su misura in modo da adattarsi ai bisogni del cliente. Richiede l’uso di competenze osservazionali e valutazione clinica per stabilire il ritmo e la durata delle attività terapeutiche.

Rievocare – Aiutare la persona ad avere accesso ad un apprendimento stato dipendente o ad abilità e risorse dimenticate.

Rispecchiamento – Tentativo di accrescere la percezione di familiarità e accoglimento adottando il vocabolario e il punto di vista del paziente (diverso dalla tecnica Rogersiana dell’“ascolto riflessivo”).

Rifocalizzazione – *Vedi Tecnica della Distrazione.*

Ristrutturazione – Improvviso, spesso inaspettato, riorientamento verso nuovi significati o nuove interpretazioni di un evento particolare. Il più delle volte, un tentativo di cambiare il modo in cui viene

visto un problema, tuttavia possono essere ristrutturate anche le soluzioni e il mancato miglioramento. La ristrutturazione non è un evento esperienziale, non in senso tipico. Ciò perché, piuttosto che creare una nuova esperienza su cui riflettere, il terapeuta identifica un'esperienza esistente ed offre opportunità valide di apprendimento, una volta che essa viene presa nuovamente in considerazione.

Riorientamento – Significativo cambiamento di prospettiva o di cornice di riferimento.

Progressione d'Età – Riorientamento rispetto al tempo, durante il quale una persona partecipa ad eventi futuri (Anche chiamata *progressione nel futuro*).

Regressione d'Età – Riorientamento rispetto al tempo, durante il quale la persona rivive degli eventi del passato.

Ripartizione – Dividere un concetto, un'esperienza o un'azione in componenti più piccole. (*Anche chiamata: Frazionamento o Frammentazione*)

Mirroring (Rispecchiamento) – *Vedi: Corrispondenza*

Realtà Soggettiva – Percezione di un individuo in prima persona dell'ambiente e del significato degli eventi che avvengono in esso. (*vedi anche: Fenomenologia*)

Resilienza – La capacità di superare le avversità e l'abilità di recuperare velocemente dopo una malattia, un cambiamento o da una sventura.

Resistenza – Il fallimento di un individuo di attenersi alle richieste situazionali, come l'opporci del soggetto ai suggerimenti o l'opporci del cliente al trattamento.

Rivivificazione – L'esperienza di rivivere eventi emotivamente significativi con un pieno coinvolgimento sensoriale. Può essere usato per memorie gioiose positive così come con ricordi difficili o negativi.

Rigidità – Riduzione della capacità adattiva dovuta all'inflessibilità.

Rigidità Fisiologica – Riduzione nel movimento dei sistemi muscolari/scheletrici (per esempio, catalessi).

Rigidità Psicologica – Resistenza a idee, percezioni o esperienze nuove (per esempio, l'ortodossia o il fondamentalismo).

Rituali – Categoria prescritta di comportamenti che ispirino un significato più ampio rispetto al risultato pratico del comportamento stesso (per esempio, il rituale di scalare la cima della Squaw Peak era pensato per ottenere qualcosa di più rispetto al semplice raggiungere la vetta di un promontorio).

S

Scala del Sintomo – Scala di valutazione usata per comunicare l'intensità dei sintomi (per esempio, "Da 0 a 10, dove si posiziona il tuo sintomo in questo momento?"). La scala del sintomo è spesso usata per porre attenzione conscia su come si modifica il sintomo nel tempo.

Scoperta – Processo di consapevolizzazione rispetto all'esistenza di risorse, informazioni o elementi che sono disponibili all'utilizzo.

Scrittura Automatica – Fare in modo che il cliente scriva un testo o disegni delle immagini mentre l'attenzione conscia è distratta. È utilizzata durante la trance come mezzo per descrivere le esperienze implicite o per trovare risposte che non sono disponibili a livello conscio.

