

In: Regazzo L (ed.) *Ansia, che fare? Prevenzione, farmacoterapia e psicoterapia*. Padova, Cleup, 2010, 113-130

Ansia ed esistenza

Alfried Längle

Abstract

Nell'analisi esistenziale l'ansia è considerata un'esperienza fondamentale, intrinseca all'esistenza umana.

Il suo trattamento è, di conseguenza, deducibile dalla comprensione della struttura dell'esistenza e dell'approccio che si ha verso il mondo. Accanto a quest'atteggiamento terapeutico di base, sono state sviluppate una serie di tecniche specifiche, il cui denominatore comune consiste nel dare centralità a tutto ciò che fornisce sostegno e nello sviluppo di un atteggiamento positivo verso la vita. Questo permette di orientare poi il trattamento delle cause dell'ansia e intervenire sui fattori che ne mantengono la sintomatologia. La terapia dell'ansia nell'analisi esistenziale è finalizzata, accanto al trattamento dei sintomi ansiosi, a una riflessione e un'eventuale modifica dell'atteggiamento dell'individuo verso la vita e dei principi su cui basa la propria esistenza.

Parole chiave

Ansia, terapia, analisi esistenziale, intenzione paradossale, esistenza.

Concezione dell'ansia nella teoria esistenziale

Secondo le diverse teorie psicologiche come caratteristici eziologici dell'ansia sono indicati fattori biologici, neurobiologici, psichici e socio-culturali, relazioni interpersonali, ambiente, sistema sociale.

Nell'ambito delle terapie che si rifanno alla teoria esistenzialista, è indicata come possibili determinanti ansiogeni anche la paura del fallimento (Kierkegaard 1960), l'ansia derivante dall'esistenza stessa e il timore della solitudine (Heidegger 1979, 189ff). Infine sono riconosciute sindromi ansiose legate a problematiche concernenti lo sviluppo (v. Gebattel 1968, 144) oppure a esperienze di "vuoto esistenziale" e di assenza di senso (Frankl 1982a, 83). Nell'analisi esistenziale moderna l'ansia è concepita come determinata dalla perdita – realmente vissuta o meno – delle basi su cui poggia la propria esistenza (Längle 1997).

Più specificatamente, l'ansia è concettualizzata come un vissuto d'insicurezza causato dalla percezione di una minaccia o di un pericolo, accompagnato da uno stato di agitazione generalizzata.

L'agitazione è vista come la conseguenza della percezione di una situazione potenzialmente pericolosa, in cui l'individuo si rende conto della possibilità di un "annientamento" della sua esistenza a causa della perdita delle basi fondanti della propria individualità e del sostegno nel mondo: tutto ciò mette in discussione il proprio "poter essere". Dal punto di vista esistenziale l'ansia viene quindi come il timore derivante dalla possibilità di "non poter essere", di un potenziale "annientamento".

Dal punto di vista dinamico ciò significa che la persona che soffre di sintomi ansiosi è alla ricerca di sostegno e di basi solide per la propria vita.

La percezione di questa possibilità di “non poter essere” è carica di significato emotivo, di modo che essa diventa veramente importante e presente nella vita dell'individuo e non può facilmente essere ignorata.

Infatti, il timore più grande del soggetto non è la morte, ma il non poter essere: la morte è ancora vita.

Forme principali dell'ansia

Nelle situazioni in cui l'ansia è una reazione fisiologica che permette di far fronte a condizioni che mettono in pericolo, l'individuo, allora si definisce come risposta adattiva dell'organismo all'interno delle sue interazioni con l'ambiente. L'ansia diventa **patologica** quando non è adeguata alle condizioni ambientali: in questi casi essa impedisce, senza motivi oggettivi, taluni comportamenti e provoca invece l'esecuzione stereotipata di meccanismi di difesa – ad esempio ossessioni e compulsioni. Questo impedisce la piena realizzazione dell'esistenza dell'individuo, che è vincolata da reazioni di coping rigide invece che da decisioni libere e volontarie.

Con *meccanismi di difesa* (reazioni di coping) in analisi esistenziale s'intendono i comportamenti di evitamento e di fuga, la ribellione, la lotta, un tipo specifico di aggressività, distruttiva (odio), i riflessi di simil-morte quali il blocco emotivo e le paralisi, il rifiuto delle proprie percezioni, la negazione della realtà e infine lo sviluppo di sensazioni d'impotenza.

Facendo riferimento all'ICD 10 nell'analisi esistenziale vengono descritte fenomenologicamente due *forme principali di ansia* con relative caratteristiche psicopatogenetiche: l'ansia primaria e l'ansia anticipatoria¹.

