

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA
SPERIMENTALE**

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2013

TESI

**L'IPNOSI COME ESPRESSIONE DEL SE' CEATIVO IN
PSICOTERAPIA ADLERIANA**

Candidato

Dr.ssa Simona Condelli

Relatore

Dr.ssa Laura Papi Grasso

INDICE

INTRODUZIONE.....p.3

CAPITOLO I: L'IPNOSI

Par. I Storia dell'ipnosi.....p.5

Par.II L'ipnosi clinica di Franco Granone.....p.10

Par.III L'ipnosi in Psicoterapia.....p.15

CAPITOLO II: L'INDIVIDUAL PSICOLOGIA ADLERIANA

Par. I La teoria Adleriana.....p.19

Par. II La psicoterapia Adleriana.....p.22

Par. III Il sintomo in un' ottica adleriana.....p.27

CAPITOLO III: IPNOSI E PSICOTERAPIA ADLERIANA

Par. I L'uso dell'ipnosi in Psicoterapia Adleriana.....p.32

Par. II Regressione ipnotica e trasformazione dello Stile di vita.....p.33

Par. III La teoria dei Primi ricordi e Ipnosi.....p.34

Caso I: I primi Ricordi.....p.36

Par. IV Ipnosi e Sintomi Psicosomatici.....p.38

Par. V Ansia, Fobie e Ipnosi.....p.42

Caso II: L'insonnia e i serpenti.....p.46

CONCLUSIONI.....p.51

BIBLIOGRAFIA.....p.52

RINGRAZIAMENTI.....p.53

INTRODUZIONE

I sintomi psicologici celano, simbolicamente, nel loro processo dinamico aspetti creativi del fare e del reagire dell'essere umano agli eventi di vita. In un certo senso si potrebbe ammettere che, per innescare un sintomo psicologico, è necessario avere una forte capacità creativa, per quanto ciò possa essere paradossale.

E se il sintomo, per quanto doloroso e limitante, fosse il segnale di una potenzialità nascosta all'interno dell'essere umano? Potremmo riuscire ad utilizzare il sintomo come possibilità e presa di coscienza?

Secondo un punto di vista Adleriano ogni sintomo è una voce nascosta che narra, attraverso un malessere, la propria unicità ed il sintomo è quindi creazione di quella narrazione.

Nell'essere umano sano la capacità creativa di far fronte agli eventi della vita volge verso il lato utile della vita stessa, ma, quando la percezione di sé, inconsciamente segnata da una convinzione di inferiorità, si aggancia a mete finzionali di superiorità, si innescano compensazioni patologiche che si esprimono a livello sintomatico. Il potere creativo è dunque elemento pregnante e presente l'essere umano sia nella dimensione patologica che sana.

In psicoterapia Adleriana l'obiettivo è quello trasformare lo stile di vita del soggetto attivandone il Sé creativo attraverso l'esplorazione dello Stile di Vita stesso e delle mete finzionali, trasformandole, quindi, in mete reali. Ciò che ne consegue è l'emergere della voce autentica al Sé creativo, che non ha più necessità di accompagnarsi al sintomo per essere ascoltato. L'utilizzo dell'ipnosi in psicoterapia adleriana si pone, quindi, come strumento trasformativo aggiuntivo, nell'esplorazione e nella realizzazione di uno stile di vita adeguato per il soggetto, nonché come dimensione possibilistica di sperimentazione iniziale della capacità creativa trasformativa, fino a quell'istante utilizzata a livello patologico.

Nel primo capitolo verrà descritta l'ipnosi sotto il profilo storico e il suo ruolo nei vari ambiti di applicabilità, facendo riferimento al modello dell'ipnosi clinica di Franco Granone, unitamente alla psicoterapia in linea generale.

Nel secondo capitolo verranno descritti i principi base della Teoria e della Psicoterapia Adleriana e il concetto di sintomo secondo questo modello interpretativo.

Nel terzo capitolo verranno narrati i punti di incontro tra ipnosi e psicoterapia Adleriana, all'interno di un continuum sintomatico visto sotto un profilo Adleriano e l'ausilio dell'ipnosi come strumento creativo e trasformativo.

CAPITOLO I

L'IPNOSI



"Il mistero delle cose" Antonio Nunziante, 2008

PAR. I: STORIA DELL'IPNOSI

Il concetto di Ipnosi nei secoli ha trovato varie forme espressive e l'utilizzo dell'ipnosi, presente fin dagli albori della umanità, può essere distinto in diversi periodi:

A) *Periodo Mistico*: L'ipnosi intesa come potenzialità della mente umana pare essere impiegata fin dall'antichità; Charles Arthur Musès nel 1972 scrive di aver trovato un'antica registrazione di una seduta ipnotica nella incisione di una stele egizia risalente al regno di Ramesse XI della XX dinastia (circa 3.000 anni fa). I riti che l'umanità, fin dalle sue origini, ha utilizzato per aumentare il benessere dei popoli, consolidare la coesione della tribù, contrastare le situazioni difficili, mettevano in atto una serie di tecniche, volte a creare uno stato di coscienza alterato nei partecipanti.

I sacerdoti e gli stregoni di molti popoli primitivi praticavano forme rudimentali di ipnosi (definiti riti).

Attraverso particolari musiche ripetitive e danze veniva indotto una sorta di "magico sonno" durante il quale apparivano improvvise visioni; il dolore poteva essere mitigato e gli effetti spiacevoli dimenticati (Muses, 1972).

I riti, per la maggior parte, avvenivano di notte, lontano dalla vita di tutti i giorni, affinché il buio ne aumentasse la suggestione.

L'utilizzo di queste tecniche permetteva ai partecipanti di perdere il contatto con la realtà, essere maggiormente sensibili alla situazione e più facilmente impressionabili da quanto avveniva nel rito.

L'associazione dell'ipnosi con la magia ed il soprannaturale durò a lungo, ostacolando seriamente lo studio scientifico di tali fenomeni; di questo legame ancor oggi, almeno nella concezione popolare, sono rimaste visibili tracce. Questo primo utilizzo dell'ipnosi, come supporto ai riti magici e religiosi, si conclude verso la metà del '700 con le teorie sul magnetismo elaborate da Franz Anton Mesmer, considerato, a ragione o a torto, il fondatore dell'ipnosi moderna

B) *Periodo Magnetico*: In questo periodo l'ipnosi, da conseguenza spesso collettiva di un rituale magico, diventa un rapporto a due, cercato e voluto, spesso, a scopo terapeutico. Questa fase comincia nella seconda metà del '700 ad opera di Franz Anton Mesmer (1734-1815) che, richiamandosi ai concetti filosofici e teosofici del sedicesimo secolo, ispirandosi a Paracelso, a Van Helmont, Fludd, Maxwell, Kircher, e riferendosi ai concetti metafisici e cosmologici di Leibniz, ritenne che la causa dei fenomeni ipnotici potesse essere il fluido magnetico animale. Secondo questa teoria, i "fluidi universali" o "fluidi magnetici"

abbracciano e penetrano ogni organismo vivente, in un delicato equilibrio, che produce un ritmico e perpetuo movimento simile a quello del flusso e reflusso delle onde del mare. La rottura di questo equilibrio provoca alterazioni e malattie, che possono essere curate con il magnetismo. Il terapeuta che impiega il magnetismo, riesce a concentrare e a dirigere questo "fluido" con speciali movimenti delle mani detti "passi magnetici", oppure toccando direttamente la persona o soffiandole sul viso; il fluido magnetico induceva quello che veniva definito sonno mesmerico. Mesmer utilizzava come strumento ipnotico una bacchetta di ferro magnetizzata (Mesmer, 1781). La facoltà di Medicina di Vienna definì il suo operato "pratica ciarlatanesca", e gli proibì di proseguire nella sua attività. Questo lo costrinse a lasciare l'Austria, nel 1778, dove aveva esercitato fino a quel momento, e a rifugiarsi nella più liberale Parigi. Nell'ambiente parigino dell'epoca, un personaggio come Mesmer, circondato da un alone di mistero e dalla fama di guarigioni miracolose, ebbe un immediato e largo successo e raccolse attorno a sé una miriade di seguaci e pazienti. Tuttavia le lamentele della lobby medica trovarono ascolto presso il Re di Francia, che fece riunire una commissione che stabilì che *"la suggestione, senza magnetismo, produce delle convulsioni, mentre il magnetismo, senza suggestione, non produce niente"*.¹ Un giudizio più favorevole a Mesmer, potrebbe tenere in considerazione il suo lavoro, come un primo approccio alla suggestione per curare l'isteria, una valorizzazione dell'effetto placebo, e un tentativo di psicoterapia di gruppo e l'attenzione sui fenomeni ipnotici.

C)Periodo psicologico: L'abate J. Faria (1776-1819), può considerarsi il fondatore delle prime tecniche ipnotiche e dette inizio al periodo psicologico come modalità interpretativa del fenomeno ipnotico, concedendo così l'abbandono del concetto dalle pratiche magiche. Rifiutando il concetto di fluido e di potere, proclamò la natura soggettiva dei fenomeni magnetici, ponendo la causa del sonno lucido, così egli definì il sonnambulismo provocato nel soggetto stesso (Faria, 1906).

A queste idee si riallacciò James Braid, che per primo introdusse il termine *ipnotismo* nella sua neuroipnologia, definendolo un particolare stato del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali; dimostrò che il fluido magnetico di Mesmer, non era elemento necessario per influire sui pazienti e dichiarò quanto fosse sufficiente che lo sperimentatore escogitasse mezzi atti a stancare l'attenzione del soggetto (ad esempio la fissazione di un punto luminoso). Gli effetti Mesmerici dovevano attribuirsi, di fatto, solo ad un turbamento cagionato al sistema nervoso, attraverso la concentrazione dello sguardo, il riposo assoluto del corpo e la

¹ *Rapport des commissaires de la Sociètè Royale de Medicine nòmmes par le Roi Louis XVI pour faire l'examen du magnetisme animal*, Parigi, 1784.

fissità dell'attenzione (Braid, 1843). Da ciò concluse che i prodotti dell'ipnotismo non erano dovuti nè alla personalità dell'ipnotizzatore, nè ai suoi tocchi. Nel 1847 sostituì il termine ipnotismo con "monoideismo", per designare la condizione dell'intelletto dominato da una sola idea. Hippolyte Bernheim fondò, assieme a Ambroise-August Liébeault, la Scuola di Nancy, che studiava i fenomeni di suggestione e di ipnotismo. Bernheim e Liébeault ridicolizzarono tali manipolazioni di Braid, riportando tutto alla pura suggestione verbale. Bernheim, in particolare, definì lo stato ipnotico un particolare stato psichico artificialmente riproducibile che mette in attività, esaltandola, la suggestionabilità. La *suggestionabilità*, per Bernheim, rappresenta l'attitudine a subire l'effetto di un'idea e ad attuarla, producibile con o senza sonno. Bernheim modernizza in tal modo, l'ipnosi sostenendo l'inutilità e la falsità delle procedure teatrali fino ad allora usate, abbandona e respinge il contesto mistico, esoterico, magnetico e cerca di dimostrare che l'eterosuggestione verbale è sufficiente, da sola, ad ottenere lo stato ipnotico. Gli studi di Bernheim si concentrano, quindi, sulle diverse tecniche per indurre lo stato ipnotico, senza trascurare lo stato d'animo dell'ipnotizzato, le sue aspettative, le sue difese, la sua disponibilità. Secondo Bernheim, invece, lo stato ipnotico è causato dalla suggestione dell'ipnotizzatore che trova riscontro nella suggestionabilità dell'ipnotizzato (Bernheim, 1884). Con Bernheim, quindi, l'ipnosi acquista la dignità di una tecnica applicabile anche a persone non nevrotiche.

Émile Coué (1857-1926) sostenne che la suggestione non agisce sulla volontà ma sull'immaginazione che influisce su tutte le funzioni: il morale e il fisico, e produce *autosuggestione* che, se ripetuta con idee di benessere, può guarire (Coué,1924).

Pierre Janet (1859-1947) sostenne che l'ipnosi fosse la formazione di una secondaria coscienza dissociata con la sua particolare attività, memoria ecc. che temporaneamente si sostituisce alla coscienza normale (basandosi sull'amnesia post ipnotica e sull'automatismo dell'ipnosi). Egli valorizza l'automatismo psicologico come forma elementare di sensibilità e di coscienza e parte fondamentale di ogni psiche normale, opponendolo all'attività psichica superiore critica della piena coscienza. Tale automatismo inconscio provvisto di una sua potenza energetica e di una propria finalità, anticipa l'inconscio freudiano più dinamico e meno automatico. Egli scopre l'importanza della reviviscenza ipnotica di emozioni antiche per la soluzione di vari sintomi isterici. Constata, inoltre, la possibilità di agire sulla mente attraverso il corpo, attraverso esercizi di distensione (Janet, 1919).

Tra essi si suddivide la visione psicoanalitica per cui l'ipnosi consiste in una rimozione degli istinti che vengono traslati sull'operatore. Il Super-Io del paziente è sostituito dall'ipnotizzatore che risveglia in lui avvenimenti trascorsi o dimenticati.

Joseph Breuer (1842-1925) è stato uno tra i fondatori dell'utilizzo dell'ipnosi in ambito medico; secondo le sue teorie, nel sistema nervoso esiste una sorta di energia, che tende a mantenersi in equilibrio, a livello costante. Questa energia, che Breuer definisce "tensione nervosa" può essere perturbata da disturbi di origine psicologica; la terapia consiste nel ristabilirne l'equilibrio naturale. Per ottenere la guarigione, Breuer fece largo uso dell'ipnosi, che abbandonò per un certo periodo a favore del "metodo catartico" freudiano utilizzando le "libere associazioni".

Allo studio specifico dell'ipnosi si dedica J.M Charcot (1825-1893) che ne distingue gli stadi: *letargia, catalessi e sonnambulismo* e le concomitanti modificazioni organiche relative al tono muscolare ed ai movimenti riflessi. Egli trascura l'importanza della suggestione ritenendo che gli effetti ipnotici siano sintomi collegati ad uno stato di isteria, oppure ad una situazione di patologia psicologica. Per Charcot uno stato di debolezza nervosa favorisce l'ipnosi, mentre la persona sana reagisce (Charcot, 1890).

Sigmund Freud studiò presso Charcot lo stato ipnoide che rivelò una scissione psichica tra conscio e inconscio tipica dell'isteria e cercò di curare secondo il suo metodo catartico (abreagire, verbalmente e fisicamente, la carica emotiva repressa e negata). Lo abbandonò nello scoprire che il paziente in trance non poteva elaborare i suoi problemi: il sintomo spariva, ma la causa restava (Freud, 1888-1892).

Gill e Brenman, dopo vent'anni di ricerche, integrando fisiologia, psicoanalisi e psicologia sperimentale, definiscono l'ipnosi un processo regressivo con un aumento o riduzione dell'attività mentale e sensomotoria e/o creando dipendenza. Durante tale regressione il soggetto tende a trasferire sull'ipnotista il ruolo che avevano per lui alcuni suoi parenti. Nel 1889, fu organizzato il primo congresso internazionale di ipnotismo, al quale parteciparono medici e psicanalisti (1956).

D) Perido Fisiologico: Si definisce in questo modo, l'approccio all'ipnosi che trova origine negli studi di Pavlov e della sua Scuola. Ivan Petrovic Pavlov (1849-1936), direttore della Sezione di Fisiologia dell'Istituto di Medicina Sperimentale di Pietroburgo, Premio Nobel per la Medicina, focalizzò la sua attenzione sulla necessità di verifica scientifica degli esperimenti medici, ed elaborò una teoria sulla capacità di autoregolazione, sia fisica che psicologica dell'organismo umano. Nei suoi studi di fisiologia, rilevò il fenomeno dei "*riflessi condizionati*" (Pavlov, 1966). Tra gli autori che lo seguirono, coloro che si occupavano di ipnosi, esplorarono due campi diversi. Alcuni approfondirono lo studio del ruolo della suggestione ipnotica nell'utilizzo dei riflessi condizionati. Altri invece presero in esame i vari riflessi fisiologici, il loro collegamento con stati fisici ed il loro funzionamento. In questa

maniera si venne a creare uno strumento per indurre e potenziare la trance ipnotica. In questo contesto l'ipnosi venne definita "una psicoterapia su base fisiologica".

