

## **L'IMMAGINE RISANATRICE**

### **MODULAZIONE DEL SINTOMO NELLA GESTIONE DELL'ANSIA E DELLE SINDROMI FOBICHE**

**Stefano Coletta** psicologo clinico

#### ***Immagini, paradossi, koan***

Molte tecniche terapeutiche, usate per le sindromi fobiche, mirano a *modificare l'immagine mentale fobica*; alcuni studi (*Ruggieri, 1987*) hanno dimostrato infatti come l'immagine sia in realtà "corporea", psicofisiologica, abbia cioè un effetto sul corpo. Nel nostro lavoro abbiamo cercato di trasferire, in una tecnica di modificazione dell'immagine, un concetto che appartiene sia alla cultura orientale, lo Zen, sia alla psicoterapia, in particolare la sistemico/familiare: *il paradosso*.

Nello zen i paradossi, chiamati *koan*, sono utilizzati per superare, per andare oltre la mente dicotomica e sono posti sotto forma di domanda irrazionale ("qual è il suono di una mano sola?") a cui non v'è risposta logica, e su cui l'allievo deve meditare anche per svariati anni, al fine di giungere a quella sorta di *insight emotivo*, meta anche della psicoterapia.

Detto ciò è interessante notare la somiglianza che il sintomo ansiogeno ha con il Koan: il carattere irrazionale del sintomo ansiogeno infatti (paura di attraversare un ponte) si rispecchia perfettamente con l'irrazionalità su cui si basa il Koan. Da ciò prende avvio l'intuizione di utilizzare il sintomo stesso come paradosso/Koan.

Ma come si trasforma il sintomo ansiogeno in un'immagine paradossale? grazie agli *opposti*: la nostra mente infatti funziona per coppie di opposti, che sono la precondizione essenziale di ogni accadimento psichico (Jung). Ecco allora che avvicinare il sintomo, la *paura di attraversare un ponte*, con l'opposto, il non-sintomo, la *non paura di attraversare una strada senza ponti*, fa nascere la soluzione paradossale: *attraversare un ponte in una strada senza ponti*. Questa è l'immagine paradossale che va costruita, come una sorta di fotografia, e che porta, come tutti i paradossi, alla meta dell'*insight emotivo*.

Il clinico, una volta che il paziente ha raccontato i suoi sintomi (ansiogeni), interviene portandolo davanti alla contraddizione dei sintomi stessi: se si ha paura di attraversare un ponte, si indagano le situazioni in cui *non* si ha paura, ad esempio percorrere una strada dritta senza ponti; si marca il fatto che il paziente conosce sia la paura e sia la *non-paura*. Questo non si discosta (e non deve) dal lavoro e dalle competenze dello psicologo clinico, che attraverso l'uso del colloquio si propone di superare la visione univoca della realtà che il cliente porta nella domanda (*Montesarchio, 2004*). Ora, lo si pone davanti al paradosso: la soluzione per non aver paura di attraversare un ponte è *attraversare il ponte in una strada che non ha ponti*; questo sposta l'attenzione su una domanda senza senso, sulla quale il paziente deve riflettere, che ha la funzione di smantellare la mente razionale. Alcuni di questi atteggiamenti sono già evidenti nella letteratura come il rispecchiamento di Rogers: il cliente, come viene chiamato nel counseling, accenna insistentemente a una sua fobia delle altezze, e si sente rispondere: "Dunque, se ho ben capito, lei ha paura di andare in alto". Quello voleva una rassicurazione, ed è invece riportato al suo sintomo; cosa può rispondere il paziente a certe affermazioni? Supponendo che la discussione si protragga già da tempo, e che si

sia tornati più volte su questa fobia, si potrebbe arrivare a un vero e proprio insight: “Ma, forse, i miei sintomi non esprimono nulla!”.

Parole senza senso, magari disarticolate o in lingue ignorate dai clienti, uno scivolamento del discorso da un piano di realtà a un altro e un mutismo ostinato rappresentano solo alcune possibilità di cogliere questo insight.

Erickson ricorda come durante una seduta estrasse una trombetta giocattolo, e riferì che da quel momento il suo rapporto con un determinato paziente mutò positivamente. (Arena,2000).