L'ansia *primaria* è la sensazione di cadere in un “immenso nulla”. Ciò che prima costituiva un sostegno per l'individuo – la salute, il posto di lavoro, la relazione di coppia – viene a mancare nella sua regolarità e affidabilità. La paura primaria è l'esperienza dell'insicurezza causata dalla

perdita dei propri punti di riferimento. All'interno della realtà s'insinua la possibilità di "non poter essere".

Dal punto di vista analitico - esistenziale è il primo presupposto dell'esistenza - cioè del poter esserci - a venire scosso. Viene cioè destabilizzato il "fondamento dell'esistenza", da cui discendono "la fiducia fondamentale di base" e "la fiducia primordiale nell'esistenza" (Frankl 1959, 725).

In quest'ansia puramente esistenziale la relazione con l'esistenza è distorta, diventa problematica.

Questo genera un ampio spettro di problematiche psicopatologiche, da un'insicurezza generale e sviluppi di tipo nevrotico - es. disturbo d'ansia generalizzato - fino a disturbi ansiosi della personalità - con la sensazione costante che "in qualsiasi momento potrebbe succedere qualsiasi cosa"- fino a vissuti psicotici, quando la fiducia fondamentale di base e la relazione con le fondamenta dell'esistenza vengono completamente a mancare.

L'*ansia anticipatoria* è una conseguenza dell'ansia primaria, in cui la sintomatologia è limitata nel tempo: consiste nel timore del possibile ripresentarsi dell'ansia primaria che porta alla creazione di meccanismi di difesa presenti costantemente nella vita dell'individuo. Per questo è definita "ansia anticipatoria" (v. per esempio Frankl 1956, 99).

¹Nel ICD 10 vengono definite come ansie non indirizzate e indirizzate. Le categorie corrispondono con l'eccezione del panico, che noi non consideriamo come un'ansia non indirizzata (cfr. capitolo I 1.2).

Dal punto di vista psicologico l'ansia anticipatoria è concettualizzata come la mancanza della fiducia in se stessi.

La "paura della paura" è una paura del non essere in grado di gestire le situazioni ansiogene. Dal punto di vista analitico - esistenziale alla base delle ansie anticipatorie troviamo un disturbo del primo presupposto dell'esistenza, del poter essere, poiché anche le ansie anticipatorie si basano sulla percezione della perdita di sostegno e sull'esperienza della paura primaria.

Poiché il sostegno non è scosso completamente, si può formare un' atteggiamento (di difesa) secondario che può interferire con diversi aspetti della vita e del funzionamento dell'individuo.

Si possono distinguere quattro sottocategorie di ansia anticipatoria:

a) *L'ansia anticipatoria o l'ansia per la perdita del fondamento dell'esistenza.*

È la paura della paura, della perdita di sostegno, della caduta nel nulla.

b) *L'ansia depressiva o l'ansia della perdita del valore fondamentale.*

È la paura della perdita di amore e di affetto degli altri, che si manifesta nell'incapacità di gestire le relazioni sociali. Questa tipologia di ansia è presente soprattutto nell'individuo depresso.

c) *L'ansia isterica o l'ansia della perdita del valore personale.*

Rientra nel novero delle ansie sociali. Consiste nella perdita di autostima, nella sensazione di non avere alcun valore. La solitudine e il sentirsi perso potrebbero esserne le conseguenze.

d) *L'ansia esistenziale o metafisica dell'assenza di senso, del vuoto, dell'assurdità.*

In questo caso il soggetto ha paura che la vita in sé sia priva di senso, oppure che possa perderlo a causa di un'azione, di un fallimento. S'insinua così la sensazione di aver vissuto invano.

Trattamento dell'ansia

In relazione alle forme sopraelencate dell'ansia, sono applicate specifiche forme di terapia.

La terapia dell'ansia primaria è incentrata, soprattutto, nel permettere al soggetto di esperire il mondo nella sua "oggettività". Infatti, di fondamentale importanza nell'ansia primaria è il rapporto reale con il

mondo, considerato che solo attraverso l'esperienza risulta possibile trovare sostegno e sviluppare la fiducia dell'individuo nei confronti di "strutture portanti". La prima "presenza mediatrice" è rappresentata dal terapeuta, che attraverso una relazione affidabile e competente fornisce sostegno al paziente e un rapporto di fiducia. All'interno di questo rapporto, il terapeuta dovrà esercitare il soggetto a una percezione non distorta e all'elaborazione di cognizioni chiare e non confuse; infatti, anche le conoscenze e l'epistemologia dell'individuo sono di fondamentale importanza nel trattamento delle ansie.

In tutti i disturbi di ansia, la riflessione sull'approccio alla realtà dell'individuo si rivela fondamentale, poiché solo mediante esso si può fornire nuovi presupposti al soggetto.