E) *Periodo Moderno:* Nel XX secolo i cambiamenti economico politico sociali dettero modo all'ipnosi di farsi largo tra le varie tecniche di cura; ne è un esempio il concetto di *Ipnoanalisi* nato dall'idea di fondere l'ipnosi e la psicanalisi contro l'ortodossia freudiana, proponendosi di accelerare la scoperta della dinamica inconscia attraverso una regressione indotta, effetti ipermnestici, induzione di fantasmi e sogni, creazione di conflitti artificiali e tecniche affini. L'ipnoanalisi sorse durante la prima guerra mondiale quando il tempo a disposizione ed il gran numero di nevrosi da guerra non consentivano un'analisi nei termini previsti da S. Freud.

R.J. Hilgard si occupò, negli Stati Uniti, di psicologia sperimentale e di apprendimento. Il suo interesse all'ipnosi rientra nel quadro della sua teoria sulla "dissociazione" che avverrebbe tra un "Io esecutivo" che ha le funzioni di ottenere ed elaborare le informazioni dell'ambiente, decidere il comportamento e metterlo in atto, ed una serie di altri centri di controllo, che possono essere influenzati dall'esterno, ad esempio con l'ipnosi. Studiando i vari stadi dell'ipnosi, elaborò uno strumento per la misurazione della profondità della trance ipnotica e delle suscettibilità delle persone all'ipnosi(1971). Questo studio portò alla creazione della cosiddetta Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, tuttora in uso.

Milton Erickson rilevò, a partire da osservazioni su se stesso, il fenomeno della "focalizzazione ideodinamica" per cui, in termini fisiologici, ogni cellula cerebrale azionata da un'idea, aziona a sua volta le fibre nervose che devono realizzare questa idea. E questo quasi sempre avviene al di sotto del livello della coscienza. Utilizzando gli studi all'epoca, effettuati sul sonno e sulle sue diverse fasi, Erickson era convinto che, anche nella fase di veglia, l'attività cerebrale attraversasse dei periodi ultradiani di attività intensa, intervallati da periodi di riposo. La sua sensibilità e l'attenta osservazione, gli facevano rilevare gli stati d'animo del paziente, e la fase della sua attività cerebrale; a questo punto interveniva, raccontando episodi della sua vita, ricordi, storie dal contenuto un po' strano, e la persona davanti a lui cadeva in trance, senza nemmeno accorgersene. Nei suoi racconti utilizzava tecniche di comunicazione come il paradosso, il doppio legame, la metafora. Questo sistema, che Erickson chiamava, "*metodo naturalistico*", gli consentiva di utilizzare in modo creativo le risorse psicologiche della singola persona, al fine di ottenere cambiamenti e guarigione. Erickson sosteneva che l'uomo spesso ignora i dati che gli vengono dall'esterno, e fa' invece riferimento alla propria mappa interna, che è costituita da una serie di dati, procedure, regole e schemi di comportamento, che sono scesi sotto la soglia della coscienza. Per questo motivo il giudizio sulle persone conosciute, le idee e la visione del mondo contenuti nella mappa, non vengono

verificati, aggiornati o modificati col tempo, ma tendono ad diventare rigidi e a confermarsi sempre di più, costretti da un sistema cognitivo auto referenziale. Con l'intervento dell'ipnosi, questi schemi venivano disassemblati, cambiando i riferimenti percettivi e cognitivi, e poi rimessi assieme ma in combinazioni diverse. Con questo sistema, le risorse del paziente, che, secondo Erickson, vanno ricercate nella sua storia personale, erano valorizzate al massimo e utilizzate per la risoluzione dello stato di sofferenza. Lo sforzo maggiore del terapeuta, era quello di insegnare alla persona ad operare delle scelte nella sua vita, e ad affrontare situazioni che si ripetono, in modo diverso dal passato. Integrava questo intervento con l'insegnamento di tecniche, come ad esempio quella di dividere un problema troppo difficile, in pezzi, e poi applicarsi alla risoluzione delle singole parti (Erickson, 1952).

Come si può evincere da questo excursus è possibile definire con chiarezza cosa non è l'ipnosi:

-essa non è magia fluido o potere

-essa non è soggioganza di volontà

-essa non è sonno.

PAR. II: L'IPNOSI CLINICA DEL PROF. FRANCO GRANONE

Nel 1961 Franco Granone, nel *Trattato di Ipnosi*, definisce *l'ipnotismo* come la possibilità di indurre in un soggetto un "particolare stato psicofisico" che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi fra questo e l'ipnotizzatore. Egli manifesta la necessità di usare il termine *ipnotismo* quando si fa riferimento al fenomeno ipnotico considerandolo in stretto rapporto con l'operatore, e il termine *ipnosi* quando ci si riferisce alla semplice sintomatologia ipnotica avulsa in certo qual modo dall'operatore. Cosicché l'ipnosi è un modo di essere dell'organismo e l'ipnotismo quella tecnica che permette di attuare tale condizione. Una delle condizioni che più frequentemente si attuano nell'esercizio dell'ipnotismo è il *sonno ipnotico* durante il quale molte sono le possibilità di agire sulla psiche. Tuttavia l'ipnosi non va confusa con il sonno poiché è stato rilevato che una persona addormentata reagisce solo a stimoli intensi o particolari, mentre un soggetto ipnotizzato può reagire a stimoli disparati anche se deboli; inoltre, nell'ipnosi, non si osservano alterazioni del regime dei riflessi come nel sonno dove essi sono diminuiti o invertiti. Quello che viene definito *sonno ipnotico* è uno stato

particolare di coscienza in cui è mantenuta viva la relazione con l'operatore; il metabolismo basale del soggetto in stato di ipnosi profondo non coincide con quello del sonno; i dinamismi sensorio e intellettuale che si osservano durante il sonno ipnotico non si osservano nel sonno fisiologico (Granone, 1961).

L'ipnosi è uno stato fisiologico modificato di coscienza in cui permane la critica del paziente, *nulla può essere fatto fare al paziente al di là della sua volontà*: ovvero non c'è accettazione acritica di ogni espressione richiesta dall'operatore. L'ipnosi non è suggestione, intendendo con questo termine l'accettazione acritica dell'idea dell'interlocutore; il fenomeno ipnotico è assai più simile al concetto di persuasione, intesa come accettazione critica dell'idea di un altro; l'induzione in ipnosi può essere suggestiva. Per altro le stesse curve di suggestionabilità ed *ipnotizzabilità* sono diverse: infatti l'ipnotizzabilità è direttamente proporzionale all'efficienza ed alla prestazione, che sono assai più frequenti in età adulta, mentre la *suggestionabilità* è proporzionale ad una maggior tendenza rilevabile o in età infantile o senile in cui è difficile stabilire un determinato livello di concentrazione e di efficienza.

Per quanto concerne la disponibilità alla ipnotizzabilità si può sostenere che circa il 5% della popolazione è refrattaria all'ipnosi; tra i soggetti refrattari è possibile riscontrare il soggetto oligofrenico e psicotico grave poiché con essi, a causa della patologia, non è possibile stabilire alcun rapporto che, come è stato visto, è un elemento imprescindibile il fenomeno ipnotico. Soggetti in età senile con patologia annessa oltremodo divengono refrattari all'ipnosi, in quanto, come abbiamo visto, la disponibilità all'utilizzo di facoltà intellettive e di concentrazione è basilare. Soggetti freddi, con povertà interiore, sono difficili da ipnotizzare per l'incapacità a considerare gli aspetti interiori e relazionali. Per quanto concerne la differenza di genere, tendenzialmente è stata riscontrata una maggiore disponibilità all'ipnosi nel sesso femminile data la presenza di aspetti più artistici, fantasiosi, meno critici e per una maggior risonanza emotiva. L'intelligenza è un altro elemento che è strettamente collegato all'ipnotizzabilità, ovvero soggetti con intelligenza superiore, in grado di dominare la propria volontà, con un maggior livello di consapevolezza, in particolare fanno da elemento chiave a livello di capacità intellettive, soggetti con una spiccata capacità immaginativa ed intuitiva. I soggetti nevrotici sono tendenzialmente ipnotizzabili con risultati di maggiore o minore ipnotizzabilità in relazione all'operatore e all'utilizzo di una tecnica specifica; tra essi i soggetti isterici, mentre la caratteristica della patologia ossessiva dichiara una forte difficoltà di ipnotizzabilità nei soggetti ossessivo-compulsivi.

La condizione primaria per cui si possa parlare di Ipnosismo è data da due fattori imprescindibili: il rapporto con l'operatore (medico, terapeuta) e lo stato di coscienza.

-Per quanto riguarda il "**Rapporto**" con l'operatore si prende in considerazione la funzione relazionale dell'ipnosi che implica una dinamica di fiducia. L'operatore, attraverso una serie di procedure, che a breve verranno descritte, accompagna il paziente in uno stato di ipnosi; per tanto, dopo un attento esame obiettivo del paziente, una conoscenza approfondita della tematica da trattare, si potrà creare tra operatore e paziente uno stato di compliance iniziale favorevole al procedere della tecnica ipnotica.

-Lo "**Stato di coscienza**" a cui si fa riferimento quando si parla di ipnosi è uno stato fisiologico, a differenza di Charcot che lo definiva patologico, al quale si è soggetti svariate volte all'interno della propria vita. Per esempio durante la guida dell'auto, piuttosto che quando si è profondamente concentrati su una situazione, o nello Yoga e stati meditativi. Tuttavia questo stato di coscienza modificato, da solo, non può essere definito ipnotismo, in quanto svincolato dal rapporto con l'altro.

Per tanto, affinché si instauri l'ipnosi, è necessario che sia presente lo stato di ipnosi ed il rapporto ipnotico, legati ed influenzantesi l'un l'altro.

Il grado massimo di profondità dell' ipnosi si attua quando tutto il rapporto terapeuta paziente viene ad essere costituito dal transfert emotivo, irrazionale infantile.

L'ipnosi è uno stato di coscienza *modificato* ma *fisiologico e dinamico*, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni *psichiche, somatiche, viscerali*, attraverso la creazione di *monoideismi plastici* ed il *rapporto operatore -soggetto*.

Ciò che caratterizza il fenomeno ipnotico, infatti, è il *Monoideismo Plastico*.

Con il termine *ideoplasia* si tende ad identificare il potenziale che la mente, ovvero l'immaginazione, adeguatamente orientata ha di agire sul corpo. Tale termine fu proposto per la prima volta da A.Forel nel 1894 per definire il principio ideomotorio già descritto da Carpenter nel 1873 e poi ripreso da Bernheim con il termine "*ideodinamismo*" nel 1907. A conferma di tale principio vennero svolte già delle precise e documentate indagini scientifiche nel 1926 da Allers e Scheminzky presso l' istituto di fisiologia di Vienna. Franco Granone definisce il "*monoideismo plastico*" come la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea, ricca di contenuto emozionale; tale idea è dotata di una forza ideoplastica, cioè di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado di suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerali e comportamentali. L'ipnosi, in tale senso, è caratterizzata sempre e solo dalla presenza di un monoideismo plastico (Forel, 1894).

Per comprendere il fenomeno dell'ipnotismo è importante scindere due aspetti importanti, ovvero l'induzione all'ipnosi e il fenomeno dell'ipnosi in sé.

INDUZIONE

1)PREINDUZIONE : creazione con il paziente di un rapporto di fiducia e confidenza che garantiscano lo sviluppo di una relazione cordiale e aperta attraverso un ascolto profondo la condivisione della diagnosi alla terapia, stabilizzando la relazione umana con un abbassamento conseguente del livello di critica o difesa.

2)INDUZIONE: insieme di manovre per attivare e sostenere la realizzazione di monoideismi plastici. Tali manovre rendono, progressivamente, sempre più deboli e meno interessanti i legami con l'ambiente sostenendo un dinamismo psicosomatico che attivi il monodeismo plastico. In sintesi la focalizzazione dell'attenzione passa dall'esterno alla realtà interiore del soggetto attraverso transizioni mentali. Le affermazioni effettuate su un piano verbale da parte dell'operatore devono essere verificabili e le istruzioni espresse dovrebbero avere la funzione di possibilità e non di ordine; il tono di voce e la cadenza dovrebbero tendere ad una dimensione rilassante. L'obiettivo da raggiungere durante l'induzione deve essere il più chiaro e definito possibile per il paziente in relazione alla sua costituzione psicofisica e alla sua potenzialità di apprendimento tanto che l'idea da realizzare deve essere fatta propria dal soggetto.

La focalizzazione dell'attenzione avviene attraverso due canali:

a)voce dell'operatore possiede un duplice codice:

-linguistico per cui la parola accresce l'effetto della voce suscitando emozioni, stati d'animo, modificazioni di coscienza

-stilistico per cui attraverso un uso appropriato della voce, è possibile dare espressione alle proprie

emozioni, scavalcando la mente che spesso filtra i nostri vissuti, e riconoscendole diventa più semplice prendere consapevolezza dei motivi che le causano.

Le inflessioni della voce, segnalano tensioni, ansia, paura, rabbia, come anche stati di benessere e di rilassamento e queste differenti modalità espressive, non sono consapevoli, se non in certe particolari circostanze.

b) fisico, attraverso quelli che vengono definiti "*Passi*", ovvero sfioramenti che l'ipnotista fa con la propria mano sul viso o sugli arti del soggetto con la funzione di attirare l'attenzione del soggetto su quella parte del corpo in cui si vuole instaurare catalessi, analgesia o altro fenomeno.

La focalizzazione dell'attenzione del paziente sull'idea prestabilita attiva la creazione di un monoideismo plastico.

Le modalità induttive possono essere: lente, consuete, veloci, shock e possono comprendere fissazione dello sguardo su un punto specifico, suggestioni verbali semplici, stimoli visivi, uditivi, stati di rilassamento frazionato, stimoli fisici (compressione dei globi oculari, seni carotidei). Il tipo di induzione deve essere in relazione alla personalità e alle reazioni del paziente, alle finalità desiderate, alla situazione, alla personalità del terapeuta. I risultati dipendono da motivazioni, dalla disponibilità e dalla capacità di apprendimento del paziente, dal rapporto terapeuta/paziente, dall'abilità del terapeuta.

3)CORPO

La realizzazione del progetto terapeutico con l'utilizzo delle modalità più consone alla coppia operatore-paziente.

4)DEINDUZIONE

Progressivo allontanamento dalla realizzazione dei monoideismi plastici con il ripristino dello stato di coscienza ordinario

5)CODA

Periodo di maggiore facilità alla reinduzione.

I vari livelli di profondità dello stato ipnotico sono definibili con il termine di *Trance ipnotica*, ovvero stati temporali apparentemente simili al sonno e sono suddivisibili in :

-stato di ipnosi vigile o stato ipnoidale preipnotico.

-ipnosi leggera

-ipnosi media

-ipnosi sonnambulica

I campi di applicabilità dell'Ipnosi ai giorni nostri sono molteplici. In analgesia l'ipnosi ha dato notevoli risultati, poiché innalza la soglia dolorosa ed inoltre lo stimolo doloroso non è più percepito come tale e viene scotomizzato, ovvero percepito ma non più come doloroso. In campo chirurgico essa può essere utile nella fase preoperatoria, tranquillizzando il paziente, quanto in fase post operatoria attraverso una motivazione maggiore sulla guarigione. In campo odontoiatrico essa svolge una notevole funzione ansiolitica, per tamponare piccole emorragie per la sua funzione vasocostrittiva periferica, nonché una diminuzione della salivazione. In ostetricia e ginecologia l'ipnosi essa è utile con il suo effetto ansiolitico, nel rafforzamento dell'Io e per la sua funzione miorellassante. Per esempio il parto in ipnosi, attraverso una trance leggera, consentirà una maggior collaborazione con l'ostetrico, nonché una diminuzione della tempistica del travaglio. In ambito dermatologico sono notevoli i risultati considerando il significato psicosomatico e simbolico che assume la pelle come

elemento di spartizione tra l'Io e il non Io. In ambito extra medico ed extraclinici essa assume un ruolo importante nella sua funzione motivazionale; per esempio nello sport l'ipnosi può essere utilizzata per migliorare le potenzialità dell'atleta, attraverso una sedazione della risonanza emotiva e somatica, il recupero di energie psicofisiche e la diminuzione della paura del pubblico durante la prestazione. In ambito lavorativo l'utilizzo dell'ipnosi garantisce uno scarico della tensione nervosa e una maggior concentrazione; in ambito di studio oltre al ruolo ansiolitico l'ipnosi tende a stimolare la motivazione ed il rafforzamento delle potenzialità del soggetto

PAR. III: L'IPNOSI IN PSICOTERAPIA

L'uso dell'ipnosi in psichiatria è stato studiato a fondo da Schneck e anche da Wolberg da Erickson con le sue tecniche strategiche e il suo approccio naturalistico all'ipnosi (Schneck,1953; Wolberg, 1945; Erickson, 1952); Sarebbe istintivo, trattando dell'ipnosi i psicoterapia parlare di ipnoterapia che, tuttavia non è una psicoterapia. Haley afferma che tra l'ipnoterapia e le altre psicoterapie si scorgono notevoli differenze, se queste sono considerate in termini di psicologia individuale, ma i metodi risultano fundamentalmente simili se si esamina la natura particolare della relazione tra il paziente e il terapeuta(1976).