Pur mantenendoci indipendenti, è bene ricordare infatti come alcune scuole avanzano l'ipotesi che l'analizzato dovrebbe semplicemente accorgersi che i suoi sintomi non hanno senso ( Arena,1983,2000); per avvicinare il paziente a questa presa di coscienza la pratica terapeutica (psicoanalitica) insegna a non dare risposte razionali alle domande del paziente, ma a spingerlo verso una consapevolezza emotiva, all' *insight emotivo*, attraverso l'uso di paradossi, contraddizioni e silenzi, mezzi tra l'altro usati anche nella pratica Zen (i Koan appunto), con l'obiettivo di smantellare la mente razionale (Arena,1983, Suler,1989).

L'uso dei paradossi in psicoterapia può essere chiarito con questo esempio riportato da Milton Erikson, il quale, al paziente che vuol dimagrire, prescrive di mangiare, in modo che non si senta più gratificato dal sintomo.

Nel buddismo Zen, allo scopo di far giungere l'allievo all'Illuminazione, si utilizzano i quesiti irrazionali detti *Koan*: come detto sopra, sono domande senza senso, che non hanno alcuna risposta “razionale”, (“*qual è il suono di una mano sola?*”) e che hanno principalmente la funzione di smantellare la mente razionale, di andare oltre la mente dicotomica stessa (illuminazione); l'allievo deve immaginare e immergersi nel Koan (esercizio che può durare anche svariati anni) fino a che esauritesi le risorse razionali non giunge a quella sorta di *insight* emotivo, meta anche della pratica psicoanalitica, detto appunto Illuminazione; è lo stesso Jung a notare come l'Illuminazione sarebbe simile a quella intelligenza priva di scissioni a cui presume di giungere il trattamento terapeutico quando rimuove le ostruzioni fatte dall'intelletto (Arena, 1983).

Il Koan buddista, allora, ha la medesima funzione di andare oltre gli opposti, ed è proprio su questo punto che formuleremo la domanda/koan, che trova soluzione solo nell'intuizione. Bandler e Grinder, (Bandler, Grinder, 1980) hanno notato come il sintomo possa svanire semplicemente se si introduce una variazione nel processo in cui si presenta, è allora possibile ipotizzare che chiedersi, per rimanere nel nostro esempio, “*come si fa ad attraversare un ponte in una strada che non ha ponti?*” aggiunge quell'elemento mancante che trasforma il sintomo ansiogeno in un perfetto Koan, con la medesima funzione terapeutica di far arrivare al cosiddetto insight emotivo.

Nel nostro lavoro infatti è proprio l'incrocio tra la paura e la non-paura che fa scaturire la domanda/koan: *Come si fa ad attraversare il ponte in una strada senza ponti?* .

La risposta va trovata dallo stesso paziente in un lavoro di fantasia, di *creatività*, al fine di creare un disegno, un'immagine che raffiguri la soluzione paradossale, e quindi l'unione degli opposti. Facciamo alcuni esempi pratici. Prendendo la paura di attraversare un ponte, l'*immagine risanatrice*, cioè la raffigurazione mentale della soluzione paradossale (attraversare un ponte in una strada senza ponti) potrebbe essere rappresentata come una strada senza ponte sulla quale si passa e sotto ad essa un'altra strada, con un ponte; in questa immagine noi attraversiamo un ponte (in quanto ci passiamo sopra) ma in una strada senza ponti.

Un ulteriore esempio, come la paura di uscire, può trovare la *soluzione paradossale* nell'uscire rimanendo a casa; l'*immagine risanatrice* potrebbe essere allora l'immaginare una stanza della casa in cui manca una parete, e noi, posti davanti, osserviamo l'esterno. In questa immagine noi usciamo (in quanto dalla spazio della parete possiamo vedere fuori, immaginare la strada, gli alberi, etc.) pur rimanendo dentro la nostra stanza.

Queste immagini hanno la funzione di superare, di andare oltre, come abbiamo detto, quegli opposti generatori del conflitto ansiogeno.