In concreto ciò significa che bisogna sviluppare la capacità dell'individuo di osservare tranquillamente e in maniera passiva – anche in senso figurato –; discutere in modo approfondito e soffermarsi sui propri pensieri; riflettere su ciò che si ritiene vero; smettere di pensare a ciò che potrebbe succedere (pensare solo in termini di possibilità) e porre l'attenzione su ciò che è reale – ciò che è realmente e concretamente presente.

Gli esercizi di percezione possono poi essere coadiuvati da altre tecniche, quali per esempio l'esercizio del dialogo fenomenologico.

Anche il lavoro a livello corporeo è molto importante nel caso dell'ansia primaria: possono quindi essere applicate la respirazione profonda, i metodi di rilassamento, il sensitivo training, lo sport, i massaggi, il sonno, le visite mediche (di controllo),

A un livello cognitivo bisogna invece intervenire sugli "irrazionali beliefs" (sui presupposti che guidano i comportamenti dell'individuo; cfr. Albert Ellis) e chiarire ed eventualmente modificare le concezioni "filosofiche" disfunzionali del paziente. Infine occorre non dimenticare la situazione in cui si situa il problema del soggetto, e quindi le variabili ambientali e le relazioni sociali di cui è parte integrante.

La terapia dell'ansia anticipatoria verte anch'essa in primo luogo sul confronto con la realtà, per bloccare l'atteggiamento patogeno dell'evitamento. Secondo gli aspetti esistenziali coinvolti, il terapeuta dovrà focalizzarsi sulle strutture portanti dell'individuo, sui valori, sulla coscienza del proprio valore – autostima – o sull'interazione con l'ambiente.

Il terapeuta dovrà innanzitutto tenere presente che mentre nella terapia dell'ansia primaria è fondamentale trovare un sostegno portante, nel caso dell'ansia anticipatoria ci si concentra sulla risoluzione dell'atteggiamento di difesa nei confronti delle situazioni potenzialmente ansiogene.

Lo scopo è di rielaborare in vari passaggi nuovi comportamenti e atteggiamenti nei confronti di tali situazioni, nelle quali il soggetto deve poi esercitarsi.

Nel *confronto con l'ansia*, il paziente viene messo a confronto con le conseguenze realistiche delle situazioni da lui temute: “E poi – cosa succederebbe?”. L'effetto terapeutico consiste nell'affinamento della percezione come strumento della relazione con la realtà. Si acuisce il confronto, nella così detta “porta della morte”, trasformando in pensiero i peggiori timori che, solitamente, è accompagnato dal sentimento spontaneo dell’“allora è finita”.

La possibilità della fine è sempre e ovunque presente nella vita (“Essere per la morte” – Heidegger 1979). Nel confronto con quest'aspetto (realistico) dell'esistenza sta il culmine della terapia dell'ansia.

In concreto, per esempio, viene chiesto al paziente: “ Potrebbe realmente accadere ciò che lei teme di più? – Provi ad immaginare come sarebbe se ciò di cui ha paura succedesse veramente e avesse tutte le conseguenze che Lei ritiene peggiori:

1. Quali conseguenze reali avrebbe?
2. Cosa significherebbe questo per Lei?
3. Che cosa farebbe allora?”

Con la seconda di queste tre domande , si fa luce sulle conseguenze soggettive ed emotive delle situazioni temute, con la terza si

mira ad un'attivazione delle risorse dell'individuo all'interno di queste situazioni. Tutte le risorse e le abilità che il soggetto riesce ad individuare e realizzare contribuiscono alla creazione di una specie di "vita dopo la morte". È una guida all'antico motto dell'ars moriendi, che nelle parole dell'AE si traduce in: "Vivi la vita nella sua finitezza affinché tu finalmente possa vivere" (Längle 1997).

Accanto a questo lavoro di confronto con le situazioni più temute ed ansiogene per l'individuo, l'AE impiega anche altri metodi per il trattamento dell'ansia: alcuni più specifici – come "l'individuazione della posizione personale" e "l'intenzione paradossale" – altri più generici – quali l'analisi esistenziale personale, il cambiamento d'atteggiamento, il lavoro sul fondamento dell'esistenza, la dereflessione.

Metodi analitici – esistenziali del trattamento dell'ansia

Un metodo classico nella logoterapia di Frankl è la *dereflessione* (Frankl 2007, pp.194): si tratta di prendere una posizione nei confronti dell'ansia, favorendo l'emergere di contenuti esistenziali significativi. Il paziente* viene spinto a rivolgersi coscientemente al significato e al valore di una data situazione, elaborandola razionalmente. Soprattutto i processi autonomi (quali ad esempio l'addormentarsi, il rilassamento, l'orgasmo) vengono disturbati da un'osservazione ansiosa. L'effetto terapeutico della dereflessione è legato allo sviluppo di un atteggiamento di calma e di tranquillità, che permette all'organismo di adattarsi ed affrontare le situazioni ansiogene. Il rischio della dereflessione risiede nel fatto che potrebbe favorire il comportamento ansioso dell'evitamento, oppure che il senso vero dell'ansia non venga elaborato o che la minaccia non venga percepita come tale.