L'ipnoterapia non è quindi una cosa a sé, un mezzo speciale di terapia, ma si può usare l'ipnosi come ausilio di qualunque approccio psicoterapico. L'impiego dell'ipnosi non è semplicemente la

soppressione diretta del sintomo; l'ipnosi può, a volte, anche eliminare direttamente il sintomo, ma l'obiettivo dell'utilizzazione dell' ipnosi come in ogni forma di psicoterapia, è sempre più ampio e il sintomo va sempre visto nel più vasto ambito del quadro psicodinamico generale.

L'ipnosi rappresenta un mezzo efficace di investigazione della personalità e di ricerca delle cause dei disturbi psicopatologici. L'attività dello psicologo e dello psichiatra in sede clinica è diretta innanzitutto a ricostruire e ad interpretare la vita psichica e a volte anche quella storica del paziente.

La ricostruzione è composta da elementi della vita passata connessi con le emozioni relative ed è possibile per il fatto che l'analista, attraverso il transfert (una specie di finestra verso il passato, che rappresenta il processo secondo il quale prototipi di vicende pregresse della vita dell'analizzato vengono attualizzati attraverso il particolare rapporto emozionale che lo lega con l'analista), può analizzare certe emozioni e certi rapporti come se fosse stato “testimone oculare” nei confronti del momento in cui si sono presentati nella vita psichica del paziente

per la prima volta e nei confronti delle persone più significative della sua infanzia. Per quanto riguarda l'interpretazione, essa consiste, tra l'altro, nel rendere conscio l'inconscio mostrando i comuni denominatori dei modi psichici e comportamentali del paziente in relazione alla sua vita attuale, per esempio, in relazione ai suoi familiari, agli amici, ai colleghi di lavoro, età. Ma l'ipnosi tende anche a evidenziare da un punto di vista genetico il corso dello sviluppo psichico e il rapporto tra i modi presenti ed il passato. L'ipnosi è stata comunque considerata un prezioso aiuto nelle *psicoterapie brevi*. Wolberg nota che le condizioni che sembrano rispondere meglio all'uso dell'ipnosi nelle psicoterapie brevi sono « stati di tensione ed ansietà, certi sintomi di conversione isterica, alcune reazioni ossessive-compulsive, ed altri disturbi tipo insonnia, enuresi, iper-eccitazione ecc. Emergono, inoltre, la capacità del paziente di opporsi a reazioni esplosive e la capacità del paziente di superare blocchi comunicazionali

I risultati positivi ottenuti in sessioni di ipnoterapia individuale possono essere raggiunti, per alcuni autori, anche con sessioni di *ipnoterapia di gruppo*. I lavori più promettenti in quest'area sono

quelli di Moreno sull'uso dell'*ipnodramma* come agente terapeutico. Secondo questi autori, nell'ipnodramma, l'ipnosi agisce come starter psicologico con cui si attiva un processo che libera il paziente da molte delle sue inibizioni e lo pone in una condizione di disponibilità verso uno stato di maggior spontaneità. L'ipnodramma ha il vantaggio di rivelare la struttura più profonda della personalità del paziente nel corso della terapia, e si è rivelato utile in casi in cui il paziente era incapace, attraverso altre tecniche, di raggiungere la catarsi ed il successo terapeutico (Moreno, 1950).

In ipnosi vi sono due modalità differenti di richiamare il passato della nostra vita nell'attualità del presente: la regressione e la rivivificazione.

-REGRESSIONE: il soggetto rivede il suo passato con atteggiamento, critica e sentimenti del presente, in cui, favorito dall'isolamento sensoriale della trance ipnotica e della maggiore capacità di concentrazione mentale, diventa capace di ricordi che assai difficilmente rievocherebbe nello stato di veglia. Viene richiesto al soggetto di tornare indietro al tempo in cui egli ha provato un'emozione molto spiacevole, rivivendola appieno; giunto il tempo di completa immersione nell'evento, l'obiettivo da parte dell'operatore è quello di minimizzare l'avvenimento dissociandolo dall'emozione, facendo rivivere l'episodio doloroso come freddo ed ineluttabile al di sopra di ogni volontà umana con conseguenze rimediabili. Le modificazioni che si attuano in fase regressiva, scrittura, ipermnesia, riflessi, ecc rientrano nel quadro delle manifestazioni ipnotiche come la catalessi, reazioni vegetative, ecc, essendo

possibile l'attivazione di associazioni antiche condizionate ontogeneticamente durante lo sviluppo della personalità nello stato di coscienza dell'ipnosi profonda. La regressione d'età non è mai statica, ma può venire modificata dal funzionamento ad altri livelli di età cosicché una persona regredita ha spesso un mutevole punto di orientamento.

-RIVIVIFICAZIONE: il soggetto dimentica il presente per comportarsi esprimere e sentire come in tempi passati. Il paziente diviene capace non solo di ricordare, ma anche di rivivere alcune situazioni somatiche e viscerali proprie dell'età. La rivivificazione si instaura solitamente di solito in un soggetto sonnambolico, suggerendogli che egli ritornerà indietro con gli anni sino all'età infantile. Questa tecnica è assai utile per scoprire traumi infantili o episodi che sono alla base di sintomi psiconevrotici.

In ambito psicologico e psichiatrico l'ipnosi viene dunque considerata un punto di partenza su cui impostare, in seguito, una psicoterapia.

In particolare, considerati gli aspetti sopraelencati ovvero che:

-l'ipnosi è uno stato fisiologico di coscienza *modificato dinamico*, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni *psichiche, somatiche, viscerali*;

-tale stato fisiologico di coscienza attraverso l'induzione dell'operatore è in grado di creare monoideismi plastici;

-il monoideismo plastico è il risultato la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea, ricca di contenuto emozionale e che tale idea è dotata di una forza ideoplastica, cioè di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado di suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerali e comportamentali;

-lo stato di trance ipnotica è definibile come uno stato di suggestionabilità d'organo a vari livelli è possibile realizzare una correlazione tra l'ipnosi in quanto tale e il suo utilizzo in Psicoterapia Adleriana, che considera il soggetto in un ottica biopsicosociale, dotato di un potere creativo volto verso un fine realizzativo.

Inoltre proprio Adler partì dal concetto di inferiorità organica quale elemento chiave a dichiarare, attraverso una compensazione secondo linee nevrotiche o patologiche attraverso una dinamica finzionale, la tendenza creativa disfunzionale o funzionale che l'uomo possiede in sè.

CAPITOLO II
L'INDIVIDUAL PSICOLOGIA DI ALFRED ADLER



"ONIRICO", Antonio Nunziante, 2008

PAR. I: LA TEORIA ADLERIANA

Secondo la teoria Individual Psicologica, l'essere umano è inteso come unità complessa, indivisibile e irriducibile rispetto alle sue componenti biologico-genetica, psicosociale, transculturale e fenomenologico-esistenziale. L'uomo, per Alfred Adler è ontologicamente e filogeneticamente segnato da un *sentimento di inferiorità*, che lo caratterizza dal momento della nascita e lungo tutto il suo cammino di vita e che attiva la costante ricerca di un senso di sicurezza e di realizzazione personale. A tale scopo Adler individua nell'*aspirazione alla superiorità* una forza dinamica e creativa dell'individuo volta alla ricerca di sicurezza, crescita e realizzazione personale. Infatti, proprio dal sentimento di inferiorità e di insicurezza deriva l'esigenza dell'individuo di costruirsi un fine, una *méta*, che orienti la sua esistenza, e che gli permetta di sentirsi adeguato e di realizzare se stesso. Il finalismo adleriano è da intendersi come orientamento dell'uomo verso il futuro, verso una *méta* finale, a cui tendono tutte le energie psichiche. Dunque è propria dell'essere umano la capacità di progettarsi e proiettarsi nel futuro, in una visione prospettica in cui tutti i fenomeni psichici contribuiscono, in modo consapevole e/o inconscio, alla progettazione di qualcosa che sta per accadere. Il dinamismo intrapsichico e relazionale è mosso dall'avvicinarsi di due istanze fondamentali: *Volontà di potenza e Sentimento sociale*. La *volontà di potenza* è alla base dell'affermazione di sé sul piano del dinamismo intrapsichico e, sul piano del dinamismo relazionale, della realizzazione personale; è una spinta autoaffermativa volta al raggiungimento del senso di sicurezza. Il *sentimento sociale* è inteso come istanza di aggregazione, cooperazione e di convalida sociale sul piano del dinamismo relazionale; agisce anche come una istanza intrapsichica aggregante i diversi processi biologici e psichici dell'individuo; indica l'attitudine innata che modula le qualità relazionali profonde che definiscono l'uomo. Queste due istanze sono in costante equilibrio dinamico tra loro, nella modulazione dell'individuo con la realtà ed il mondo, equilibrio reso possibile da compensazioni finzionali e da espedienti di salvaguardia adattivi (meccanismi difensivi), tra necessità di autoaffermazione e realizzazione personale da un lato, e possibilità di relazioni soddisfacenti dall'altro.

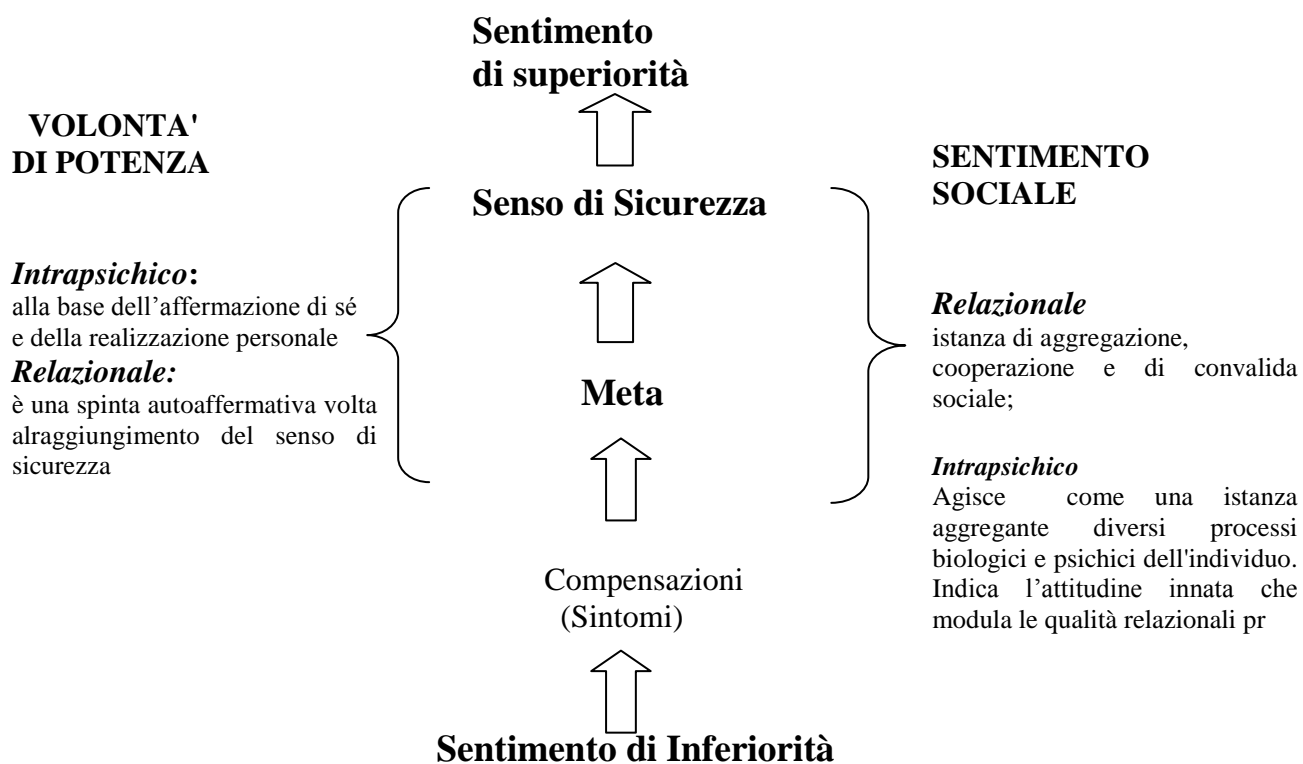
L'uomo percepisce la realtà intorno a sé attraverso le *finzioni* che sono idee soggettive comprendenti elementi consci ed inconsci; svolgono l'utile funzione di mettere l'uomo nella condizione di mediare tra i propri bisogni e la realtà, in una prospettiva che finalisticamente orientata (ANSBACHER H., ANSBACHER R.1956).

Tutti i processi psicologici concorrono a formare una struttura coerente con la *méta*, definita da Adler *Stile di vita* che, nei suoi aspetti consci e inconsci, diviene l'impronta unica ed inimitabile che caratterizza l'individuo e nella quale confluiscono i tratti del comportamento,

le idee, le opinioni, i sentimenti, le emozioni, articolati ed al servizio delle finalità prevalenti. Il *Sé creativo*, unitario e coerente, è un sistema soggettivo, altamente personalizzato, che governa la struttura della personalità e che interpreta e rende significative le esperienze dell'individuo (Adler,1927).

Per A. Adler Conscio e Inconscio formano una entità singola; la psiche non può essere suddivisa in compartimenti stagni e non ha la consistenza anatomica che le aveva attribuito Freud. La psiche elabora dei dinamismi consci ed inconsci che devono essere valutati come dei momenti funzionali in continuo divenire e con notevoli variazioni di livello. L'attività psichica, poi, deve essere esaminata in senso finalistico, ossia non solo in base alle cause, ma anche in base alle mete verso cui ci si dirige. I temi dei dinamismi inconsci spaziano in tutto l'ambito dell'esperienza umana. L'inconscio è per Adler quella parte dello stile di vita dell'individuo che l'individuo stesso non comprende se non esaminando tutti i processi nel loro più ampio contesto. Il conscio e l'inconscio sono determinati da valori ed interessi soggettivi tutti di orientamento sociale e tutti senza un corrispettivo nella realtà fisica; essi non sono altro che una creazione dell'individuo. L'inconscio secondo Adler *“ non è altro che ciò che siamo stati incapaci di formulare in concetti chiari che non si nascondono in qualche recesso inconscio o subconscio della nostra mente, ma sono quelle parti del nostro conscio di cui non abbiamo pienamente compreso il significato.”* (Adler, 1935 a, p. 10). E aggiunge che non si può opporre la coscienza all'inconscio come se essi fossero due metà antagoniste dell'esistenza di un individuo. La vita conscia diventa inconscia quando non riusciamo a capirla, ma non appena si riesce a comprendere una tendenza inconscia, essa è già divenuta conscia. Adler preferiva parlare di incompreso invece che di inconscio. In genere il contenuto di una meta fittizia di un individuo e il suo stile di vita rimangono nascosti alla sua piena comprensione e perciò rimangono inconsci. Il pensare, il sentire e l'agire, nel contesto della loro motivazione devono rimanere inconsci, specialmente nel nevrotico per permettergli di perpetrare indisturbato il suo stile di vita. Il soggetto non nevrotico vaglierà esperienze, percezioni, e formazioni concettuali, sistemandole secondo il proprio stile di vita, riuscendo a rimanere largamente inconsapevole di quei concetti, quelle percezioni e quelle conclusioni che minacciano il suo stile di vita. Una percezione prevenuta è il risultato inevitabile; questa può essere mitigata se l'individuo diventa consapevole di tale stato di cose e cerca consciamente di mitigarlo. La coscienza è un prodotto degli istinti modificati ed è il risultato dei rapporti sociali che hanno formato e modificato le potenzialità psichiche naturalmente esistenti nell'uomo. La coscienza è generata dalla socializzazione della psiche.