Segnali Ideomotori – Tecnica per la comunicazione con i processi inconsci attraverso gesti, solitamente un segnale di un dito o una mano. Per segnalare di risposte del tipo si/no, può essere usato anche un pendolo

Semina – Esposizione graduale a nuove idee o nuovi comportamenti e loro successiva elaborazione, precedente al loro utilizzo per scopi terapeutici. (Anche detto *Priming*)

Shock – Introduzione improvvisa di uno stimolo inaspettato che porta con sé forti elementi emotivi e per il quale non vi è una precedente preparazione psicologica. Usato in terapia per facilitare l'assimilazione di nuove idee e comprensioni o per focalizzare l'attenzione (*Anche chiamato: Sorpresa*).
Nota: affinché il comportamento del terapeuta risulti terapeutico, piuttosto che abusante, deve essere sempre sicuro, rispettoso di tutti coloro che sono coinvolti e scelto liberamente. Prima di tutto, il terapeuta Ericksoniano esperto deve cercare di non nuocere né fisicamente, né emotivamente.

Sintomo – Comportamento concreto o evento sintomatico non volontario per sua natura e diventato associato a esperienze di sofferenza fisica o mentale. Nella terapia Ericksoniana il termine non viene

usato a scopi diagnostici, ma piuttosto per identificare l'obiettivo dell'utilizzazione o di altri strumenti di intervento terapeutico. (Vedi anche: "Intervento Paradossale" e "Interruzione di Pattern")

Soggetto – Termine usato in ipnosi per indicare il destinatario del suggerimento ipnotico.

Speranza – Aspettativa che qualcosa di buono succederà nonostante probabilità sfavorevoli.

Sperimentare – In terapia, esposizione ad una condizione innovativa che è progettata per fornire la spinta alla scoperta e l'apprendimento costante attraverso l'esplorazione continua.

Stato-Dipendente – Associazione tra un funzionamento psicologico e condizioni di consapevolezza.

Comportamento Stato-Dipendente – Azioni associate ad un particolare livello di consapevolezza o tipo di esperienza (per esempio, la trance).

Apprendimento Stato-Dipendente – Assimilazione di informazioni associata a condizioni particolari che accompagnano il processo di apprendimento. Può essere costruito intenzionalmente o avvenire in modo circostanziale.

Memoria Stato-Dipendente – Quando dei ricordi vengono attivati o favoriti dal creare nuovamente specifiche condizioni presenti nel momento dell'apprendimento.

Stato Legato al Suggerimento – Uso del contesto ipnotico e dell'agentività del suggerimento per dirigere l'attenzione verso le capacità interne di apprendimento, creatività, intuizione e performance.

Stati Modificati di Coscienza – Spostamento della consapevolezza conscia che ha effetto sull'orientamento verso la realtà e sulla reazione a quella realtà.

Strategico – Contesto di *problem solving* con base fenomenologica organizzato attorno ai valori, ai bisogni e al programma di cambiamento del cliente. La terapia è strategica quando il paziente viene pensato come il principale risolutore di problemi, piuttosto che essere trattato lui stesso come il problema. Considerato da Jay Haley come uno dei principi che definiscono la terapia Ericksoniana, è una delle competenze chiave dell'attuale pratica Ericksoniana.

Subconscio – Componente parzialmente percettibile della mente conscia, nella quale le informazioni vengono osservate dall'individuo, ma non prese in considerazione a livello pienamente conscio.

Suggerimento – Comunicazione di un’idea che contiene direttive o possibilità di risposta implicite.

Suggerimento Diretto – Invito manifesto nel quale si chiede al soggetto di rispondere in un modo specifico (per esempio, “Sperimenterai una diminuzione del dolore.”).

Suggerimento Nascosto – Direttiva indiretta o implicita contenuta in un altro messaggio.

Suggerimento Indiretto – Inviti che introducono una risposta, piuttosto che fare una dichiarazione esplicita. Include l’uso di metafore, implicazioni e suggerimenti non verbali.