Per questo motivo è raccomandabile anteporre alla dereflessione il metodo "finding personal position"² (Längle 1994), che consiste in una graduale presa di posizione personale nei confronti di diversi aspetti dell'ansia.

Il primo passo – la posizione verso l'esterno – consiste nell'osservare attentamente ciò che fa scattare l'ansia (“Come riconoscere il pericolo? Cosa può succedere realmente?”).

Nel secondo passo – la posizione verso l'interno – il paziente viene portato a considerare le proprie risorse per affrontare la situazione (per esempio: “Potrebbe sopportare questa situazione di ansia solo per una volta?”).

Il terzo passo – la posizione verso il positivo – consiste nel mettere in evidenza gli aspetti positivi delle situazioni ansiogene (per esempio: “Che cosa è importante per me in questa situazione?”).

Ciò sfocia poi direttamente nella dereflessione, come l'ha descritta Frankl: l'occuparsi in modo reale del senso e del valore di una situazione, invece di focalizzarsi sui sentimenti di ansia intrapsichici.

Questo metodo non è adatto per lavorare sulle cause più profonde della sintomatologia ansiosa (traumi etc.), ma rappresenta una valida tecnica di sostegno, orientata prevalentemente verso le risorse e le potenzialità dell'individuo.

La tecnica più conosciuta per il trattamento dell'ansia, nell'ambito della logoterapia e dell'analisi esistenziale, è l'intenzione paradossale, sviluppata da Viktor Frankl nel 1929 per il trattamento dell'ansia anticipatoria e pubblicato per la prima volta nel 1939 (Frankl 1939; 2007, pp. 177.): s'istruisce il paziente ad augurarsi paradossalmente proprio ciò di cui ha paura (Frankl 1959, 724; 1982a, 185).

Attraverso un approccio umoristico – ludico alla realtà può svilupparsi un autodistanziamento dalla sintomatologia ansiosa che crea un effetto liberatorio nei confronti dell'ansia stessa (cfr. Ascher M. 1985, Froggio G. 1990).

² Termini difficilmente traducibili in italiano. Il significato che più si avvicina all'originale, può essere: “metodo che porta il soggetto a ritrovare una propria posizione (atteggiamento) personale (individuale) nei confronti dell'Ansia”. (nota del curatore)

Questa tecnica di confronto con l'ansia è focalizzata *sull'atteggiamento del soggetto verso l'ansia* e si avvale della *libertà della volontà*.

Il procedimento si basa sulla consapevolezza delle possibilità e dei limiti della volontà umana e sulla natura paradossale della volontà: il solo fatto di volere qualcosa, di prefiggersi qualcosa non genera di per sé – senza un apporto attivo – l'azione voluta. Questo divario tra intenzione e realtà si dissolve invece in un soggetto ansioso (Längle 2003). La formulazione paradossale rappresenta una “prova di coraggio” col pensiero, attraverso la quale il potere della volontà viene delimitato e ci si oppone al “potere magico” della paura e dell'ansia.

A un livello più profondo quest'esperienza conferisce fiducia nel sostegno del mondo e rafforza la “fiducia primordiale nell'esistenza” (Frankl 1959, 725).

Uno svantaggio di questo metodo può consistere nel rischio di sovraccaricare il paziente, oppure di dargli la sensazione di non essere preso sul serio dal terapeuta.

L'intenzione paradossale non è per sua natura un metodo orientato verso i sintomi, ma costituisce un procedimento il cui scopo è quello di agire sull'atteggiamento verso l'ansia e in ultima analisi sull'atteggiamento che si ha verso la vita²

Per un lavoro approfondito sulle paure sottostanti all'ansia ci si può avvalere dell'analisi esistenziale personale (Längle 1993, 133 ff.; 2000). Questa tecnica, attraverso tre passaggi principali, permette un'elaborazione metodica guidata di eventi di vita traumatizzanti.

¹ L'intenzione paradossale non deve essere confusa con la tecnica terapeutica comportamentale dell'intervento paradossale (Watzlawick et al. 1982), un metodo

di prescrizione del sintomo, nel quale il terapeuta interviene con prescrizioni comportamentali (anziché intervenire direttamente sull'atteggiamento del paziente).