MODELLO PSICODINAMICO ADLERIANO



PAR. II: LA PSICOTERAPIA ADLERIANA

A. Adler considera la psicoterapia come assunzione tardiva della funzione materna e, allo stesso tempo, un nuovo legame di attaccamento sicuro, un'esperienza emotiva correttiva del deficit affettivo di base (Ruping, 1990; Ferrigno, 1998). L'intervento psicoterapeutico costituisce un evento che si sviluppa nel tempo con la costruzione di una storia a due che segue un itinerario unico irripetibile, *creativamente e finalisticamente* orientato in cui la *coppia creativa* cresce e si evolve.

Un intervento adleriano è un evento ontologico che coinvolge necessariamente due persone in un percorso comune, che incide sul vissuto interiore sia del terapeuta che del paziente. Ecco allora che il principale strumento di lavoro diviene, dunque, lo *stile di vita, la personalità e il sentimento sociale del terapeuta*, che accetta di entrare pienamente nel gioco funzionale dialettico trasformativo dei "come se" (Ferrigno, 2005). Ogni modalità o tecnica psicoterapeutica, che si definisca adleriana, deve fatalmente imbattersi nello stile di vita presentato dal soggetto. La psicoterapia viene allora vista come accettazione del diverso, del sofferente, dell'abnorme, come capacità di avvertire i segnali contraddittori e paradossali, di intuire i tortuosi sentieri che costellano l'esistenza nevrotica, le bizzarrie, i candori sconcertanti, gli intoppi e le paure delle persone psicotiche. La psicoterapia è intesa come conoscenza e come verifica esistenziale, come incontro storicamente significante, come possibilità necessaria per il cambiamento, come libertà di cambiare e non cambiare, mantenendo gli affaticanti ma abituali conflitti le costose elusioni. Psicoterapia come attività ludica, come rischio e possibilità (Mascetti, Maiullari, 1982).

Il terapeuta svolge perciò un ruolo attivo nella costruzione della relazione insieme al paziente, non limitandosi ad osservare in modo distaccato e neutro, elargendo solo interpretazioni onnipotenti per smantellare le finzioni rafforzate, ma cerca di coinvolgere il paziente in una nuova possibilità di relazione che, con il tempo, gli consenta di abbandonare vecchi schemi relazionali inadatti per sperimentarne di nuovi. Nella Psicologia Individuale il terapeuta deve cercare di raggiungere una partecipazione emotiva con il paziente, a partire dalle sue difese, con l'incoraggiamento e non con la frustrazione; da qui una comunicazione che privilegia un senso, ma si esplica in due direzioni, prendendo la forma di colloquio almeno in certe fasi. Inoltre, agendo in un ambito relazionale, il terapeuta deve avere informazione sui settori dell'ambiente in cui il soggetto ha vissuto.

Quando l'ascolto analitico è stato concluso, presentata la costellazione familiare, i primi ricordi, l'analisi adleriana è libera di svilupparsi *creativamente* con il suo contributo della sua vita, ma non può limitarsi solo ad essa. Ma non è possibile una vera comunicazione, né autentico incontro scambio e dialogo e comprensione, senza empatia, senza cogliere e penetrare il sentire e il patire

altrui (Rovera, 1976). Per *empatia* si intende la capacità di interagire con l'altro da sé guardando con i suoi occhi, ascoltando con le sue orecchie e vibrando con il suo cuore sotto la spinta del sentimento sociale che rappresenta sempre e comunque lo strumento di lavoro insostituibile in una psicoterapia adleriana.

Infatti, attraverso il *processo di incoraggiamento empatico*, edificato sul contenimento, il terapeuta prova ad attribuire e quindi a condividere stati mentali, quali intenzioni emozioni desideri, credenze, dialogando in modo intersoggettivo con la logica privata del paziente: la coppia creativa costituisce, per tanto, un incontro tra menti, una logica comune condivisa emozionalmente (Ferrigno, 2005). La coppia terapeutica costruisce gradualmente un sovracodice comunicativo interattivo, verbale e non verbale, che comprende una simbologia funzionale, progressivamente negoziata da entrambe e le parti e condivisa all'interno dell'arra di incontro.

L' 'alleanza terapeutica matura gradualmente verso modalità comunicative sempre più evolute: il terapeuta, attraverso il processo di incoraggiamento empatico che si basa sul capire e farsi capire, prova gradatamente a condividere la logica privata del paziente che a sua volta corrompe, in un gioco reciproco di contaminazione e seduzione, la logica privata dell'analista. Si origina perciò una logica comune condivisa dalla coppia creativa terapeutica. Il saper conversare all'interno dell'analisi, utilizzando le emozioni come ponte di incontro mentale con il paziente, rappresenta il primo passo del processo di incoraggiamento. *Incoraggiare* significa, infatti, tendere una mano a chi soffre prenderlo per mano, riuscire a entrare nella sua mente ma anche nel suo cuore accendendo la luce del rapporto intersoggettivo (Ferrigno, 2005). L'incoraggiamento adleriano impegna il terapeuta a sottolineare l'utilità di quanto ha ricevuto e assieme a stimolare il soggetto a offrire del materiale più emotivo e non così razionalizzato. La produttività dell'interpretazione è legata allo smascheramento delle finzioni; il terapeuta deve essere convincente nel dimostrare che queste non rendono, sollecitando così un insight del paziente. Occorrono duttilità e autocritica per mettersi in sintonia con l'analizzato, accettare le sue modifiche quando sono credibili, ma solo in questo caso, sostenere senza aggressività questa ipotesi. L'accordo raggiunto sul piano razionale da parte della coppia è solo una prima fase del processo di recupero, poiché la linea fittizia continua a procedere servita da dinamismi inconsci anche quando il soggetto è apparentemente inconsapevole della sua consistenza. Si devono allora effettuare interpretazioni di quella che potrebbe essere chiamata nevrosi da resistenza. Il processo di incoraggiamento sorregge il paziente durante la strutturazione di un nuovo stile di vita lungo il nuovo cammino cosperso dagli ostacoli e dai condizionamenti trascorsi. L'incoraggiamento per non essere a sua volta una finzione deve avere un supporto critico.

Il processo terapeutico, inteso come processo di cambiamento, costituisce un lento cammino di progressioni, ma anche di regressioni resistive e arresti. Dal sintomo, segnale e difesa dei bisogni di crescita, il paziente, trasformando la patologia regressiva in progressiva (S.Fassino, 1990), nel corso dell'analisi, individua ed elabora nuovi motivi (Rovera, 1982) del suo agire significativo. Il tramite della trasformazione è dato dall'*essere con*, il paziente è con il suo terapeuta.

L'aspetto più importante della psicoterapia adleriana è dato dal fatto che il processo e rapporto terapeutico conduce allo sviluppo di una più creativa interazione tra le istanze fondamentali del sentimento sociale e della volontà di potenza. La rimodulazione conoscitiva tra le due istanze fondamentali è ricercata nel profondo dell'individuo; si tratta quindi di favorire nel paziente una maggiore consapevolezza della comunicazione intrapsichica (S. Fassino, 1984). L'immagine che l'uomo ha di sé e degli altri diventa l'interlocutore principale del sé e diviene così l'oggetto di una nuova e più avanzata modulazione dei rapporti tra le due istanze. Questo dialogo esplorativo di ricordi, sogni fantasie errori e sbagli produce una nuova modulazione, ma ne è al tempo stesso la prima espressione. L'altro significativo per eccellenza diviene il terapeuta; il suo essere, il suo stile di vita rappresentano l'altro presente; il sé del paziente sarà alternativamente con e contro l'analista. Si parla in questo caso di *introspezione empatica* (Kouth, 1978) che concorre ad attivare e a rispondere ai bisogni di trasformazione, vicariando le precarie capacità introspettive ed evolutive del paziente. La comunicazione trasformante è funzione del sentimento sociale dell'analista e corrisponde ai suoi bisogni di appartenenza primariamente che ai bisogni di autoaffermazione che lo spingono ad essere efficace. Richiede all'analista un buon livello di accettazione dei propri deficit tale da consentire a sé stesso prima che al paziente quel processo di regressione parziale al servizio della progressione evolutiva. Il dialogo interiore dell'analista è il luogo della composizione provvisoria dei conflitti verso una meta di creatività relazionale. Tale trasformazione può avvenire nel paziente solo qualora anche l'analista accetti di rimettersi in gioco con lui ridiscutendo nel suo dialogo interiore l'equilibrio instabile in quel momento tra le due istanze fondamentali. Si incontrano in tal modo lo stile di vita del paziente e quello dell'analista e l'esperienza analitica trasforma entrambi i protagonisti del setting. L'analista può suscitare sentimento sociale solo nella misura in cui egli stesso ne è autenticamente dotato ed in grado di esperirlo.

Una delle mete finali di ogni psicoterapia è l'adattamento; la psicoterapia consiste infatti nel favorire lo sviluppo dell'interesse sociale inducendo cambiamenti nello stile di vita, vincendo lo scoraggiamento, incoraggiando l'individuo, aiutandolo a divenire un essere umano cooperatore. “ *Il fine del trattamento è cercare di rendere al malato il suo sentimento di libertà*” (Adler, 1920, p.163). La relazione terapeutica è il motore del processo di cambiamento ed è da intendersi come

ordinamento complesso di cui possono essere considerati diversi aspetti: esplorativo, trasformativi e prospettico creativo.

Secondo le indicazioni di G. Rovera, S.Fassino e Angelici il trattamento si articola, dal punto di vista del cambiamento, in tre fasi o momenti, con l'avvertenza di considerare che, in generale, le fasi del trattamento si susseguono ripetutamente e non necessariamente nell'ordine citato, all'interno di cicli di sedute o nell'ambito di una stessa seduta (Rovera, Fassino, Angelici, 1977). Ognuna di queste fasi è costituita da due elementi fondamentali: la comprensione ed il processo di incoraggiamento.

FASE ESPLORATIVA: la comprensione dello stile di vita attiene di norma alla fase iniziale del trattamento e si accompagna alla costruzione della relazione terapeutica. In questa fase iniziale l'analista configura la diagnosi psicopatologica e la struttura della personalità del paziente come anche le ipotesi circa il significato prospettico della crisi e della richiesta d'aiuto. Vengono valutate il rapporto di forza tra istanze fondamentali del paziente al fine di prevedere il tipo di alleanza di lavoro possibile e il grado di frustrazione ottimale tollerabile dal paziente a livello storico e fantasmatico. Questi momenti valutativi di norma hanno importanza per il costruirsi delle successive identificazioni fondanti la relazione terapeutica. Essi producono di solito un imprinting analitico matrice di fantasmi transferali e controtransferali. In questa fase emerge l'accordo analitico che consiste nel definire il piano di lavoro e il settino dei due attori della relazione. Il sentimento sociale, tramite valenze identificatorie consentirà all'analista di dosare l'esplicitazione delle regole tecniche dell'analisi senza attivare nel paziente ulteriori precoci resistenze (Fassino, 1990).

FASE TRASFORMATIVA: è la fase che veicola la formazione di nuove configurazioni delle istanze e dei bisogni, nuove configurazioni transferali e nuove relazioni sociali (Ferrero, 2000b). Questa è una fase intermedia caratterizzata dallo sviluppo dell'analisi del Sé Stile di vita, sia dei momenti costitutivi del romanzo familiare che della linea direttrice e delle mete funzionali del paziente. Tale fase è centrata sull'analisi delle relazioni con il paziente ed è questa l'esperienza emotiva e correttiva che contiene l'agente terapeutico. Lo strumento impiegato dall'analista in questa fase è la presenza significativa; egli si avvale della consapevolezza transferale e controtransferale per allestire il suo controatteggiamento (Rovera, 1990), intervenendo mediante specifiche controattitudini per ognuna delle attuali emozioni del paziente. I momenti trasformativi dell'analisi si fondano su processi endopsichici che sono da riconoscersi nelle risposte emotive che l'analista vive ed elabora nei confronti di quell'emozione specifica del paziente. E' una risposta relazionale adattiva che favorisce lo sviluppo del sé. Ma nel transfert compare anche una nuova modalità relazionale che risponde all'atteggiamento e controattitudine del terapeuta. Per quanto concerne il controtransfert, il terapeuta, di norma, non deve agirlo, ma usarlo terapeuticamente (Ruping, 1986);

nel diventare consapevole dei movimenti controtrasferali, il terapeuta ascolta e osserva le istanze che agiscono dentro di sé: questa è per l'analista l'occasione di ripetizioni. Confrontazioni ed interpretazioni sono manifestazioni non esclusivamente verbali dei vissuti e delle elaborazioni intrapsichiche dell'analista. Esse sono finalizzate a suscitare nel paziente la presa di coscienza emotiva e correttiva della dinamica degli insuccessi (Fassino, 1990).

FASE PROSPETTICA: caratterizza gli sviluppi del processo verso l'apertura di nuove configurazioni dei progetti esistenziali. In questa fase le comprensioni emotive del sintomo consentiranno al paziente il riorientamento della linea direttrice verso uno stile di vita più creativamente riadattato, con il recupero o costruzione della sua soggettività (Rovera, 1990). In questo momento particolare è situata la ricerca delle mete autorealizzative (Maslow, 1973). Lo stile dell'analisi è il risultato dell'incontro dei sé stili di vita dei due attori del setting; lo stile dell'analista dipende dal divenire storico del suo Sé. Lo stile dell'analisi è espressione dell'essere del sentire e del fare creativo del terapeuta ed è funzione del suo sé creativo; qui si pone nel paziente l'occasione di cogliere le proprie istanze creative. Le identificazioni e le controidentificazioni del paziente potranno favorire lo sviluppo del suo sé quando incontrano il sé creativo dell'analista

Il sé creativo del terapeuta, inteso come un sistema ad alta soggettività, interpreta e rende significative le esperienze dell'individuo e le attiva tramite un processo progettuale. In questo contesto l'empatia del terapeuta l'estrinsicazione verbale è il riconoscimento delle autentiche potenzialità progettuali del paziente. Tramite un'identificazione creativa (Fassino, 1990) il terapeuta percepisce le possibilità del paziente di accordare le valenze del sentimento sociale e della volontà di potenza in un progetto creativo. Ma la richiesta empatica posta al paziente riguarderà solo quanto gli è concesso di sentire o fare, evitando messaggi esigenti per non innescare processi di scoraggiamento (Dinkeimer, Dreikurs, 1963). Lo scoraggiamento infatti incombe solo nell'occasione dello smascheramento delle mete fittizie e nelle frustrazioni prodotte dal processo trasformativi di rinuncia ai sintomi; i vissuti di perdita e svuotamento possono essere terreni fertili per il processo di transmotivazione (Rovera, 1982). Questo è un processo prospettico e progettuale per cui l'individuo può riprendere lo sviluppo del sé passando da un livello motivazionale a quello successivo. Si tratta di avviare un cammino verso la gratificazione dei bisogni alti e supremi tra cui l'accettazione di sé e degli altri un'adeguata qualità del distacco e della solitudine, ecc... L'esperienza creativa esprime quindi una autoaffermazione utile per il senso comune (Ansbacher, 1956) e rappresenta il più avanzato tentativo di coesione armonica del sé e della sua appartenenza cosmica (Adler, 1930). Il momento prospettico è perciò l'occasione per i collaudi creativi del sé, come esperienza di stati soggettivi di ricerca di ulteriori somiglianze tra le esperienze e risultato di

una composizione precaria ma ottimale delle conflittualità tra le istanze fondamentali. L'oggetto creato è inerente a trasformazione di abitudini quotidiane (cfr. "il valore dell'inutile" in F. Parenti, 1987). L'oggetto creato accresce l'autostima del soggetto attraverso una compensazione positiva e socialmente utile del sentimento di inferiorità: tali iniziative consentono l'attivazione di circoli virtuosi che esistano in trasformazioni esistenziali significative per il senso della vita (Adler, 1933, Frankl, 1972).