Suggerimento a Finale Aperto – Inviti che ricoprono tutte le possibili alternative – cosicché qualsiasi conseguente azione sia interpretata come una risposta utile. Il messaggio viene inviato in modo da permettere al soggetto di determinare il grado e la direzione della risposta (per esempio, “Con i tuoi occhi aperti o chiusi, hai la capacità di vedere o immaginare qualsiasi cosa o il nulla più assoluto.”)

Suggerimento Permissivo – Invito con flessibilità intenzionale, tale che il soggetto possa utilizzare le risorse inconscie per trovare la risposta più appropriata (per esempio, “Puoi goderti il processo di scoprire come ti sentirai più a tuo agio.”)

Suggerimento Post Ipnotico – Invito dato durante lo stato di trance per alcune azioni, pensieri o percezioni che avverranno in un momento successivo (per esempio, “Dopo essere arrivato a casa, scoprirai di essere pronto a rilassarti.”)

Suggerimento Subliminale – Messaggio o idea, percepita al di sotto (sub) della soglia (limen) della consapevolezza conscia, che ha lo scopo di influenzare i pensieri, i sentimenti o le azioni. Uno stimolo è percepito in modo subliminale quando viene processato a un livello sensoriale senza essere accompagnato da un’esperienza sensoriale cosciente. Quando stimoli ambientali (parole, simboli, suoni) vengono percepiti in modo subliminale e codificati, vengono attivate le rappresentazioni mentali di quegli stimoli e i costrutti mentali ad essi associati. L’attivazione interna delle rappresentazioni mentali rendono i costrutti schematicamente associati, gli obiettivi e le tendenze comportamentali più accessibili alla memoria. Di conseguenza, i messaggi percepiti a livello subliminale possono essere “suggestivi” di quei comportamenti che vengono attivati mentalmente, dal momento che la loro accresciuta accessibilità incrementa la probabilità che vengano attuati.

Assumere la Guida – Suggerimento relativo ad un’azione che è imminente o è già avvenuta (per esempio, “Nel momento in cui inspirerai il tuo prossimo respiro (*un’ovvietà*) realizzerai che i tuoi occhi infine si chiuderanno”, *è impossibile non chiudere più gli occhi*).

Suggestionabilità – Il grado di disponibilità psicologica all’influenza esterna. Quando viene usata nel contesto dell’ipnosi, vi è un’implicazione per cui il soggetto sia recettivo in modo acritico alla comunicazione di idee. (*Erickson insegnava che i soggetti non accettano i suggerimenti al di fuori del proprio sistema di credenze e valori*). (*Anche chiamata: Responsività o Attenzione Responsiva*)

T

Tecnica della Distrazione – Naturale e automatico riorientamento dell'attenzione o della percezione lontano da aree di stress o ansia verso idee o esperienze più interessanti (per esempio, raccontare a un bambino una storia sul coraggio e l'avventura nel momento in cui deve subire un doloroso intervento medico) *(Anche chiamata: Focalizzazione)*

Terapia Contestuale – Utilizzazione dell'ampio contesto ambientale per supportare e arricchire i processi terapeutici (per esempio, le vacanze con i familiari, gite al parco o programmi di formazione presso l'università locale).

Traduzione – Utilizzo del sistema logico del cliente, il sistema di credenze personale o l'esperienza personale per spiegare concetti o idee importanti.

Trance – *Vedi Stati Modificati di Coscienza*

Trattamento Parallelo – Uso dell'intervento diretto con un individuo per trattare indirettamente altri che stanno osservando l'intervento. *(Anche chiamato: Piggy Backing o Ipnosi Indiretta)*

U

Umore (terapeutico) – Spunti bizzarri, comici o divertenti usati per introdurre un elemento inaspettato o di sorpresa all'interno del contesto terapeutico.

Utilizzazione – Qualsiasi tentativo di impiegare abitudini stabilite, credenze, percezioni, sintomi o resistenze, così come fattori situazionali, al servizio della risoluzione del problema o per altri scopi significativi (per esempio, indurre la trance). L'utilizzazione è un complemento naturale del cucire su misura, il quale poggia su un atteggiamento di accoglimento e ottimismo. Viene considerato un principio che definisce la terapia Ericksoniana ed è una competenza chiave.