Questo uso "creativo" dell'immagine è ben noto; è stato descritto da C.G.Jung, nella tecnica dell'"*Immaginazione attiva*", che consiste in una sorta di introspezione, cioè un'osservazione del flusso delle immagini interne, senza che venga posto alcun tema: si inizia fissando l'attenzione su un'immagine che giunge spontanea, e si continua osservando le trasformazioni che quest'immagine subisce. Questo permette di ottenere una sorta di fusione di quelle dimensioni opposte, razionale (pensiero e sentimento) e irrazionale (intuizione e sensazione), che caratterizzano la mente. Ma non solo: anche Dora Kalf, allieva di Jung, utilizza l'aspetto creativo delle immagini interiori attraverso il cosiddetto "*Gioco della sabbia*", dove il paziente è invitato a ricostruire in una sabbiera, un contenitore in legno con il fondo dipinto di azzurro pieno di sabbia che può essere popolato di oggetti come sassi o conchiglie, le più diverse situazioni o più semplicemente fare un disegno.

Nel nostro lavoro invece si fa disegnare l'immagine risanatrice, così che possa fungere da "contenitore" della paura stessa.

E' lo stesso Jung, ripreso da J. Hillman, che ci sottolinea l'importanza dell'immagine, quando disse: "Finché riuscivo a tradurre le emozioni in immagini e cioè a trovare le immagini che in esse si nascondevano, mi sentivo interiormente calmo e rassicurato", e N. Cobb, che, sempre riferendosi a Jung, disse: "ogni processo psichico è un'immagine e un immaginare; allora la stoffa di cui è fatta l'anima è l'immagine".

L'intuizione di base per cui il sintomo si annulla se lo si avvicina al suo opposto, il non-sintomo, prende avvio dal funzionamento della mente stessa come dicotomica, categorizzante per coppie di opposti (Venturini, 1993).

In ambito psicologico anche Freud parla di "coppia di opposti" nel saggio "*Pulsioni e loro destini*" (Freud, 1976) per rispondere all'esigenza di trovare un dualismo fondamentale che spieghi il conflitto; anche Jung riteneva gli opposti una precondizione indispensabile della vita psichica esistendo tra essi una differenza di potenziale responsabile degli accadimenti psichici; aggiunge poi, che si deve ad Eraclito la scoperta dell'"enantiodromia" secondo la quale *tutto ciò che esiste passa per il suo opposto*, e ciò, aggiungiamo noi, non può che valere anche per i sintomi.

Per la modalità di svolgimento e la praticità dell'esercizio, esso può essere equiparato alle tecniche del "*Come se*" (che consiste nel chiedersi "come reagirei se fossi guarito?") o della "*Desensibilizzazione sistematica*", (dove si associa alla scena ansiogena un paura più grande rispetto a quella vissuta) (*psicologia strategica, psicologia clinica, Cantelmi, Pensavalli, 2005*).

E' a questo punto che diventa interessante notare le implicazioni che ciò può avere sui disturbi d'ansia.

### **Implicazioni cliniche: ansia, paura, ossessioni:**

Sappiamo come l'ansia si colloca in un punto d'incrocio tra l'asse dell'*attenzione* e

l'asse della *paura*; è usata in due termini, *l'ansia libera*, con tremore e tachicardia, e *angoscia*, dove prevale la sensazione di tristezza (Ruggieri, 1987); sappiamo poi come uno stato acuto di ansia può portare ad attacchi di panico, detti anche crisi d'angoscia, e come l'angoscia sia alla base dei disturbi ossessivo/compulsivi, dove per poter gestire la comparsa di questi pensieri angosciosi (ossessioni) il soggetto è spinto ad attuare pratiche rituali (compulsione) (Godfryd, 1994).

Nel DSM IV il *Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG)* viene descritto come un disturbo caratterizzato dalla presenza di ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive (...) rispetto alla reale probabilità o impatto dell'evento temuto. Molti individui con tale Disturbo riferiscono un disagio soggettivo dovuto alla preoccupazione costante, con conseguente compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti. Insieme alla tensione muscolare possono essere presenti tremori, contratture, o dolorabilità muscolari da un lato e sintomi somatici (per es., freddo; mani appiccicose; bocca asciutta; sudorazione; nausea o diarrea; difficoltà a deglutire o "nodo alla gola") con risposte di allarme esagerate dall'altro. Nel Disturbo da Ansia Generalizzato i sintomi di iperarousal vegetativo (ad es., aumentato ritmo cardiaco, dispnea e vertigini) sono meno preminenti che in altri Disturbi di Ansia, quali il *Disturbo di Panico* descritto invece come "*un periodo preciso durante il quale v'è l'insorgenza improvvisa di intensa apprensione, paura o terrore, spesso associati con sensazione di catastrofe imminente. Durante questi attacchi sono presenti sintomi come dispnea, palpitazione, dolore o fastidio al petto, sensazione di asfissia o soffocamento e paura di impazzire e perdere il controllo.*"