Un caso

Un paziente di 37 anni soffriva da otto anni della fobia di collassare. Egli descriveva come la sua vita si fosse sempre più incentrata sulla paura, come egli giorno e notte pensasse solo a come prevenire i “pericoli”. In particolare egli evitava sempre più di uscire da solo. Riuscì infine a convincere sua moglie ad accompagnarlo al lavoro e andarlo a riprendere, per paura di un possibile collasso. Si controllava il polso di continuo, si osservava ansiosamente allo specchio, sempre più frequentemente consultava medici. Nonostante l'enorme dispendio di energie degli ultimi anni, l'ansia continuava ad aumentare. Più si sforzava di rimanere solo all'interno di situazioni sicure, più aumentava l'ansia.

Quando riconobbe di non poter più fare niente per combattere la paura, si decise, nella sua disperazione, di chiedere aiuto all'esterno. Aveva ormai sperimentato abbastanza a lungo, che era inutile dirsi: “Non voglio avere paura”. I tentativi volontari di eliminare la paura di collassare avevano contribuito solo ad aumentarla. Proprio gli effetti limitati della volontà furono allora sfruttati terapeuticamente nell'intenzione paradossale ed il paziente venne istruito – sulla base di quest'esperienza – al confronto con la realtà.

Avendo sperimentato ripetutamente quanto il suo comportamento usuale fosse inefficace, egli aveva acquisito la consapevolezza che il volere solo per se stesso non poteva produrre alcun effetto. Dopo che gli furono date spiegazioni riguardo al circolo vizioso della paura, riguardo alle reazioni fisiche etc., poté allora paradossalmente dirsi: “Concedo al collasso di venire – non lo posso comunque impedire con il mio rifiuto – ho sperimentato come la mia volontà sia rimasta senza effetto – allora

adesso *permetto* che esso possa venire... in questo istante ... mi auguro che questo collasso avvenga qui dal mio terapeuta, affinché egli possa vedere, quanto sia terribile avere un collasso!”. Quest’atteggiamento venne prima esemplificato dal terapeuta, il collasso venne poi rappresentato, quindi imitato.

La decisione di rinunciare alla volontà di resistere all’evento temuto, portò dopo già due sedute a un alleviamento sensibile dell’ansia. Alla quarta seduta il paziente venne già senza sua moglie ed era di nuovo in grado di guidare da solo. La scomparsa dell’ansia portò alla luce un altro problema, e cioè fino a che punto egli riuscisse a dare un senso alla sua attività lavorativa. Egli aveva iniziato la sua attività per guadagnarsi da vivere: fino a quel momento “la ragione” del suo lavoro era stata motivata da necessità economiche. Poiché queste erano ormai assicurate, lo tormentava la domanda per quale motivo si sforzasse ancora tanto. Sentiva che l’abituale atteggiamento verso la vita era ormai inadeguato a dare un senso alla stessa. Di fronte a questa domanda egli era altrettanto confuso, quanto lo era stato precedentemente di fronte all’ansia, che gli aveva impedito di affrontare il problema per molto tempo. Il lavoro terapeutico rese chiaro ciò che egli aveva sempre tralasciato: quanto mancasse ai suoi figli e in famiglia. La paura scomparve dopo dieci sedute, ma la ristrutturazione della sua vita ci occupò ancora per altri sei mesi.

Ricerche sull’intenzione paradossale

L’intenzione paradossale ha dato buoni risultati, soprattutto nel trattamento delle fobie e delle ossessioni, come anche nelle nevrosi sessuali, nell’insonnia ed in altri disturbi nevrotici. Secondo Blankenburg (1990, 44) l’intenzione paradossale (accanto agli interventi paradossali) genera “i successi terapeutici più impressionanti – non temporanei ma durevoli nel tempo – con pazienti ossessivi”.

Ascher (1989a), Ascher, Bowers e Schotte (1985b), Ascher e Di Tomasso (1985) e DeBorg (1989) offrono un’ampia metanalisi degli

studi di casistica e delle ricerche sperimentali svolte nell'ambito dell'intenzione paradossale.

Ascher e Turner (1979a) hanno esaminato l'efficacia dell'intenzione paradossale in pazienti che soffrivano d'insonnia, confrontandolo con il rilassamento progressivo e con il metodo del controllo degli stimoli. Tutti e tre i metodi si rivelarono ugualmente efficaci.

Ascher (1981) ha successivamente dimostrato che l'intenzione paradossale può portare nei soggetti agorafobici miglioramenti clinici più evidenti rispetto all'esposizione in vivo graduata, abbinato al self-statement training (SST), secondo Meichenbaum. Un secondo studio di Ascher (1980) ha confermato, attraverso un "multiple baseline design" su due gruppi di pazienti, che nei soggetti agorafobici l'intenzione paradossale è più efficace del flooding (per ulteriori dettagli vedi Michelson & Ascher, 1987).