Al termine del trattamento la fase conclusiva, dunque, comporta di norma la ridefinizione della relazione terapeutica e l'elaborazione del distacco e non solo una sintesi degli obiettivi perseguiti o raggiunti.

In sintesi ogni psicoterapia è da intendersi come accettazione del diverso, del sofferente, come capacità di avvertire i segnali contraddittori e paradossali, intuendo i tortuosi sentieri che costellano l'esistenza. La psicoterapia adleriana è quindi intesa come conoscenza e come verifica esistenziale, come incontro storicamente significativa, come possibilità necessaria per il cambiamento, ma anche come libertà di non cambiare mantenendo gli affaticanti e abituali conflitti. Psicoterapia, anche, come attività ludica (Maiullari, Mascetti, 1982).

PAR.III: IL SINTOMO IN UN' OTTICA INDIVIDUAL PSICOLOGICA

Dati questi aspetti i presupposti sul dinamismo psichico dell'essere umano, considerando che l'inferiorità del soggetto e la sua compensazione hanno uno stretto legame con il corpo non solo come origine dell'inferiorità, "l'inferiorità d'organo", ma anche come espressione della compensazione stessa, da un punto di vista Individual Psicologico, si potrebbe presupporre che determinati sintomi, davvero, comunichino attraverso il corpo qualcosa che invece tocca la psiche.

Il sintomo psicosomatico viene interpretato dalla Psicologia Individuale sulla base del concetto Adleriano di "linguaggio d'organo", partendo da un'inferiorità organica sulla quale l'individuo, costituito in modo inscindibile di psiche e soma, costruisce attraverso il sintomo il proprio Stile di Vita (Parenti, Pagani, 1978). Dal punto di vista adleriano, ogni movimento psichico porta con sé le tracce di precedenti esperienze e persegue un obiettivo, in linea con il progetto esistenziale dell'individuo; allo stesso modo i nostri organi parlano, esprimendo finalità e rivelando emozioni e sentimenti spesso non consapevoli (Zanini, 19)

Scrive Adler in proposito "*... Nell'ira, nell'ansia, nel dispiacere, o in qualunque altra emozione, il corpo parla sempre, e ogni singolo corpo parla un suo proprio linguaggio²*".

² ADLER A. "Cos'è la Psicologia Individuale" (1931) Newton Compton, Roma, pg. 23-33., 1978

Gli adleriani assegnano un ruolo preciso, anche se controllato, ai simboli, utilizzandoli in molti casi come via di accesso alla vita mentale rifiutando, però, di considerarli come un fenomeno a sé stante, rigidamente precodificato e avulso dalla totalità dell'individuo e dai frutti del suo vissuto.

Il linguaggio degli organi esprime, talvolta simbolicamente, dei contenuti occulti, ma può essere anche selezionato soggettivamente con altre motivazioni. Anche quando esiste un ovvio collegamento logico tra simbolo e significazione, questo ha d'abitudine un valore generico, rapportabile a contenuti di dettaglio molto diversi. Così il vomito, come bene avvertì Adler, esprime il desiderio di espellere, di allontanare, la colpa l'umiliazione o l'insicurezza o altre situazioni ancora.

Scoprire simboli in campo psicosomatico è forse il compito più difficile, specie quando si tratta di una sintomatologia relativamente pura, drasticamente legata all'inconscio. Il linguaggio mascherato dei sintomi non esprime solo la derivazione da una causa, ma sempre anche il perseguimento di un fine.

Il sintomo può configurarsi come mezzo di prevenzione nei confronti di desideri incompatibili con l'etica cosciente, o come espiazione diretta a sollevare da sentimenti di colpa, o ancora come mezzo apparentemente passivo di manipolazione dell'ambiente, con significato di dominio, seppure raggiunto in modo distorto. Nel contesto psicosomatico secondo Menninger "l'organo viene sacrificato per salvare la vita" (Menninger, 1938). Sulla linea tracciata da Adler, in parallelo a questa, si situano le concezioni interpretative delle scuole psicodinamiche più attuali, per cui il sintomo psicosomatico rappresenta un mezzo di comunicazione del proprio vissuto attraverso l'utilizzazione del corpo come mezzo di espressione della unicista psicofisiologica (Merleau Ponty, 1945).

Il pensiero di Adler, prevede un modello interpretativo bifronte: da un lato la diatesi d'organo, dall'altra il "segno" avente valore simbolico; la somma dei due eventi caratterizza il linguaggio d'organo, come strumento teleologico inserito nello stile di vita e indiscutibilmente inscritto nelle linee storico-evolutive dell'individuo (Adler, 1912).

Si potrebbe quindi ipotizzare, secondo Pazzagli (Pazzagli, 1982) che fattori biologici e da altra parte psicologici siano concatenati e diano luogo alla formazione di difese espresse nella nevrosi strutturata e nello stile di vita inerente. Il disturbo iniziale, precoce, forse biologicamente determinato almeno in certi casi, si traduce in un difetto di organizzazione di personalità. Per esempio, Parenti e Pagani sostengono che alla base delle due serie di sintomi, fobico e psicosomatico, si possono rilevare, sotto modalità diverse di espressione, talora concomitanti, altre volte successive, analoghe situazioni di difetto di maturazione della personalità, tra le quali preminenti risultano problematiche profonde, inerenti il processo di identificazione psicosessuale

nella più ampia accezione del termine. Ogni sintomo, ma anche ogni altra modalità di comunicazione veicolata dal corpo, si iscrive nella storia dell'individuo e contiene un significato che è possibile interpretare solo attraverso un'approfondita analisi del suo stile di vita e delle sue caratteristiche personalologiche (Ferro Gaita 1980-81, Piscitelli, 1979, Rovera 1975, 1979 e 1980, Marocco Muttini a) e b), 1982)

Le finalità perseguite dal sintomo potranno essere allora una richiesta d'aiuto mascherata rivolta all'ambiente circostante, o una modalità di evitamento di situazioni avvertite come ansiogene e pericolose, oppure ancora un potente strumento manipolatorio nei confronti della famiglia, che provocherebbe il soddisfacimento, anche se fittizio, di inconfessati infantili desideri di dipendenza. Come si vede, le possibilità interpretative di uno stesso sintomo sono molteplici e non possono comunque collocarsi al di fuori di una conoscenza approfondita dell'individuo sofferente, della situazione attuale, dell'esperienza passata, della progettualità rispetto al futuro"... *Noi non dobbiamo mai trattare un solo sintomo o una sola espressione, ma dobbiamo scoprire l'errore commesso nello stile di vita complessivo, nel modo in cui la mente ha interpretato le sue esperienze, nel significato che ha dato alla vita e nelle azioni con cui ha risposto alle impressioni che ha ricevuto dal corpo e dall'ambiente*³".

Il *sintomo* del paziente è inteso come segnale simbolo che ha lo scopo di informare qualcuno sul significato di qualcosa inconsciamente desiderato o temuto, in una forma espressiva mascherata esteriorizzata per modificare vantaggiosamente le relazioni oggettuali e l'integrazione del proprio Sé (Kaplan, 1979). Nella formazione del sintomo verrebbe mobilitata una elettività inconscia che determinerebbe il tipo di configurazione simbolica e la sua localizzazione in base a diversi fattori (Laughlin, 1967). Per Adler si distinguono due livelli di significato: uno è da riferire al senso che l'individuo dà al proprio progetto esistenziale in rapporto ai parametri di lavoro amicizia e amore; un secondo significato è riferito in senso stretto al significato che vengono ad acquisire oggetti e situazioni: a questo livello si colloca la dinamica del simbolico. Il modo di interpretare la realtà e il significato di ogni cosa può agire come significato. Le interazioni simboliche mediano le connessioni interpersonali dalle quali emerge il Sé individuale (Rovera 1976); ciò per Adler è anche il frutto di espressione della società e viene intesa come capacità di rappresentazione di sé stesso.

Il sintomo simbolico segnala un'insicurezza, un bisogno, un dislivello e contemporaneamente esprime il tentativo di colmare, in senso finalistico, il dislivello: comunica un bisogno e la tensione a soddisfarlo (Fassino, Ferrero, 1982) Il sintomo va inteso come un invito al significante. Proprio perché arbitrario, il simbolo, implica un codice che lo normi, un codice culturale che decida la

³ ADLER A. "Cos'è la Psicologia Individuale" (1976)Newton Compton, Roma, pg. 23-33.

validità del simbolo da selezionare (Fornari, 1976). Il paziente comunica, infatti, con i propri sintomi –simboli, una incongruenza, una meta fittizia, chiedendo alleviamento della propria sofferenza. Dal sintomo, segnale e difesa dei bisogni di crescita, il paziente, trasformando la patologia regressiva in progressiva (Fassino, 1990) nel corso della terapia, individua ed elabora nuovi motivi del suo agire significativo(Laughlin, 1967).

Lo stile di vita si forma a diversi livelli di consapevolezza (Parenti, 1970) e con largo spazio ai settori dell'inconscio per cui spesso il codice di lettura alla componente individuale al simbolo è sconosciuta al soggetto stesso. L'analisi del codice individuale è quindi parte integrante dell'analisi dello stile di vita e comporta la decodificazione del simbolo guida che tende a condurre verso una meta ideale (Rovera, 1976). Nell'incontro psicoterapeutico si ritrovano, infatti, due sottoculture, quella del paziente e quella dell'analista e quindi due stili di vita. L'analizzando comunica, infatti, con i propri sintomi –simboli, una incongruenza, una meta fittizia, chiedendo alleviamento della propria sofferenza. La relazione terapeutica si instaura, perciò, tra due partner, nessuno dei quali è esente dai conflitti;è un processo dinamico che coinvolge e modifica entrambi (Morghentaler, 1980). Il sintomo è una comunicazione in codice, costituita da tre sottosistemi: cultura, sottocultura personale e quindi stile di vita.

CAPITOLO III
PSICOTERAPIA ADLERIANA E IPNOSI



"Laggiù dove tutto è possibile", Antonio Nunziante, 2011

PAR. I: USO DELL'IPNOSI IN PSICOTERAPIA ADLERIANA

Francesco Parenti sostiene che gli interventi suggestivi acritici sono rigorosamente preclusi agli analisti adleriani ed in particolare egli sostiene che: *"l'analista adleriano è addestrato ad un rapporto paritario con un soggetto in cura tale da escludere ogni forma di plagio, per cui tutta la terapia adleriana è per assunto autonomizzante"*⁴(Parenti, 1981, pg 20). Tuttavia lo stato ipnotico, considerato come una condizione psicofisica "particolare di essere del soggetto" che si può definire come uno stato di partecipazione caratterizzato da un particolare stato di coscienza e un altrettanto particolare rapporto interpersonale e, come sopra citato la Psicoterapia Adleriana viene definita come "assunzione tardiva di una funzione materna, un nuovo legame di attaccamento sicuro e un'esperienza emotivo correttiva del deficit affettivo di base"(Ruping, 1990; Ferrigno, 1998), comportante una partecipazione attiva del soggetto. Il modo di essere, creato nell'ipnosi, si ottiene attraverso determinate procedure di apprendimento, così come in Psicoterapia Adleriana il rapporto terapeutico concede al paziente di accedere ad una dimensione trasformativa del proprio Stile di vita e delle finzioni sul lato utile della vita (Tirone, 1981) Il filo conduttore dell'ipnosi, come processo che richiede un procedimento specifico di induzione, lo stabilirsi di un rapporto di fiducia con il terapeuta, un obiettivo comune da raggiungere, e la Psicoterapia Adleriana intesa come processo di trasformazione che richiede lo sviluppo di varie fasi (esplorativa, trasformativa e prospettica), un particolare legame relazionale tra terapeuta e paziente, nonché il fine trasformativo dello stile di vita e la creazione di un rapporto di fiducia, consentono di presupporre come vi possa essere un utilizzo dell'ipnosi come strumento esplorativo, trasformativo e prospettico all'interno del percorso psicoterapico. Il particolare rapporto interpersonale che si crea tra terapeuta e paziente è un legame cooperativo attraverso il quale il paziente è disponibile a mettere a disposizione del terapeuta tutte le capacità che è un grado di attuare per realizzare i suggerimenti che gli vengono dati. si viene a realizzare cioè un profondo rapporto di fiducia , un rapporto profondo di comunione. Lo stato ipnotico può essere concepito come un essere più profondamente partecipe, stato particolare di partecipazione grazie al quale il soggetto è più capace di essere in collegamento con se stesso, con l'esterno e con il terapeuta. Attraverso questo stato è possibile aiutare o insegnare al soggetto a realizzare esperienze diverse; a titolo di esempio la possibilità di modificare la percezione del mondo esterno: si possono realizzare alterazioni dell'immagine corporea, alterare parametri fisiologici, e avere sensazioni corporee particolari. E' possibile alterare le emozioni accentuandole e diminuendole. Si possono ottenere cambiamenti nella continuità della memoria. Esiste la possibilità di alterare la qualità dell'autocontrollo modificando alcune funzionalità dell'organismo che in passato erano considerate al di fuori di ogni controllo volontario(sistema nervoso autonomo). Si può

⁴ Parenti F., Riv. Psic. Indiv. Milano, 1981, pg. 20.

avere una accentuazione nella capacità di ricordare, riportando alla memoria fatti ed esperienze che si pensavano cancellate.

L'utilizzo dell'ipnosi concepita principalmente come strumento utile a favorire l'affluenza alla coscienza dei ricordi e delle esperienze passate, può acquistare un ruolo di rilievo nel trattamento psicologico secondo la metodologia adleriana.

L'ipnosi può essere vista in psicoterapia Adleriana per le sue potenzialità di neutralizzazione dei disturbi psicosomatici e come strumento di approccio alle conflittualità inconse.

PAR. II: REGRESSIONE IPNOTICA E TRASFORMAZIONE DELLO STILE DI VITA

Nella regressione il paziente diviene capace di ricordare fatti e situazioni che difficilmente ricorderebbe nello stato ordinario di veglia con possibilità di ottenere la modifica del comportamento inadeguato del soggetto attraverso la revisione di una struttura patogena del suo stile di vita. Lo stile di vita nelle sue connotazioni conscie ed inconse definisce l'impronta unica ed inimitabile del soggetto, un' impronta soggettiva finalistica e comportamentale di ogni personalità (Parenti, 1975). Lo stile di vita inizia a costituirsi già dalla prima infanzia, attraverso meccanismi dinamici che il bambino attualizza finalizzandoli. Una struttura intrapsichica determinante alla caratterizzazione dello stile di vita è la struttura costituita dall'insieme dei significati dati dal soggetto alle sue diverse esperienze storiche. Adler scriveva: "*Noi siamo autodeterminati dal significato che attribuiamo alle nostre esperienze...i significati non sono determinati dalle situazioni, ma siamo noi stessi a determinarci con i significati che attribuiamo alle situazioni*"⁵

. Tale struttura si costituisce attraverso le successive attivazioni dei meccanismi di ricompensa e castigo che sono quelli che danno un tono emozionale alle sintesi percettive. Gli stimoli che dall'ambiente raggiungono l'individuo rappresentano una codificazione simbolica della realtà. Gli organi di senso traducono l'informazione che rilevano da un codice simbolico in un codice chimico ed elettrico. La valutazione del significato dipende dalla decodificazione che a sua volta è vincolata alla comparazione della sensazione presente attuale con esperienze precedenti memorizzate. Questa valutazione determina reazioni emozionali e conoscitive. La struttura funziona allora da fattore di regolazione del comportamento col dare significato all'informazione in ingresso ed un senso all'esperienza. Tale affermazione comporta il concepire l'organismo vivente come un sistema aperto teleonomicamente orientato, fondamentale nell'approccio adleriano e l'accettazione della consistenza energetica dell'informazione.. Secondo Rovera, nel sistema aperto non si realizzano

⁵ Adler A., "*Cos'è la psicologia individuale*". Newton Compton, Roma, 1976, pag 12

unicamente processi irreversibili con produzione di entropia, ma si ha anche diminuzione di entropia e la possibilità che essa raggiunga valori negativi. Nell'organismo vivente è possibile attraverso il processo di acquisizione e rielaborazione dell'informazione in ingresso conseguire un effetto antientropico il che consente la sistemazione dell'azione finalizzata. Parenti: " Tale prospettiva teleologica d'interpretazione ha rinnovato l'orientamento della psicologia declinando per chi opera in questo campo, obiettivi di analisi che non erano stati proposti da nessuna altra scuola. (Parenti e coll: Dizionario ragionato Psicologia individuale I cit. Pag 201). Tale sistematizzazione può essere assicurata solo se esiste un determinato sistema di regole che definisca la rilevanza dell'informazione ricevuta, un sistema di criteri di preferenza sulla base del quale avvenga l'accettazione delle soluzioni da adottare se esiste quindi la struttura che esercita la sua funzione determinando il lavoro del soggetto in direzione del soddisfacimento delle sue esigenze e caratterizza il suo modo di essere, cioè la sua disposizione a emozioni percezioni e azioni di un determinato tipo. Questa struttura è l'organizzazione determinata dalle esperienze precedenti che quando si è formata dà un significato alle informazioni in ingresso e può essere concepita funzionalmente come un programma come un sistema di criteri per la costruzione dell'immagine del mondo. La patologia può essere intesa come la manifestazione inadeguata a vivere nel mondo, determinata da una struttura intrapsichica di significati patogeni e la possibilità di modificare il comportamento può consistere nella ristrutturazione di tale insieme di significati nel revisionare lo stile di vita del soggetto e con l'ipnosi attraverso adeguate tecniche di presa di coscienza in regressione di età è possibile portare alcune variazioni circa il significato emozionale e concettuale che il paziente ha attribuito alle sue esperienze di vita e che l'hanno condotto a costruire su questo significato modalità inadeguate per il raggiungimento di fini realizzativi.