Se, quindi, meta della psicoterapia è il raggiungimento dell'insight emotivo, ottenuto attraverso l'uso di paradossi e di contraddizioni, e che equivale, riprendendo Jung, all'Illuminazione, ottenuta anch'essa, nello Zen, attraverso l'uso di paradossi detti Koan, si propone allora, considerando anche le somiglianze tra sintomo ansiogeno e paradosso, di trasformare il sintomo in un Koan, fine l'annullamento del sintomo stesso; tale annullamento è dovuto, riprendendo Jung, dall'incontro del sintomo con il non-sintomo, dal quale emerge una domanda contraddittoria (il Koan appunto) che porta allo svelamento di sé senza sintomi.

La sofferenza, infine, può essere trasformata, quindi espressa, con la creatività, indicata come la capacità del singolo di sperimentare cose nuove; Carotenuto sottolinea come la pratica analitica dovrebbe "curare il male" facendo attivare la creatività che il paziente ha eccessivamente rimosso (Carotenuto, 1991).

### ***Approfondimenti***

Per alcune situazioni fobiche, in cui manca un oggetto ansiogeno specifico, o non è stato possibile rintracciare una qualche situazione scatenante, si può ricorrere ad un interessante espediente: si parte dal presupposto che l'ansia è un meccanismo psicofisiologico che prepara l'organismo alle risposte di attacco/fuga in corrispondenza di un determinato pericolo; diviene patologica quando manca una reale situazione di pericolo; in questi casi abbiamo l'ansia ma non c'è la situazione che giustifichi quella determinata reazione dell'organismo.

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato infatti, sottolinea il DSM IV, è la presenza di ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive (...) rispetto alla reale probabilità o impatto dell'evento temuto.

Detto ciò, è interessante notare, basandoci sempre sulle nostre considerazioni sugli

opposti e i paradossi, come si possa creare la domanda/koan contrapponendo allo stato ansiogeno la situazione reale mancante: si potrebbe chiedere ad esempio, “quale situazione secondo lei giustificerebbe la sua ansia?”. Si potrebbe rispondere che quell'ansia sarebbe giustificata qualora ci fosse una minaccia da parte di una persona armata; l'ansia allora sottolineerebbe che v'è una minaccia, ma nella realtà non c'è nessuno a minacciare, ed ecco il paradosso/Koan: “come possono minacciarmi se non c'è nessuno che possa farlo?”. Ciò fa leva anche sul fatto che il paziente sa che non c'è nessuna situazione reale, che non c'è nessuno che possa minacciarlo, ed è per questo che percepisce la sua ansia come esagerata ed è spinto a chiedere aiuto.

Come la psicologia strategica insegna (*Nardone, 2000*), sono proprio le riposte messe in atto dal soggetto a confermare il sintomo: quando si ha paura di uscire, si rimane a casa, ma è proprio il rimanere a casa che conferma che abbiamo paura di uscire; nel nostro esercizio approfittiamo proprio delle risposte messe in atto da soggetto, perché rappresentano il non-sintomo, il punto d'incrocio del paradosso, da cui si palesa la domanda/koan.

Un ulteriore espediente per aiutare a far cogliere l'inconsistenza dei sintomi consiste nel farli raccontare davanti ad uno specchio.

L'importanza del “vedersi riflesso”, seppur senza uno specchio reale, è stata sottolineata da vari autori, che hanno evidenziato l'importanza nella terapia gruppe, del cosiddetto “effetto-specchio” dove il soggetto si vede riflesso nell'interazione con gli altri membri del gruppo imparando così a conoscersi; è quello che Foulkes chiama “risonanza” (*Neri, 2004*). L'utilizzazione di uno specchio reale invece è ampiamente utilizzata in numerosi esercizi dell'analisi transazionale con lo scopo di far integrare particolari sentimenti (*Murjel, Jongeward, 1980*).