Michelson et al. (1982, cit. secondo Mavissakalian et al., 1983) hanno confrontato l'intenzione paradossale e il "self-statement training" (SST) in 25 soggetti agorafobici cronici. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a 12 sedute di 90 minuti a cadenza settimanale per un periodo di 3 mesi, oltre ad esercizi da svolgere al di fuori della seduta. Entrambi i metodi di trattamento hanno portato a miglioramenti significativi, in misura rilevante sia statisticamente che clinicamente. Ci sono state però differenze nell'ambito dei tempi in cui furono osservati questi miglioramenti: l'intenzione paradossale ha mostrato un'efficacia maggiore durante il periodo del trattamento, mentre il SST ha raggiunto la stessa efficacia più lentamente, nel corso dei sei mesi - nella fase di follow-up.

Michelson et al. (1985, 1988) hanno studiato inoltre nei soggetti agorafobici il ruolo della "self-directed exposure" (SDE) nell'ambito di vari trattamenti (cognitivo, comportamentale e psico-fisiologico). 39 soggetti gravemente agorafobici (diagnosticati secondo il DSM-III) sono stati distribuiti in modo casuale su una delle condizioni di trattamento, e cioè "paradoxical intention" (PI), "graduated exposure" (GE) e "progressive deep-muscle relaxation training" (RT). Il trattamento consisteva in 12 sedute settimanali di una durata di 2 ore ciascuna. Gli effetti dell'applicazione delle diverse tecniche sono state registrate in un diario

dai pazienti stessi. Queste registrazioni sono state successivamente analizzate all'interno dei gruppi e oltre il periodo di trattamento. Ancora una volta, tra i gruppi si sono riscontrati differenti pattern temporali: GE e RT si sono dimostrati metodi di trattamento molto efficaci e veloci per rafforzare l'applicazione di SDE, soprattutto riguardo all'esecuzione delle istruzioni ("compliance") e alla riduzione dell'ansia. GE è sembrata avere soprattutto effetti differenziati sullo stato d'animo (misurati con la Subject Units of Discomfort Scale, SUDS), mentre RT ha avuto effetti molto importanti nell'abbassamento dell'ansia in vivo. PI si è invece dimostrato significativamente più lento e meno efficace nella sua interazione con SDE.

Come ultimo studio, segnaliamo una ricerca di Ascher, Schotte, David e Grayson (1986) che hanno studiato 15 soggetti agorafobici diagnosticati secondo DSM-III (13 donne e 2 uomini in età tra i 22 e 61 anni) confrontando l'efficacia dell'intenzione paradossale, dell'intenzione paradossale ampliata (abbinata a strategie cognitive secondo Ellis e Beck) e di sole strategie cognitive.

Ulteriori studi sull'applicazione dell'intenzione paradossale confrontata con altri trattamenti si trovano in Espie (1992), Mehrotra e al. (1992), Bootzin (1992), Michelson et al. (1990). Un'interessante meta-analisi di 43 studi sull'intenzione paradossale ci è fornita da Morin (1991).

Infine, studi sull'intenzione paradossale su casi singoli sono molto numerosi: segnaliamo ad esempio Frankl 1982a, 180ff, Benedikt 1968, 30-52; 53 ff., Blankenburg 1990, 45ff, Längle 1987, 1988.

Bibliografia

- Ascher, L.M. (1980). Paradoxical Intention. In: A. Goldstein & E.B. Foa (Eds.), *Handbook of Behavioural Interventions: A Clinical Guide*. New York: Wiley.
- Ascher, L.M. (1981). Employing Paradoxical Intention in the Treatment of Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 6, 533-542.
- Ascher L.M. (1985). Die Paradoxe Intention aus der Sicht des Verhaltenstherapeuten. In: Längle A. (Hrsg.) *Wege zum Sinn. Logotherapie als Orientierungshilfe*. München: Piper, 130-141
- Ascher, L.M. (1989a). Paradoxical Intention and Recursive Anxiety. In: Ascher, L.M. (Ed.), *Therapeutic Paradox*. New York: Guilford Press.
- Ascher, L.M. (1989b). Paradoxical Intention: Its clarification and the Emergence as a Conventional Behavioural Procedure. *The Behaviour Therapist*, 12, 23-28.
- Ascher, L.M., Bowers, M. & Schotte, D.E. (1985a). Empirical Issues in Paradox. In: G.R. Weeks (Ed.), *Promoting Change through Paradoxical Therapy (Revised)*. New York: Brunner/Mazel.
- Ascher, L.M., Bowers, M.R. & Schotte, D.E (1985b). A Review of Data from Controlled Case Studies and Experiments Evaluating the Clinical Efficacy of Paradoxical Intention. In: G.R. Weeks (Ed.), *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Ascher, L.M. & DiTomasso, R.A. (1985). Paradoxical Intention in Behaviour Therapy: A Review of the Experimental Literature. In: R.M. Turner & L.M. Ascher (Eds.), *Evaluating Behaviour Therapy*. New York: Springer.
- Ascher, L.M. & Efran, J.S. (1978). The Use of Paradoxical Intention in an Behavioural Program for Sleep Onset Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 8, 547-550.
- Ascher, L.M., Schotte, M., David, E. & Grayson, J.B. (1986). Enhancing Effectiveness of Paradoxical Intention in Treating Restriction in Agoraphobia. *Behavioural Therapy*, 17, 2, 124-130.