PAR.III: LA TEORIA DEI PRIMI RICORDI E IPNOSI

Da un punto di vista Individual Psicologico la lotta per raggiungere una posizione favorevole è la chiave dell'intera personalità. Tra tutte le espressioni psichiche alcune delle più rivelatrici circa la strutturazione dello Stile di Vita è da ricondursi nella comprensione dei primi ricordi; essi, infatti svolgono la funzione di rammentare al soggetto i propri limiti ed il significato dei fenomeni. Non esistono ricordi casuali. Infatti, nell'incalcolabile numero di impressioni provate da un individuo egli sceglie di ricordare solo quelle che sente, sia pure oscuramente, che influiscono sulla sua situazione. Così i suoi ricordi rappresentano la sua storia, una storia che egli ripete a se stesso per mettersi in guardia, per confrontarsi e mantenersi concentrato sullo scopo finale (meta finalistica) e per prepararsi, tramite le passate esperienze, ad affrontare il futuro con uno stile d'azione già collaudato. Ciò che dà valore ai ricordi è che rappresentino il giudizio dell'individuo. Il primo

ricordo ci darà il punto di vista fondamentale dell'individuo sulla vita e la sua prima soddisfacente cristallizzazione del suo atteggiamento; offre l'occasione di afferrare con uno sguardo quello che egli ha scelto come punto di partenza sul proprio sviluppo. Nel comportamento quotidiano si può osservare come i ricordi vengono utilizzati per conferire stabilità ad uno stato d'animo; se un uomo subisce una sconfitta e ne resta scoraggiato egli ricorda precedenti esempi di sconfitte; se è melanconico tutti i suoi ricordi sono melanconici; se è allegro e coraggioso sceglie ricordi assolutamente diversi: gli avvenimenti che esso ricorda sono piacevoli e confermano il suo ottimismo e, allo stesso modo, se dovrà affrontare un problema richiamerà alla mente tutti i ricordi che lo aiuteranno ad assumere la posizione d'animo con cui lo affronterà (Ansbacher, Ansbacher, 1956).

Quello che si dimostra vero nelle variazioni d'umore all'interno dello stile di vita si conferma anche nella struttura e nell'equilibrio del suo umore: un melanconico potrebbe non restare melanconico se ricordasse i suoi momenti buoni ed i suoi successi, invece dirà a se stesso: "per tutta la vita io sono stato sfortunato..." e sceglierà solo quei fatti che può interpretare come esempi della sua sorte disgraziata perché i ricordi non possono mai contrastare con lo stile di vita. Se la meta di superiorità di un individuo ricede che la sua sensazione sia: "Gli altri mi umiliano sempre..." egli cercherà di ricordare incidenti che può interpretare come umiliazioni.

I ricordi di avvenimenti remoti hanno un significato speciale, in primo luogo perché mostrano lo stile di vita nelle sue origini e nelle sue espressioni più semplici: quindi possiamo valutare se il bambino è stato viziato o trascurato, fino a che punto è stato addestrato alla cooperazione, quali problemi si è trovato ad affrontare e la modalità con cui lo ha fatto. Nei ricordi di un bambino che abbia sofferto di difetti alla vista e che si sia abituato a guardare più da vicino troveremo delle impressioni di natura visiva e di solito i suoi ricordi cominceranno con: "mi guardavo intorno" oppure descriverà colori e forme. Gli avvenimenti ricordati nell'infanzia saranno sempre molto vicini al principale interesse dell'individuo e se noi conosciamo il suo interesse conosceremo anche il suo scopo e lo stile di vita. Il non ricordare è già un elemento rivelatore: si può infatti dedurre che il soggetto non voglia discutere il suo significato fondamentale e non sia maturo per la cooperazione, ovvero che lo sviluppo del sentimento sociale da un punto di vista sia intrapsichico che relazionale sarà deficitario con un conseguente eccesso di volontà di potenza e l'inevitabile creazione di compensazioni con uno sfondo sintomatico e relazionale. Entro i limiti con cui si modifica il suo stile di vita cambiano anche i suoi ricordi; egli ricorda avvenimenti diversi o da un'interpretazione diversa degli avvenimenti che ricorda. Ecco allora che l'utilizzo dell'ipnosi può diventare un utile strumento per andare ad indagare con il paziente quella realtà da lui ricordata e verificare se davvero i fatti si siano svolti esattamente in quel modo oppure se alcuni aspetti del

ricordo sono stati tralasciati sia a causa, magari, dell'aspetto traumatico e quindi legati all'emozione provata dal paziente, sia a causa delle poche risorse date dall'età con cui il soggetto ha affrontato l'evento. In questo senso un buon inquadramento del soggetto nella fase esplorativa della psicoterapia adleriana ci consente di comprendere che funzione abbiano svolto sentimento sociale e volontà di potenza nella creazione dello stile di vita con una meta finalisticamente orientata all'equilibrio. Ricordando, per altro, che l'equilibrio esiste a suo modo anche in modalità patologica, ovvero che talvolta un sintomo, o la percezione di sé in un determinato modo, per quanto disfunzionale, può aver assunto per quel paziente un ruolo protettivo: non a caso è importante comprendere quanto alcune difese messe in atto possano svolgere una funzione protettiva rispetto ad una minaccia, ad un'ansia insostenibile, ad una mancanza. Ecco allora che con l'ipnosi potremo andare, con completo accordo e compartecipazione attiva del paziente, a valutare nuove possibilità di visione di quel fatto, di quell'evento specifico. A trasformarsi, a quel punto sarà il Sé creativo che, fino a quell'istante, avrà avuto una specifica impronta ed avrà collaudato tutti i suoi artifici creativi volti a mantenere il sintomo. Ma se il paziente riesce a calarsi all'induzione ipnotica, già questo sarà il primo passo verso il cambiamento, ovvero egli già in questa fase potrà sperimentare una capacità nuova di attingere dalle proprie risorse. Immaginatoci, per esempio, il soggetto che riferisce di essere sempre stato incapace di affrontare i problemi; riuscire a focalizzarsi per esempio sul respiro, a mantenere un buon livello di concentrazione interna, raggiungendo la formazione di un monoideismo plastico, elemento chiave dell'ipnosi, egli sperimenterà per la prima volta di essere in grado, ovvero di essere capace a fare qualcosa di nuovo, diverso, utile. Andando avanti, e giungendo all'osservazione del ricordo la sua memoria, che come abbiamo visto, con l'ipnosi riesce a rendere più lucidi gli avvenimenti, potranno emergere nuovi elementi.

CASO 1: "PRIMI RICORDI" Una mia paziente, una giovane donna di 30 anni che per tanti anni della sua vita aveva evitato, con molteplici artifici sintomatici, uscite in gruppo con amici, gite ecc, sostenendo che per lei quegli eventi non erano importanti, che comunque in quelle circostanze si sentiva più che felice appesantita, come se il momento gruppale fosse un lavoro, e che, in altri frangenti, aveva sviluppato repentinamente sintomi febbrili che le concedevano di evitare l'uscita, o intoppi dati da distrazione come dimenticarsi l'appuntamento. La paziente era una professionista, dedita al lavoro, con buoni risultati che però ella otteneva solo buttandosi a capofitto nel lavoro senza considerare altri aspetti vitali, ovvero dimenticarsi il pasto principale o addurre che non aveva tempo per mangiare o prendersi un'ora di riposo, per quanto questo non avrebbe modificato il risultato, anzi, forse avrebbe migliorato la performance. Nella fase esplorativa era emerso un

ricordo di lei bambina in gita in bicicletta con altri bambini e i genitori che li seguivano. Lei ricordava con convinzione e chiarezza che non riusciva a pedalare e tutti gli amichetti la superavano in bici e che suo padre ad alta voce le diceva di muoversi con "*ste gambette più velocemente se no avrebbe perso*". Rispetto al ricordo il tono emotivo, per quanto fossero ormai trascorsi 26 anni dall'evento e lei avesse comunque svolto una sua parte di vita, diplomandosi e laureandosi seppur in ritardo sui tempi previsti, il senso di inadeguatezza in seduta era pregnante. La cosa che mi colpì molto fu, inoltre, che nel raccontami il ricordo, la paziente ansimava come se realmente in quel momento stesse facendo uno sforzo, eppure era seduta comodamente sulla sedia in studio dinnanzi a me. Indagai se nel ricordo ci fossero altri elementi, ovvero chiesi se ricordasse altro del padre in quel frangente e lei mi disse che il padre alla fine della gara di bici era molto arrabbiato e parlava tra se e se non curandosi della bimba che cercava di scusarsi per aver perso. Per un pò di tempo all'epoca temette di deludere suo padre tanto che la settimana successiva alla gita in bici venne organizzata una nuova gita, ma il padre non la portò e lei restò a casa. Nel narrarmi questo esprimeva da un lato la convinzione di essere stata un fallimento per il papà e quindi il non andare alla gita era una punizione, ma dall'altra si sentiva tranquilla perché così non avrebbe più deluso il papà e non avrebbe visto gli amici superarla in bici. Quando osservammo il ricordo in ipnosi emersero nuovi fatti. La mia paziente all'epoca non aveva fatto caso ad un momento specifico che si era creato in gita: ovvero che all'arrivo il padre avesse osservato la bicicletta, chinandosi verso di lei, ma osservando le ruotine della bici, e scoprendo che il sistema di movimento della bici era bloccato e una ruotina era andata persa. Il padre nel parlare tra se e se, con quel tono che sembrava arrabbiato verso la figlia, esprimeva il suo dispiacere per il fatto che la bicicletta fosse rotta, bicicletta acquistata pochi giorni prima. Ma la mia paziente, che all'epoca aveva quattro anni, aveva preso dell'evento solo l'aver perso e deluso il padre, non avendo compreso e non essendole stato dichiarato che la bici era rotta e che per quanto lei avesse pedalato non avrebbe potuto fare più di quanto aveva fatto, ovvero era comunque riuscita a non cadere nonostante l'asse della bici fosse fuori posto. C'è da immaginarsi la fatica fisica fatta per mantenere l'equilibrio nel pedalare, lo sforzo nel voler raggiungere la meta, che emergevano nell'affanno che la paziente mi aveva espresso nel narrarmi il ricordo. La settimana successiva non andò alla gara in bici perché il papà non era riuscito a farla sistemare. Ciò che era mancato però era stata una chiara comunicazione da parte del padre sul perché lei fosse arrivata ultima e ciò aveva permesso alla paziente di continuare a credere alla delusione e a collegare i fatti in quel modo. Nella seduta successiva all'osservazione del ricordo in ipnosi, la paziente mi disse che si sentiva sollevata ed anche un pò soddisfatta: "*ma cosa dovevo pedalare se la bici era rotta, mica avevo le ali!*"-mi disse sorridendo. Ovvero comprese e vide che in lei non c'era stato nulla che non funzionasse, che l'arrivare ultima non era dipeso dalla sua

incapacità, che i suoi amichetti non erano migliori di lei, ma semplicemente avevano una bici funzionante. Mi raccontò di aver parlato col padre ricordando insieme l'episodio ed il padre le confermo che gli pesava ancora oggi quel affare della bicicletta, gli pesava perché si era fatto un pò fregare dal venditore di bici. Lei allora gli chiese perché non glielo avesse mai detto ed il padre le rispose che era troppo arrabbiato e che preferiva non farle sentire il suo peso e la sua rabbia, tanto più che non aveva abbastanza soldi per comprargliene un'altra. La paziente mi confessò anche di aver chiesto al padre se lei lo avesse mai deluso (considerato gli anni in più che ci aveva messo a laurearsi) e lui la rassicurò dicendole che non ci sarebbe stato nessun motivo per deluderlo, che le voleva bene e che non è per questo che un padre può essere deluso, che finire dopo l'università era dipeso anche da altre questioni di cui la mia paziente si era occupata allungando i tempi di laurea. Le sedute successive furono in discesa rispetto ad altri ricordi, ovvero spontaneamente alcuni ricordi iniziarono ad avere nuovi punti di vista ed in concomitanza la mia paziente iniziò ad accettare uscite con gli amici sentendosi serena.

Cosa è stata in grado di fare l'ipnosi? O meglio cosa è accaduto in ipnosi alla paziente? Il suo Sé Creativo ha potuto trovare un nuovo punto di vista non solo sui fatti ma soprattutto su se stessa. La comprensione completa delle sue capacità il fatto stesso di riconoscere che comunque lei si era sforzata ed era stata lo stesso in grado di stare in piedi, la chiarezza circa il difetto della bici, ma soprattutto il chiarimento circa l'espressività del padre nell'esprimere la sua rabbia verso il rivenditore di bici, il concetto di delusione eliminato dal circuito degli eventi hanno consentito alla paziente di smontare mete fittizie per cui per riuscire era necessario essere solo dediti alla riuscita a tutti i costi dimenticandosi di sé, era ormai superfluo e inutile. Il sentimento sociale a livello intrapsichico ha avuto modo di ampliarsi consentendo di andare a congiungere aspetti interni, in modo autonomo, e di conseguenza a livello relazionale le ha permesso di sperimentare il concetto di uscita gruppale come un piacere e l'evitamento di essa non come sedativo dell'ansia di non essere all'altezza, ma come momento di gioia e di appartenenza.

PAR. IV: IPNOSI E SINTOMI PSICOSOMATICI

Nell'ambito dei sintomi psicosomatici è importante ricordare che il sintomo esprime solitamente un conflitto e a nulla serve reprimere un conflitto senza averlo interpretato, analizzandone le cause ed individuandone il finalismo. Nella tecnica Adleriana, non a caso uno degli interventi classici che il terapeuta effettua durante l'assessment è la domanda chiave: "Come sarebbe la sua vita senza questo sintomo?". La dinamica interpretativa relativamente alla risposta, esprime il fine ultimo del sintomo, che serve fittizamente, a difendere il paziente da aspetti di inferiorità rispetto alla meta prefissata.