V

Valutazione Clinica – Competenza di valutazione di una situazione clinica usando osservazioni oggettive, esperienza professionale e intuizione. Ciò è in contrasto con le decisioni basate su algoritmi, protocolli o autorità esterne al terapeuta (per esempio, la legge).

Visualizzazione – Processo che crea un'immagine visiva nella mente di qualcuno.

Y

Yes-Set – Serie di domande, in genere tre o più, costruite per elicitare risposte affermative (“sì”) in modo da creare un'atmosfera di consenso e comprensione reciproca.

Riferimenti alle Fonti Principali

La seguente lista di libri contiene le principali fonti, le quali contengono dichiarazioni provenienti da Erickson o da chi lo ha conosciuto. Questo è il punto migliore per iniziare a studiare la terapia Ericksoniana, in quanto fornisce una base solida riguardo i principi chiave.

Se conosci un libro da aggiungere a questa lista, per favore contatta l'editore della collana, così che possa essere preso in considerazione per l'edizione successiva: dan@iamdrshort.com

Bandler, R. & Grinder, J.	<i>I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson.</i>	1975	Idee per riprodurre l'uso del linguaggio di Erickson nelle induzioni di trance. Il modello è basato su una grammatica trasformativa e su ricerche con pazienti split-brain. La prefazione è scritta da Erickson. Offre concettualizzazioni delle mappe sensoriali, di approcci differenti per clienti congruenti e incongruenti e altre idee riguardo il lavoro ipnotico di Erickson. Viene analizzata la trascrizione di un lavoro di Erickson (preso dalla registrazione video "The Artistry of Milton Erickson" – L'Arte di Milton Erickson), come riferimento per le formulazioni esposte.
Bandler, R. & Grinder, J.	<i>Ipnosi e trasformazione. La programmazione neurolinguistica e la struttura dell'ipnosi</i>	1983	
Barker, P.	<i>L'uso della metafora in psicoterapia</i>	1987	
Betty Alice Erickson, B. A. & Keeney, B.	<i>Milton H. Erickson: un guaritore americano</i>	2006	Questa è essenzialmente una biografia di Milton H. Erickson
Burns, G. W.	<i>101 Storie che guariscono. L'uso di narrazioni in psicoterapia</i>	2006	
Burns, G. W.	<i>Storie che guariscono. Per bambini e</i>	2006	

	<i>adolescenti. Vol.1</i>		
Cannistrà, F., Piccirilli, F.	<i>Terapia breve centrata sulla soluzione: Principi e pratiche.</i>	2021	
Celia, G.	<i>Il gruppo strategico integrato: teoria, metodi e strumenti per una conduzione efficace</i>	2014	
Colbert, K. & Erickson-Klein, R.	<i>Coinvolgere il Gruppo, Coinvolgere il Cervello: 100 Attività Esperienziali per il Trattamento della Dipendenza Terapia di riabilitazione per i tossicodipendenti</i>	2015	Cento attività esperienziali all'avanguardia da utilizzare nel trattamento delle dipendenze per facilitare il miglioramento del funzionamento cognitivo e comportamentale del cliente
De Benedettis, G.	<i>Il magico incontro. Dalla fisica quantistica all'ipnosi quantica: una prospettiva innovativa</i>	2020	
Erickson, M.	Enciclopedia Britannica <i>14th Edition, Vol. 12, "Hypnotism"</i>	1954	
Erickson, M.	<i>Le nuove vie dell'ipnosi. Induzione della trance. Ricerca sperimentale. Tecniche di psicoterapia</i>	1978	
Erickson, M. Rossi, E. Ryan, M.	<i>Seminari, dimostrazioni e conferenze di Milton H. Erickson. Guarire con l'ipnosi. (Vol. 1)</i>	1984	Primo di una serie di quattro volumi contenenti le trascrizioni di lezioni e dimostrazioni di Erickson nel periodo tra gli anni cinquanta e gli anni sessanta.
Erickson, M. Rossi, E. Ryan, M.	<i>Seminari, dimostrazioni, conferenze. La ristrutturazione della vita con l'ipnosi. (Vol. 2)</i>	1987	Continuazione del volume precedente. Include un nastro di registrazione che mostra Erickson fare ipnoterapia con un fotografo.
Erickson, M. Rossi, E. Ryan, M.	<i>Seminari, dimostrazioni, conferenze. La comunicazione mente-corpo in ipnosi. (Vol. 3)</i>	1988	Il terzo volume di questa serie focalizzata principalmente sul lavoro di Erickson relativo ai