In riferimento alla cultura orientale ricordiamo come la contemplazione della propria immagine è da sempre usata nelle pratiche tantriche con l'obiettivo di cogliere il “nonsense”, il vuoto, l'inconsistenza del sé (*Arena, 2000*); nel nostro caso invece l'obiettivo dello specchio rimane quello di aiutare a far cogliere l'inconsistenza dei sintomi, attraverso l'osservazione della propria immagine che li racconta.

Poi v'è un colpo inaspettato: lo specchio d'improvviso viene oscurato (o rotto) dal terapeuta che mette davanti un pannello; quest'improvvisazione, l'aggiunta di un elemento inaspettato, hanno la funzione di destabilizzare, ponendo in modo netto l'accento sull'azione anziché sul pensiero e interrompendo le catene associative mentali con l'obiettivo di smantellare la mente razionale e far giungere il paziente alla comprensione emotiva dell'inconsistenza dei propri sintomi.

E' una tecnica usata nello Zen: Presso la scuola Rinzai o del “cambiamento improvviso”, sembra che maestri esperti siano in grado di capire quando l'allievo è vicino alla soglia di un insight e riescano ad avvicinarlo a questa esperienza con atti inaspettati, spontanei e improvvisi, intesi a sbloccare il processo di pensiero concettuale. Il maestro, alla domanda dell'allievo che vuol raggiungere l'Illuminazione, risponde ferendolo con un colpo di bastone (*Arena, 1983*).

## **BIBLIOGRAFIA**

Aite, P., “*Paesaggi della psiche. Il gioco della sabbia nell'analisi junghiana*”, Bollati Boringhieri, 2002.

- Arena, L., *"La pratica del buddismo Zen nella psicoterapia"*, Studi Urbinati, B/2 (1983), pp.111-135.
- Arena, L., *"Del nonsense tra Oriente e Occidente"*, Ed. Quattroventi, 2000 (cap.2 e appendice).
- Brandler, R., Grindler, E.,J., *"La metamorfosi terapeutica"*, Ubaldini, 1980.
- Cantelmi, T., Pensavalli, M., *"Oltre la gabbia del panico"*, Perdisa editore, 2005.
- Carotenuto, A., *"Trattato di psicologia della personalità"*, Raffaello Cortina, 1991.
- Cobb., N., *"Maestri per l'anima"*, Moretti e Vitali, 1999.
- De Luca Comandini, F., Mercurio, R., *"L'immaginazione attiva. Teoria e pratica nella psicologia di C. G. Jung"*, La Biblioteca di Vivarium, 2002.
- "DSM IV", Masson, 1999.
- Freud, S., *"Pulsioni e loro destini"*, Boringhieri, 1976.
- Godfryd, M., *"Dizionario di psicologia e psichiatria"*, Newton editore, 1994.
- Hillman, J., *"Anima. Anatomia di una nozione personificata"*, Adelphi, 2002.
- Hillman, J., *"Il codice dell'anima"*, Adelphi, 1997.
- Montesarchio, G., et al., *"Indizi di colloquio"*, Franco Angeli, 2004 (pg.25).
- Murjel, J., Jongeward, D., *"Nati per vincere"*, Ed.Paoline, 1980.
- Nardone, G., *"Oltre i limiti della paura"*, Rizzoli, 2000.
- Ruggieri, V., *"Mente, corpo e malattia"*, Pensiero scientifico editore, 1987.
- Suler, j., *"Paradox in psychological transformations"*, International journal of psychology in the Orient, 32(1989), pp.221.
- Venturini, R., *"Coscienza e cambiamento"*, Ed.Grin, 1993.
- Neri C., *"Gruppo"* Borla, 2004.
- Serra, T. C., *"Vivere Zen"*, Xenia edizioni, 1998

Un particolare ringraziamento al prof. Riccardo Venturini, già Ordinario di Psicofisiologia Clinica presso l'Università "La Sapienza" di Roma.