Ogni inferiorità d'organo risponde ad influenze psicologiche e parla il linguaggio dell'organo, cioè un linguaggio che esprime l'atteggiamento dell'individuo verso i problemi che gli stanno di fronte; ciò è importante per comprendere la funzione del sintomo ed in particolar modo ciò che ancora oggi definiamo isteria o nevrosi funzionale. A volte gli organi rispondono marcatamente alla pressione delle influenze esterne per tanto va ricordato come la struttura organica sia un'unità e come uno shock in un'area abbia ripercussioni sull'intero organismo. Attraverso il sistema nervoso autonomo l'irritazione viene trasmessa in accordo alla disposizione dell'individuo e alle peculiarità organiche; i suoi organi cominciano a rispondere ed essa si propaga sempre a tutta la struttura anche se è possibile osservare l'eccitamento solo in quelle parti che lo manifestano più chiaramente. Le turbe funzionali possono manifestarsi con una diminuzione o esagerazione del tono muscolare, con sudore, sintomi cardiaci o digestivi, dispnea, senso di costrizione alla gola, con lo stimolo pressante a urinare, con ipereccitazione o impotenza, cefalea emicrania, eritema emotivo, brusco impallidimento. Cannon e altri hanno magistralmente provato che il sistema simpatico surrenale partecipa notevolmente a gran parte di questi disturbi e così pure il segmento cranico e pelvico del sistema vegetativo suscettibili di reagire diversamente alle emozioni. Resta così confermata la tesi per cui le funzioni delle ghiandole endocrine ricevono l'influenza del mondo esterno e rispondono alle impressioni psichiche assorbendole soggettivamente in rapporto alle linee dello stile di vita dell'individuo che se vive una compensazione nevrotica affronterà i problemi con risposte esagerate ed ipercompensatrici. Quando il sistema vascolare viene influenzato da cause psichiche spesso anche la pelle ne risulta interessata. Cambiamenti strutturali possono risultare anche dall'irritazione psichica come in casi di scoliosi; per esempio tali individui vengono colpiti solo quando perdono il loro equilibrio e la loro fiducia in sé nel confrontarsi con una situazione particolare. Ci sono dolori che si localizzano alle pareti anteriori del torace quando c'è uno stato di depressione e analogamente casi di piedi piatti si trovano in soggetti depressi ipotesi secondo cui la depressione può causare una perdita del tono muscolare. L'intero equilibrio dipende dall'uomo interiore che parla con l'apparato muscolare ed è essenziale comprenderne l'espressione, ovvero il linguaggio d'organo (Cannon, 1932).

Il meccanismo difensivo del sintomo psicosomatico si può inquadrare nella conversione (Deutsh e Semrad, 1959; Freud, 1901), intendendo per conversione il processo per cui un'idea insopportabile è resa innocua mediante la trasformazione della qualità di eccitazione ad essa collegata in qualche forma di espressione a livello fisico (Freud, 1894). Attraverso tale meccanismo di difesa i soggetti attuano una loro finalità inconscia di protezione dall'interno rispetto cioè a quell'angoscia derivante dal senso di inferiorità e di protezione a vari livelli rispetto all'esterno, ottengono aiuto manipolando l'ambiente ed affermando in modo passivo un'istanza di dominio, salvando la propria autostima in

quanto il sintomo somatico li deresponsabilizza dallo scacco esistenziale. In un certo senso l'aspetto somatico si collocherebbe vicino a quello fobico poiché in molti casi ciò che innesca la fobia o la somatizzazione nasce da una carenza percettiva rispetto alle reali risorse. Il Sé creativo del paziente con sintomi psicosomatici o fobici è in realtà attivi ma volge la sua funzione verso il lato non utile della vita (Marocco Muttini, 1983).

Considerate dunque le valenze simboliche che sottendono ad un sintomo psicosomatico sembrerebbe quindi contraddittorio l'impiego di una terapia sintomatica in un approccio terapeutico causale e finalistico come la terapia adleriana.

L'utilizzo dell'ipnosi in quest'ambito, tuttavia, può divenire strumento terapeutico suggestivo diretto alla rimozione immediata di sintomi morbosi, strumento che si avvale di comandi post ipnotici, cioè capace di calare nel subconscio idee dinamiche attive che influenzeranno inconsapevolmente il comportamento in stato di veglia con i limiti desiderati realmente dal paziente. Inoltre l'ipnosi in questo senso può svolgere una funzione decondizionante, allenando il paziente a vivere nella trance ipnotica esperienze che nella veglia gli sarebbero generatrici di ansia. L'ipnosi, per altro, basandosi sul rilassamento e sull'elemento chiave del monideismo plastico, influirebbe su soma e viscere per mezzo di correlazioni psicosomatiche e psicoviscerali (Granone, 1961)

Ciò che emerge e che coniuga Psicoterapia a base Adleriana e utilizzo dell'ipnosi in quest'ambito psicosomatico è la possibilità di "far emergere dall'abisso in cui era confinato", il Sé creativo del paziente.

Infatti, conclusa la fase esplorativa, seguendo i passi della metodologia adleriana, ovvero individuando la meta finzionale del paziente, la strutturazione dello stile di vita e il ruolo del Sé creativo nella formulazione del sintomo, decodificando, inoltre, il codice simbolico utilizzato dal paziente, sarà possibile accedere alla fase trasformativa grazie all'ausilio dell'ipnosi. Mancando un'elaborazione, nel paziente, del ruolo inconscio attribuito al sintomo, dal momento che il soggetto psicosomatico tende a proiettare sull'organo gli aspetti emotivo affettivi che non è in grado di esprimere a livello relazionale verso l'esterno (con conseguente impossibilità di accordare tali aspetti nella dimensione intrapsichica, quindi, con maggiore espressione della volontà di potenza ed una inevitabile minore presenza di sentimento sociale che colleghi all'interno gli aspetti individuali), il paziente esprimerà il suo livello di relazione attraverso la relazione con il sintomo somatico, ovvero, la malattia diventerà una relazione corporizzata (Ancona, 1971). Con l'ausilio di tecniche rilassanti e suggestionanti dell'ipnosi si ha la possibilità di aprire la via più profondamente accessibile all'Io psicosomatico e viscerale. Quando il sintomo sarà stato scongelato, generando una situazione differente, sarà possibile per la coppia terapeutica prendere in carico la reale verità di esso. In tal modo tuttavia sembrerebbe di non considerare il ruolo protettivo del sintomo e in

psicologia individuale si punta giustamente l'attenzione a non privare in modo violento e autoritario il paziente del sintomo che comunque rappresenta una modalità di arrangiamento rispetto alla vita. Ma l'ipnosi non è un bisturi che "trancia via, semmai che apre un varco"; già nell'induzione ipnotica da parte del paziente si crea una dimensione possibilistica alternativa allo stato tensivo emozionale che lo avvolge nel quotidiano: ovvero la capacità di usare uno strumento di concentrazione, di rilassamento profondo, il che rafforza l'Io. Ora immaginiamoci un paziente che somatizza; le sue convinzioni rispetto alla possibilità di farcela nel mondo sono assai ridotte poichè il suo stile di vita seguirà la direzione del sintomo(che poi esprime la sua direzione di vita) senza considerare altre varianti. Poter sperimentare una nuova variabile concede il senso possibilistico di reagire alla propria vita interiore; molto semplicemente poter comprendere di essere capace di andare in ipnosi (rafforzamento dell'Io e sperimentazione di una nuova capacità), sperimentare una dimensione rilassante (livello tensivo che si abbassa e dimensione protettiva che aumenta), mantenere vigile la propria coscienza (poter mantenere un livello di consapevolezza e di critica), poter sperimentare condizionamenti postipnotici o utilizzare tecniche di ancoraggio, inevitabilmente, concederà una primaria modificazione della propria immagine di sé. Il ruolo relazionale, basilare nell'ipnosi, aumenterà il livello di accoglimento della dimensione relazionale della vita, intesa anche come contenitore di risorse e strumenti utilizzabili, ma gli stessi strumenti esterni faranno da specchio per le risorse interne al soggetto. Ecco allora che un "*mal di pancia fznionale*" vissuto con tutte le sue sfaccettature più dolorose e limitanti potrà non essere più un compagno di viaggio obbligatorio volto al lato inutile della vita, ma una possibilità antica sulla quale potrà prendere più peso la dimensione alternativa di sapere affrontare.

Tuttavia si deve considerare che a volte un sintomo psicosomatico non è l'espressione di un conflitto in atto, ma un condizionamento che si riferisce a conflitti o eventi traumatici ampiamente superati. In questo caso specifico dove a far permanere il sintomo rimane una memoria sensoriale traumatica o una modalità adattativa difensiva ad un condizionamento si evince che il Sè creativo del paziente è rimasto in una condizione di limite progettuale. In questo caso attraverso l'uso dell'ipnosi con le sue precise procedure di induzione stimola già di per sé la familiarizzazione con una nuova modalità di affrontare una problematica: è l'elemento stesso dell'induzione che riattiva nel paziente aspetti importanti quali la capacità di imparare a focalizzarsi sulla parte interna, ad ascoltare il qui ed ora del suo essere, a riplasmare il concetto di azione rispetto ad una richiesta, quella del terapeuta in questo caso.

PAR. V: ANSIA FOBIE E IPNOSI SECONDO UN' OTTICA ADLERIANA

Quando un individuo acquisisce la disposizione a rifuggire le difficoltà della vita, può ricorrere all'ansia per rafforzare questo suo comportamento. Alcuni soggetti vengono abitualmente assaliti da una sintomatologia ansiosa ogni qual volta devono affrontare compiti molto banali di vita come uscire di casa, cercare un lavoro, congedarsi da un amico, ecc; la partecipazione alla vita sociale alla vita dei loro pari è minima, cosicché ogni minimo cambiamento di contesto in cui vivono arriva a preoccuparli molto. Da ciò deriva una inibizione dello sviluppo della personalità e delle attitudini. Anche i soggetti che provano ostilità verso il proprio ambiente mostrano spesso sintomi ansiosi che conferiscono un particolare aspetto al loro carattere. L'ansia, e la paura sottostante relativa ad un senso di inadeguatezza, può estendersi a tutte le relazioni umane e indurre timore sia del mondo esterno che di quello interiore; si ha in questo modo l'unione di due problemi : l' allontanamento dalla società e la preoccupazione della solitudine. Tali soggetti, inoltre, sono spesso inclini a riflettere sul passato o sulla morte e tra queste due vi è una evidente analogia: rievocare il passato funge da evitamento e la paura della morte consente di evitare la vita (Ansbacher H., Ansbacher R., 1956).

Negli eccessi d'ansia è sempre presente la meta di superiorità e di potere che si manifesta con più evidenza quando un soggetto si sente minacciato da un triste destino. Talvolta l'ansia esprime solo una modalità che tenga occupati gli altri; in questo modo tutto il mondo, quando la situazione si spinge fino all'impossibilità di uscire di casa ogni cosa deve essere subordinata allo stato del soggetto; ciò consente di imporre le proprie leggi e l'espressione fittizia di superiorità.

Ciò che emerge chiaramente secondo un modello interpretativo adleriano è quindi una meta fittizia di superiorità a cui si lega un profondo sentimento di inferiorità. Nello specifico, lo stile di vita del soggetto ansioso ha trovato espressione attraverso l'utilizzo del Sé creativo volto al superamento dell'inferiorità originaria attraverso artifici fittiziamente in grado di concedere l'arrivo ad una reale superiorità. Se consideriamo la possibilità di utilizzare l'ipnosi dinnanzi alla sintomatologia ansiosa dobbiamo, in primo luogo, nella fase esplorativa dell'analisi, riconoscere chiaramente la direzione presa da sentimento sociale e volontà di potenza durante l'infanzia e come il loro squilibrio possa aver permesso al Sé creativo la formulazione di uno stile di vita ansioso per il soggetto. Avremmo quindi a disposizione "buoni ingredienti" da poter utilizzare nella fase trasformativa dello stile di vita; sicuramente la carica energetica del soggetto ansioso è molto potente, se no i sintomi non potrebbero sussistere con la loro autorità. Per quanto paradossale il soggetto ansioso possiede in sé ciò che egli crede mancargli: un sé creativo forte, per quanto attivo sull'aspetto patologico.

Esplorare insieme al soggetto questa verità che, sicuramente verrà rifiutata a piè pari perché ricordiamo che l'ansia è anche un meccanismo di difesa in un'ottica adleriana, potrà essere un momento utile nel corso della terapia. Ma affinché luce sia, l'ipnosi può fingere da buon strumento. Per esempio quando l'ansia è associata all'immagine di una particolare patologia o a una determinata situazione vissuta come minacciosa o indesiderabile, può essere utile sempre in relazione alla potenzialità oscura al soggetto, di avere in sé ottimi strumenti, condizionare la visualizzazione della situazione indesiderata con visualizzazioni concomitanti che diano sollievo e stimoli che evocino sollievo di un'intensità sufficiente a dominare l'ansia (Granone, 1961). Questo è un primo momento di presa d'atto per il soggetto rispetto alla capacità di poter sperimentare, in corso di ipnosi, la sua capacità creativa; non a caso, ricordiamo, che la possibilità di creare un monoideismo plastico, elemento chiave dell'ipnosi, richiede buone capacità immaginative.

In ipnosi si può creare un valido condizionamento tra rilassamento psichico e somatico, condotti in trance, e la visualizzazione della scena traumatizzante, che non sarà più tale perché il paziente sarà protetto dal rilassamento stesso. L'utilizzo del comando post-ipnotico, inoltre, concederà al paziente di risperimentare questa condizione di sicurezza e sappiamo, adlerianamente parlando, quanto l'insicurezza sia la base della formazione di uno stile di vita ansioso. Inevitabilmente ciò stimola il sé creativo del paziente a far emergere nuove risorse e quindi a sviluppare maggiormente il sentimento sociale, sia sul piano intrapsichico che relazionale, e ad un adeguato utilizzo della volontà di potenza. Inoltre è raccomandabile aggredire dapprima le ansie minori con l'ipnosi, in modo da avere da subito a disposizione quella energia che si libera dalla neutralizzazione di queste ed in questo senso è utile parlare di *dimensione incoraggiante* il percorso di cura. Per raggiungere questo scopo è utile procedere ad una gerarchizzazione rispetto alla gravità delle situazioni ansiogene, presentando inizialmente quelle meno stressanti durante lo stato di trance, cercando di spezzare il rituale su cui corre la vita del paziente. Ricordiamo che l'ansia può essere causata da conflitti inconsci che il paziente non riconosce come tali. Al soggetto in ipnosi si può suggerire una suggestione rispetto ad un sogno tranquillante che innescherà modificazioni somatico viscerali, quali un respiro tranquillo il ritmo del polso regolare, che gli consentiranno di esaminare i suoi problemi con maggior serenità e distacco. Finita la seduta di ipnosi, unitamente ad adatte suggestioni la sensazione di benessere potrà durare per molto tempo e servire a normalizzare le alterate funzioni neurovegetative. E' stato riscontrato infatti in seguito all'osservazione di tracciati pneumografici pletismografici ed elettrocardiografici l'effetto somatico benefico che con modifiche dell'equilibrio parasimpatico e simpatico secondo le leggi fisiologiche che regolano l'eccitabilità dei centri ipotalamici in rapporto a stimoli periferici e corticali (Kagan, Wassilewsij, Platonov, Bykow, 1936).

Per quanto concerne le fobie il modello Adleriano le inquadra come artifici compensativi al sentimento di inferiorità. Per assumere il ruolo patologico di “sintomi” tali compensazioni devono essere improduttive, devianti, in grado di intaccare il *sentimento sociale* e servirsi di *finzioni rafforzate*, costruite a sostegno di un *fine ultimo fittizio*. Anche le fobie, dunque, possono essere analizzate in questa luce. Come sempre, l’ipotesi adleriana di fondo non vincola nei dettagli ad alcuna tematica prestabilita e lascia libero il campo a interpretazioni centrate sull’*unicità irripetibile dell’individuo* e del suo *stile di vita*.

La fobia è un *artificio* mediante il quale il paziente, ponendosi in una fittizia posizione di rischio o di sofferenza, cerca di esercitare un richiamo e un dominio nei confronti dell’ambiente e, soprattutto, dei familiari.