			problemi somatici.
Erickson, M., & Rossi, E.	<i>Ipnoterapia: una ricerca clinica.</i>	1982	Secondo libro in serie. Questo volume tratta in modo esteso della terapia ipnotica, utilizzando numerosi esempi e trascrizioni di casi.
Erickson, M., & Rossi, E.	<i>L'esperienza dell'ipnosi: approcci terapeutici agli stati alterati.</i>	1985	Il terzo libro della serie, contenente le trascrizioni di una lezione tenuta da Erickson riguardo l'ipnosi in psichiatria e la discussione relativa a varie tecniche e approcci terapeutici.
Erickson, M., & Rossi, E.	<i>L'uomo di febbraio: lo sviluppo della coscienza e dell'identità nell'ipnoterapia.</i>	1992	Recensito nella Newsletter della Fondazione: 10 (1)
Erickson, M., Rossi, E., & Rossi, S.	<i>Tecniche di suggestione ipnotica: induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta</i>	1979	Il primo libro di una serie di tre co-autorati da Erickson e Rossi. Offre un modello generale degli approcci ipnotici di Erickson.
Erickson, M., & Rossi, E.	<i>Opere. La natura dell'ipnosi e della suggestione (Vol. 1)</i>	1982	Questo lavoro di quattro volumi include tutti gli articoli di Erickson pubblicati riguardo l'ipnosi e la terapia, una parte di materiale inedito e alcune pubblicazioni dei collaboratori di Erickson (Rossi, Elizabeth Erickson, Jeffrey Zeig e altri).
Erickson, M., & Rossi, E.	<i>Opere. L'Alterazione ipnotica dei processi sensoriali, percettivi e psicofisiologici (Vol. 2)</i>	1983	
Erickson, M., & Rossi, E.	<i>Opere. L'Indagine ipnotica dei processi psicodinamici (Vol. 3)</i>	1983	
Erickson, M., & Rossi, E.	<i>Opere. Ipnoterapia innovatrice (Vol. 4)</i>	1984	
Fasciana, M. L.	<i>L'ipnosi con i bambini e gli adolescenti.</i>	2009	

	<i>Tecniche psicoterapeutiche in età evolutiva</i>		
Fasciana, M. L.	<i>Storytelling. Storie terapeutiche per aiutare bambini e genitori ad aiutarsi</i>	2014	
Fisher, J., Liotti, G., Liotti, M.	<i>Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma psicologico</i>	2017	
Gilligan, S.	<i>La coscienza creativa: psicoterapia, trasformazione personale e azione sociale</i>	2013	
Gilligan, S. & Dilts, R.	<i>Il risveglio dell'eroe con la PNL: un viaggio senza precedenti alla scoperta di stesso e del tuo potenziale</i>	2011	
Gordon, D.	<i>Metafore terapeutiche. Modelli e strategie per il cambiamento</i>	1992	
Gordon, D., & Myers-Anderson, M.	<i>Phoenix: i modelli terapeutici di Milton H. Erickson</i>	1984	Un tentativo di sistematizzare e rendere esplicito (invece che strettamente ipnotico) il lavoro terapeutico di Erickson. Utilizza il materiale proveniente dai seminari formativi di Erickson per illustrare i principi qui discussi.
Grinder, J., DeLozier, J., & Bandler, R	<i>I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson</i>	1984	Offre concettualizzazioni delle mappe sensoriali, di approcci differenti per clienti congruenti e incongruenti e altre idee riguardo il lavoro ipnotico di Erickson. Viene analizzata la trascrizione di un lavoro di Erickson (preso dalla registrazione video "The Artistry of Milton Erickson" – L'Arte di Milton Erickson), come riferimento per le formulazioni esposte in