- Ascher, L.M. & Turner, R.M. (1970). A Comparison of Two Methods for the Administration of Paradoxical Intention. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 2, 408-411.
- Ascher, L.M. & Turner, R.M. (1979a). Paradoxical Intention and Insomnia: An Experimental Investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 4, 408-411.
- Ascher, L.M. & Turner, R.M. (1979b). Controlled Comparison of Progressive Relaxation, Stimulus Control, and Paradoxical Intention Therapies for Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 3, 500-508.
- Ascher, L.M., Schotte, M., David, E. & Grayson, J.B. (1986). Enhancing Effectiveness of Paradoxical Intention in Treating Restriction in Agoraphobia. *Behavioural Therapy*, 17, 2, 124-130.
- Benedikt, F.M. (1968). *Zur Therapie angst- und zwangsneurotischer Symptome mit Hilfe der "Paradoxen Intention" und "Dereflexion" nach V. E. Frankl*. Unveröff. Diss. Univ. München.
- Blankenburg, W. (1990). Zur Therapie Zwangskranker. In: Th. R. Payk (Hrsg.), *Psychiatrische Therapie* (39-53). Stuttgart: Schattauer.
- Bootzin, R.R. (1992). Nonpharmacologic Treatments of Insomnia. Roundtable Conference: Low-dose Benzodiazepine Therapy in the Treatment of Insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 6, 37-41.
- De Borg, J.B. (1989). Paradoxical Interventions: A Review of the Recent Literature. *Journal of Counselling and Development*, 67, 7, 394-398.
- Dattilio, F.M. (1987). The Use of Paradoxical Intention in the Treatment of Panic Attacks. *Journal of Counselling and Development*, 66, 2, 102-103.
- Espie, C.A. (1992). *A Controlled Comparative Investigation of Psychological Treatments for Chronic Sleep-Onset Insomnia*. Dissertation.
- Frankl V.E. [(1939)1987]. *Logotherapie und Existenzanalyse – Texte aus fünf Jahrzehnten*. München: Piper, 47-56
- Frankl V.E. [1956] (2007). *Theorie und Therapie der Neurosen*. München: Reinhardt (Uni-TB 457), 1956-2007 (9. Aufl.)
- Frankl V.E. (1959). Grundriß der Existenzanalyse. In: Frankl V.E., v. Gebattel V.,Schultz J.H. (Ed.) *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. München, Berlin: Urban & Schwarzenberg, 655-732
- Frankl V.E. (1982a). *Ärztliche Seelsorge*. Wien: Deuticke
- Frankl, V.E. (1982b). *Die Psychotherapie in der Praxis*. München: Piper. (Erstausgabe 1947.).
- Frankl V.E. (2007). *Theorie und Therapie der Neurosen*.
- Frankl V.E. (1994). *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten*. München: Quintessenz (prima Piper)