			entrambi i volumi.
Haley, J.	Terapie non comuni: tecniche ipnotiche e terapia della famiglia.	1973 1986	Contiene numerosi esempi di casi clinici, discussioni con Erickson, commenti e tecniche specifiche. Il libro riguarda soprattutto l'approccio terapeutico di Erickson. Il materiale è organizzato e presentato all'interno della cornice del ciclo di vita familiare.
Haley, J.	<i>Le strategie della psicoterapia</i>	1963 1990	
Haley, J.	<i>La terapia del problem solving</i>	1976	
Haley, J.	<i>Il terapeuta e la sua vittima: l'uso dell'ordalia per cambiare il comportamento</i>	1984	Questa è un'estensione della benevola terapia dell'ordalia che Haley imparò da Erickson. Vengono utilizzati alcuni casi di Erickson, ma la maggior parte sono presi tra i casi che Haley supervisionò o trattò in prima persona. Recensito nella Newsletter della Fondazione: 4 (3)
Haley, J.	<i>Conversazioni con Milton H. Erickson: Cambiare gli individui, Vol. 1</i>	1985	
Haley, J.	<i>Conversazioni con Milton H. Erickson: Cambiare le coppie, Vol. 2</i>	1985 1999	Leggere questo libro è come leggere le trascrizioni delle sessioni di supervisione unitamente al materiale teorico e alla discussione di alcuni casi.
Haley, J.	<i>Conversazioni con Milton H. Erickson: Cambiare i bambini e le famiglie, Vol.3</i>	1985 1999	Molto di questo materiale è stato fonte per ciò che si trova in <i>Terapie non comuni</i> .

Haley, J.	<i>Milton H. Erickson: esplorazioni in ipnosi e terapia</i>	2010	Recensito nella Newsletter della Fondazione: 14 (2) p12
Jensen, M.P., Pancheri, C.	<i>Arte e pratica dell'induzione ipnotica. Le tecniche preferite dei grandi ipnotisti</i>	2018	
Lankton, S.	<i>Magia pratica: le basi della programmazione neurolinguistica tradotte nel linguaggio della psicoterapia clinica</i>	1989	
Lankton, S., & Lankton, C.	<i>La risposta dall'interno: studio clinico dell'ipnoterapia ericksoniana</i>	1984	Contiene esempi di casi del lavoro di Erickson e Lankton all'interno di una cornice globale, per permettere ai clinici di accedere all'approccio Ericksoniano all'uso dell'ipnosi in terapia
Loriedo, C., Mammini, C., De Benedittis, G., Rago, N.	<i>Trattato di ipnosi. Dai fondamenti teorici alla pratica clinica</i>	2021	
Loriedo, C., & Vella, G.	<i>Il paradosso e il sistema familiare</i>	1989	
Loriedo, C., Zeig, J. & Nardone, G.	<i>Ipnosi e terapie ipnotiche. Misteri svelati e miti sfatati</i>	2006	
Loriedo, C., Zeig, J., Nardone, G., Watzlawick	<i>Strategie e stratagemmi della psicoterapia. Tecniche ipnotiche e non ipnotiche per la soluzione, in tempi brevi, di problemi complessi</i>	2004	
Loriedo, C., Del Castello, E.	<i>Tecniche dirette ed indirette in ipnosi e psicoterapia</i>	2005	
Mammini, C., Balugani, R.	<i>La terapia naturalistica di Milton Erickson. L'uso dell'ipnosi nel rispetto del soggetto, dei suoi contesti e dei suoi modelli di relazione</i>	2014	