- Froggio G. (1990). L'intenzione paradossale. Analisi dei principi, indicazioni e risultati terapeutici. In: *Orientamenti Pedagogici* 37, 6, 1290-1318
- Gebattel v.E. (1968). *Imago Hominis. Beiträge zu einer personalen Anthropologie*. Salzburg: Otto Müller
- Heidegger M. (1979). *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer
- Kim, R.A., Poling, J. & Ascher, L.M. (1991). An Introduction to Research on the Clinical Efficacy of Paradoxical Therapy. In: G.R. Weeks (Ed.), *Promoting Change through Paradoxical Therapy (Revised)*. New York: Brunner/Mazel.
- Kierkegaard S. (1960). *Werke, Bd. 1: Der Begriff Angst*. Reinbek: Rowohlt's Klassiker
- Längle, A. (1988). Befreiung zum Sein. In: A. Längle (Hrsg.), *Entscheidung zum Sein* (68-82). München: Piper.
- Längle A. (1993). Personale EA. In: Längle A. (Hrsg.) *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge*. Wien: GLE-Tagungsbericht, 133-160
- Längle A. (1994). *Personale Positionsfindung*. In: Bulletin der GLE 11, 3, 6-21
- Längle A (1997). *Die Angst als existentielles Phänomen. Ein existenzanalytischer Zugang zu Verständnis und Therapie von Ängsten*. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Psychologie* 47, 227-233
- Längle A. (2000) (Hrsg.). *Praxis der Personalen Existenzanalyse*. Wien: Facultas
- Längle A (2003). Im Bann der Angst. Das versteckte Wirkprinzip der Paradoxen Intention von V. Frankl. In: *Existenzanalyse* 20, 2, 4-11
- Mahoney, M.J. (1986). Paradoxical Intention, Symptom Prescription, and Principles of Therapeutic Change. *Counselling Psychologist*, 14, 2, 283-290.
- Mandel, H.P. & Cooper, I.J. (1980). Paradoxical Intention and Hypnosis in Brief Psychotherapy: A Case Report. *Ontario Psychologist*, 12, 1, 6-12.
- Mavissakalian, M. et al. (1983). Cognitive Behavioural Treatment of Agoraphobia: Paradoxical Intention vs. Self-Statement Training. *Behavioural Research and Therapy*, 21, 1, 75-86.
- Mehrotra, S., Kumaraiah, V. & Mishra, H. (1992). Management and Insomnia. *NIMHANS Journal*, 10, 2, 107-110.
- Michelson, L. & Ascher, L.M. (1987) (Eds.) *Anxiety and Stress Disorders. Cognitive-Behavioural Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Michelson, L. & Ascher, L.M. (1984). Paradoxical Intention in the Treatment of Agoraphobia and Other Anxiety Disorders. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 3, 215-220.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. & Marchione, K. (1985). Cognitive and Behavioural Treatments of Agoraphobia; Clinical, Behavioural, and Psy-

- chophysiological Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 6, 913–925.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. & Marchione, K. (1988). Cognitive, Behavioural, and Psychophysiological Treatments of Agoraphobia: A Comparative Outcome Investigation. *Behavioural Therapy*, 19, 2, 97–120.
- Michelson, L., Mavissakalian, M.R., Marchione, K., Ulrich, R.F. et al. (1990). Psychophysiological Outcome of Cognitive Behavioural and Psychophysiological-Based Treatments of Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 2, 127–139.
- Morelli, G. (1978). Paradoxical Intention: A Case Study of an Effective Method of Treating Alcoholism and Drug Abuse. *Psychology*, 15, 1, 57–59.
- Morin, Ch. (1991). Perspectives Cognitivo-comportementales dans le Traitement de l'Insomnie Chronique. *Science et Comportement*, 21, 4, 273–290.
- Rellinger, H., Bornstein, P.H. & Mungas, D.M. (1978). Treatment of Insomnia by Paradoxical Intention: A Time-Series Analysis. *Behaviour Therapy*, 9, 5, 955–959.
- Turner, R.M. & Ascher, L.M. (1979). Controlled Comparison of Progressive Relaxation, Stimulus Control and Paradoxical Intention Therapies for Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 500–508.
- Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D. (1982). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*, Bern: Huber, 6. Auflage
- Yager, E.K. (1988). Treating Agoraphobia with Hypnosis, Subliminal Therapy, and Paradoxical Intention. *Medical Hypnoanalysis Journal*, 3, 4, 156–160.

Alfried Längle

Nato in Austria, ha fondato con Viktor Frankl la prima organizzazione internazionale di Analisi Esistenziale e Logoterapia (GLE). Dirige l'Organizzazione GLE-International.

Laureato in Medicina ed in Psicologia. Durante il suo lavoro in psichiatria comunale a Vienna cominciò a collaborare con Viktor Frankl, assistendolo nelle lezioni ed è stato cofondatore dell'Istituto di logoterapia di Vienna, su precisa richiesta di Frankl.

La collaborazione durata dieci anni, si interruppe a causa di una distinzione tra la Logoterapia e l'Analisi Esistenziale moderna, che vedeva su posizioni diverse i due studiosi.

Längle dal 2002 è vicepresidente dell'International Federation of Psychotherapy (IFP con sede a Zurigo). Autore di più di 200 pubblicazioni e di numerose relazioni a congressi internazionali.

Professore di psicoterapia a Mosca (HSE; Lomonossov) e docente abilitato di psicologia a Klagenfurt. Professore onorario di psicologia a Salta (Argentina), Dottore onorario della facoltà di medicina di Temesvar (Romania) e della facoltà di psicologia de la Universidad de las Americas, Santiago de Chile.

Collabora, in qualità di consulente scientifico alla diffusione dell'esistenzialismo in Italia con il gruppo dello IAR Esistenziale.