Mammini, C., Mazzone, E., Paganelli, M.	<i>Il rapport: una relazione speciale che cura. Responsività, reciprocità e sincronismo nella psicoterapia naturalistica ericksoniana</i>	2020	
Mills, J., Crowley, R., & Ryan, M.	<i>Metafore terapeutiche per i bambini</i>	1988	
Molinari, E., Castelnuovo, G.	<i>Psicologia clinica del dolore</i>	2010	
Mosconi, G.	<i>Ipnosi neo-ericksoniana: la psicoterapia e il training ipnotico</i>	2014	
Nardone, G., Watzlawick, P.	<i>L'arte del cambiamento. La soluzione dei problemi psicologici personali e interpersonali in tempi brevi</i>	2014	
Rabuffi, M., Petruccelli, F., Grimaldo, M.N.	<i>L'ipnosi in pratica. L'induzione della trance e la sua applicazione in ambito clinico</i>	2018	
Rago, N., Volpi, F.	<i>Aiutare le persone a smettere di fumare con l'ipnosi. Nuovo metodo in tre sedute</i>	2021	
Rosen, S.	<i>La mia voce ti accompagnerà: i racconti didattici di Milton H. Erickson</i>	1983	A cura e con il commento di Sidney Rosen. Prefazione di Lynn Hoffman (tradotta in giapponese)
Rossi, E.	<i>La psicobiologia della guarigione psicofisica</i>	1987	
Rossi, E.	<i>Discorso tra geni: neuroscienza dell'ipnosi terapeutica e della psicoterapia</i>	2004	
Secci, E.M.	<i>Le Tattiche del Cambiamento - Manuale di Psicoterapia Strategica</i>	2016	
Short, D. & Casula, C.	<i>Speranza e resilienza: cinque strategie psicoterapeutiche di Milton H. Erickson</i>	2004	

Short, D., Garosci, M.S.	<i>William James e Milton Erickson. La cura della coscienza umana</i>	2019	
Simpkins, C., & Simpkins, A	<i>Autoipnosi ericksoniana: chiara e semplice</i>	2002	
Valerio, C., Mammini, C.	<i>L'evoluzione clinica dell'ipnosi</i>	2009	
Waltzlawick, P., Cornalba, L.	<i>Il linguaggio del cambiamento</i>	2013	Libro dedicato a Milton H Erickson
Waltzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R.	<i>Change: la formazione e la soluzione dei problemi</i>	1978	Milton H. Erickson scrisse la prefazione di questo libro.
Yapko, M., Loriedo, C., Garosci, M.S.	<i>Lavorare con l'ipnosi. Le basi teoriche per comprendere e utilizzare l'ipnosi (Vol. 1)</i>	2011	Recensito nella Newsletter della Fondazione: 5 (3); 10 (3)
Yapko, M., Loriedo, C., Garosci, M.S.	<i>Lavorare con l'ipnosi. Ipnosi clinica, competenze necessarie e istruzioni per l'uso (Vol. 2)</i>	2021	
Yapko, M.	<i>Rompere gli schemi della depressione</i>	2002	Recensito nella Newsletter della Fondazione: 17 (3) p15
Yapko, M., Noferi, G.	<i>Le basi dell'ipnosi. Una guida avanzata ai concetti e ai metodi</i>	2015	
Zeig, J.	<i>Seminari di ipnosi di Jeffrey K. Zeig</i>	1987	Trascrizione di un seminario della durata di cinque giorni, registrato nell'agosto del 1979. I capitoli introduttivi scritti da Zeig fanno riferimento all'uso di Erickson degli aneddoti.
Zeig, J.	<i>Erickson. Un'introduzione all'uomo e alla sua opera</i>	1990	Questo libro contiene una panoramica e un'introduzione ad Erickson come persona e come terapeuta, così come alcune trascrizioni di supervisioni e lezioni di

			Erickson con Zeig. Recensito nella Newsletter della Fondazione: 6 (4)
Zeig, J.	<i>L'induzione dell'ipnosi. Un approccio ericksoniano evocativo</i>	2018	
Zeig, J., Del Castello, E., La Manna, M., Loriedo, C.	<i>Seminari di ipnosi: l'insegnamento ericksonian</i>	1987	