Le manifestazioni agorafobiche, per esempio, consentono di scoprire come le persone che ne soffrono abbiano sempre avuto il convincimento di essere oggetto di una qualche oscura persecuzione; gli agorafobici pensano che vi sia qualcosa che li differenzia in modo marcato dagli altri; la convinzione talvolta si esprime nella paura di cadere che ha come unico significato quello di una dimensione finzionale di superiorità (Ansbacher H., Ansbacher R., 1956). Così l’*agorafobico* impone drammaticamente a qualcuno di sorreggerlo o di accompagnarlo e il *patofobico* cerca di mobilitare attenzioni e cure o compete con un rivale nella sofferenza. In questi casi l’oggetto della fobia non ha necessariamente un ruolo simbolico: può essere scelto perché è il più congeniale al tipo di richiesta del soggetto o perché richiama antiche paure provate od osservate. La fobia persegue lo scopo di evitare o di aggirare situazioni che accentuino un vissuto d’*inferiorità*: l’oggetto fobico può essere selezionato perché simbolo specifico di una devalorizzazione temuta o di un valore irraggiungibile da parte del soggetto; altre volte può essere adottato perché consente di bloccare un’azione che metterebbe in luce un confronto negativo temuto. Così, nell’*acrofobia*, di caso in caso, l’essere in alto può rappresentare un traguardo tanto rischioso da provocare la caduta nel baratro o significare il timore di esporre in modo troppo visibile la propria inferiorità fisica o dinamica. La fobia, talvolta, è impiegata per prevenire o neutralizzare un *senso di colpa*. Allora l’oggetto fobico è un simbolo che *copre* l’infrazione etica o raffigura la punizione per averla commessa; altre volte rappresenta l’occasione che può facilitare un comportamento antisociale. Sempre da un punto di vista generale, l’obiettivo di un trattamento individual psicologico comprende il perfezionamento dei seguenti punti:

- accantonamento del fine ultimo fittizio con smascheramento delle *finzioni rafforzate*, strutturate nell’illusione di raggiungerlo;
- conseguente rinnovamento dello *stile di vita*, mediante una sua ristrutturazione che riduca la distanza dagli altri individui, armonizzi reciprocamente la *volontà di potenza* e il *sentimento sociale*

e consenta di espletare con un buon livello di gratificazione i tre compiti vitali dell'uomo: *amore, lavoro, amicizia*.

Anche il raggiungimento di questi traguardi comporta la liberazione dai sintomi nevrotici, la cui esistenza risulta legata, in chiave adleriana, a compensazioni distorte, poste al servizio di una finalità deviante e antisociale. Se esaminiamo in un'ottica più limitata il processo di guarigione dello specifico sintomo "fobia", dobbiamo prendere atto che il suo superamento, in ogni caso, implica il raggiungimento della comprensione che l'oggetto fobico non possiede, in realtà, caratteristiche tali da indurre angoscia o, almeno, non tali da indurre un'angoscia così clamorosa come quella che si presenta nel quadro nevrotico. Un'analisi più fine consente di appurare che la fobia, sia interpretata in chiave psicoanalitica, sia interpretata in chiave adleriana, per sussistere deve essere, di necessità, sostenuta da una *finzione*, ossia da una *valutazione non obiettiva della realtà*. Tale distorsione del giudizio in entrambi i punti di vista analitici serve un determinato scopo, anch'esso anormale, perché immaturo o antisociale. L'*insight* analitico indotto dalla psicoterapia adleriana comporta, per impegno metodologico, un'autocritica fondata sullo smantellamento delle finzioni, le cui finalità innaturali sono dimostrate al paziente dal terapeuta. La vera guarigione del sintomo "fobia" avviene solo quando il paziente incanala la sua energia al servizio di una nuova finalità. Quando il paziente in trattamento individual psicologico giunge alla fase d'impegno per il recupero, non è divenuto solo consapevole che le sue precedenti finalità erano inconsistenti e improduttive, ma ha ricevuto un *processo d'incoraggiamento*, che lo stimola a formulare nuovi progetti, nella speranza di trovare in essi una più gratificante realizzazione dei tre compiti vitali: sessualità e affetti, intelligenza e lavoro, amicizia e fluidi rapporti interpersonali. Prende, così, corpo un'ambivalenza dinamica fra la vecchia *linea direttrice*, scalfita dall'autocritica, ma ancora permeata di suggestioni negative, e il nuovo *piano di vita*, certamente più faticoso e sofferto, ma vitalmente alternativo a tante esperienze di frustrazione provate in passato. La particolare modalità del *transfert*, che scaturisce dalle analisi adleriane, offre la garanzia di avere, nel nuovo cammino, un compagno-guida solidale e affettivamente disponibile. Se l'operazione riesce, si assiste a una mobilitazione di energia capace di neutralizzare il fascino residuo della *compensazione fobica*. (Pagani,). La fobia può essere destrutturata mediante tecniche di condizionamento pavloviane e inoltre facendo rivivere al paziente in stato di rilassamento ipnotico l'esperienza che suscita in lui la fobia. Durante la trance ipnotica quanto viene immaginato si trasforma facilmente in realtà subiettiva somatoviscerale o obiettiva con conseguenti deformazioni percettive. L'immagine dell'evento temuto viene presentata al paziente durante la tranquillità psicosomatica della trance, suggerendogli come è tranquillo in quel determinato momento in cui immagina la situazione stressante; a ciò si unisce un gesto segnale, come unire pollice ed indice della mano. Il soggetto

allenato a ciò e condizionato a ciò, durante l'esecuzione di questo gesto ricade in una condizione di ipnosi vigile che gli permette, assai spesso, di superare la crisi. Ciò che si ottiene è un rafforzamento delle proprie capacità di fare autoriferimento. Possono essere aggiunte tecniche di sostegno dell'Io, tecniche rilassanti; sarà possibile anche l'attuazione della presa di coscienza se si riuscirà a scoprire la causa che sottostà all'impulso fobico. Il sintomo fobico può essere sostituito, talvolta con uno meno disturbante (in armonia con il contributo simbolico latente), quando non è possibile risolvere in altro modo i bisogni profondi della personalità del paziente (Granone, 1961; Hartland 1980)

Ancora una volta ciò che emerge è la possibilità dell'utilizzo dell'ipnosi come strumento in più volto a rafforzare maggiormente l'Io del paziente, a garantire e a sperimentare realmente sensazioni di tranquillità che si inseriscono nello schema fobico iniziando a destrutturarne la forza. Il potere creativo del paziente, ovvero la capacità di sperimentare la sensazione di pace in stato ipnotico dinanzi allo stimolo unitamente alla possibilità di risperimentare tale sensazione in ogni situazione simile, sviluppa una dimensione di coraggio nell'affrontare le cause chiave che hanno prodotto il sintomo.

CASO 2: L' INSONNIA E I SERPENTI

Questo caso che cito mi è molto a cuore per due motivi:

-in primo luogo la fatica fatta da me come psicoterapeuta per comprendere appieno la chiave del disturbo della paziente, ovvero, come si vedrà dalle dichiarazioni successive, la paziente che è una donna di 39 anni con strutturazione nevrotica, era già in cura da me per un disturbo d'ansia generale da 2 anni, curato nelle sue forme sintomatiche, tuttavia man mano che il percorso di psicoterapia procedeva e la paziente raggiungeva livelli di elaborazione profondi, facendo notevoli passi avanti, sono emersi altri 2 disturbi, l'insonnia e la fobia dei serpenti.

-in secondo luogo è la prima paziente sulla quale ho applicato l'ipnosi comprendendo che, evidentemente, nonostante il buon lavoro fatto, qualcosa di più fine e sottile restava in sospeso, qualcosa di impalpabile, potrei dire "*una memoria sensoriale*" che a parole e ragionamenti continuava a persistere.

Anna ha 45 anni, lavora come Oss in un ospedale; è single dopo una burrascosa separazione dal marito avvenuta 5 anni fa.

Tre anni fa decide di intraprendere un percorso di psicoterapia per degli stati d'ansia che l'accompagnano quando la donna si ritrova ad *occuparsi di sé*; tali stati d'ansia erano presenti già quando la donna era sposata, per cui non riconducibili alla chiusura del matrimonio da lei tanto voluta.

Ha un buon livello di elaborazione dei fatti e scende molto in profondità, mettendosi molto in gioco durante la psicoterapia. Lavoriamo in questi due anni sugli stati d'ansia e riusciamo ad eliminare il sintomo con la psicoterapia, trovando dietro ad esso la paura di non essere all'altezza.

Da un punto di vista adleriano i suoi stati d'ansia dichiaravano la presenza di una meta di superiorità fittizia che la portava ad essere sempre "perfetta" rispetto al mondo esterno. Attenta ai particolari, svolgeva le sue attività al lavoro ed in casa con molta cura, ma dismessi " *i panni del fare all'esterno*"-così li abbiamo definiti nel percorso psicoterapico- lei si sentiva persa e con ciò intendo dire che non riconosceva i suoi desideri, i suoi interessi, come se la parte vitale di lei fosse spenta e come se Anna esistesse solo nel fare e non nell'essere.

Nell'essere senza il fare la sua meta finzionale veniva a mancare e le restava un profondo senso di inadeguatezza ed inferiorità che trovava espressione negli stati d'ansia generalizzati, con sensazione di morte, tachicardia, vertigini. Man mano che la psicoterapia procedeva e i sintomi lasciavano spazio alla comprensione ed elaborazione sono emersi due sintomi importanti, ovvero una forma di insonnia da risveglio notturno, sempre alla stessa ora, e la fobia dei serpenti.

Per quanto riguarda la fobia dei serpenti, quando Anna me ne ha parlato, mi sono chiesta perché questa paura non fosse mai emersa all'interno delle nostre sedute. In un primo momento mi sono chiesta se questa nuova fobia non esprimesse una resistenza al percorso che la paziente stessa aveva visto potersi concludere alla fine dei suoi stati d'ansia, senza che palesemente avessimo parlato della conclusione della psicoterapia. Tenendo da parte questa ipotesi, non volendomi far influenzare da uno degli aspetti classici che fanno parte del percorso psicoterapico, ovvero la paura di concluderlo e quindi il bisogno di trovare altri motivi per continuare la psicoterapia, ho voluto dar altra voce a questa fobia.

La paura dei serpenti era presente anche di notte, mai presentatasi prima di allora, ed in prima battuta sarebbe stato ovvio pensare all'insonnia come naturale conseguenza della paura dei serpenti, ma perché un'insonnia da risveglio e non da addormentamento? Ovvero, poiché temeva di ritrovarsi il letto pieno di serpenti, sarebbe stato più consequenziale il timore di addormentarsi.

Questa domanda mi ha portata a trattare la fobia dei serpenti in un primo momento con l'E.M.D.R. da cui è emerso che la paziente ne aveva paura perché da bambina, giocando in un bosco, all'insaputa della nonna si è ritrovata faccia a faccia con una vipera. In quel preciso istante, la nonna la trovò nel bosco e la sgridò duramente.

Nell'elaborare l'evento, in fase successiva all'EMDR, emerse che la paziente aveva associato alla vipera le urla della nonna e arrivò a dirmi: " *Beh, povera vipera, non era bella, ma io ero abbastanza a distanza da lei... non poteva certo mordermi*"

Però le urla della nonna erano state elemento scatenante la paura, poiché nello sgridarla per essersi allontanata, la nonna le disse: " *...da sola non puoi fare niente, fai solo guai, non sei capace di stare da sola*".

Quest'ultima frase mi fece venire delle nuove idee relativamente all'insonnia che citerò in seguito. Nel frattempo Anna, andando a dormire, non ebbe più paura dei serpenti, anzi rispetto all'argomento mi raccontò che iniziò a farsene una cultura, cercando informazioni su internet arrivando quasi a parlarmi con molta enfasi della bellezza di queste creature.

L'insonnia, tuttavia perdurava.

Puntuale alle 03.00 della notte Anna si svegliava, lucida, carica di energie, senza paure, ma con un grande senso di rabbia immotivato e non dovuto a fatti apparentemente presenti nella sua vita.

Si sottopose ad alcune sedute di agopuntura e il medico le disse che, secondo la medicina tradizionale cinese, quella era l'ora del meridiano del fegato.

Io non conoscevo l'argomento, ma decisi di farmi una cultura in merito e trovai su alcuni testi che il fegato non è solo un organo che si occupa dello scarico delle tossine da un punto di vista organico, ma anche un organo che, da un punto di vista psicosomatico, dichiara il suo ruolo nell'eliminazione delle tossine emotive; del resto è uso comune dire: "*Farsi un fegato così*".

Quali tossine emotive riempivano l'animo di Anna?

Ripresi la frase che la nonna di Anna dichiarò nel vederla nel bosco: "*da sola non puoi fare niente, fai solo guai, non sei capace di stare da sola*".

Riflettendoci, il sonno è il momento in cui ogni essere umano è solo con se stesso, e del resto anche la morte è un momento in cui l'essere umano è solo con se stesso.

Potevano esserci delle correlazioni tra la frase della nonna, il risveglio all'orario del fegato secondo la medicina cinese e la rabbia?

Queste erano domande che non potevo mettere da parte.

Perché Anna, ora che aveva lasciato andare i suoi disturbi d'ansia ed era pronta a tornare a vivere, riusciva a vivere solo di notte ed il suo vivere era carico di rabbia e relegato alle quattro mura della sua stanza? Inoltre, dai colloqui, indagando i vari aspetti dell'insonnia, era emerso che Anna, quando andava al mare riusciva a dormire e non c'erano paure, ma la sua vita era qui a Torino. Arrivai a chiedermi "*Che morte stava vivendo Anna e che vita stava morendo?*"

Cosa stava facendo il sé creativo di Anna? Cosa stava creando sul lato non utile della vita?

Da un punto di vista psicodinamico adleriano nell'insonnia sono presenti tratti di sfiducia nella propria forza e mete troppo ambiziose per cui la sopravvalutazione del successo e la vigliaccheria davanti alla vita saranno presenti insieme a un atteggiamento esitante. I pensieri del paziente sono mezzi per mantenersi svegli e contengono il nocciolo della difficoltà psichica attuale (Adler, 1908).

Anna non aveva più paura dei serpenti ed i suoi pensieri non erano di paura, ma di rabbia, una rabbia contro se stessa, forse, che non riusciva a dormire, una rabbia per la sgridata della nonna, ovvero rabbia per *"non essere capace a stare da sola"*?

Ma allora perché dormire al mare da sola e non a Torino da sola?

Nel frattempo iniziai il corso di ipnosi e pensai di provare anche con questo metodo.

Anna mi raccontò di quanto le fosse caro il mare e di quanto le regalasse una condizione di serenità dove non si sentiva né giusta né sbagliata, ma anzi stava bene con se stessa, chiacchierava con la gente, lasciava emergere la vera se stessa senza paura dei giudizi.

Proposi ad Anna di provare a fare una seduta di ipnosi definendola una seduta di rilassamento. Volevo provare a portare il mare da Anna e volevo che Anna provasse la sensazione di essere capace di portare il mare nel suo sonno, così da riattivare il suo sé creativo.

Mi feci descrivere da Anna "il suo mare".

Mi parlò di una località della Liguria, Loano, molto vicina a una località che frequento io stessa da quando sono piccola, Pietra Ligure; conoscere il luogo e le atmosfere mi ha aiutato a creare per Anna un bel luogo sicuro e ricco di dettagli che le hanno permesso una buona visualizzazione. L'obiettivo concordato insieme è stato quello di sperimentare le sensazioni così sicure e gradevoli del mare ogni notte, qui in città, nel momento del sonno; ho installato il segnale verso la fine della seduta cosicché Anna potesse avere uno strumento che le facilitasse la visualizzazione ed il rilassamento.

Anna la prima notte dopo la seduta si risvegliò, alle cinque del mattino però, e fu così per una settimana.

Alla seduta successiva mi dichiarò che aveva sentito dentro di sé l'esigenza di sentirsi libera come al mare anche di giorno qui in città, citando palesemente: *"Vorrei vivere in ciabatte essendo me"*. Quali scarpe stava indossando Anna? Glielo chiesi, tranquillamente, usando questa metafora come sono solita fare con i pazienti. Restò perplessa e poi mi disse che stava indossando le scarpe con cui la nonna la vedeva.

La interruppi chiedendole se si fosse accorta del controsenso: *"La nonna non vede con le scarpe, vede con gli occhi."* Anna sorrise e annuì. *"Mi vedo con gli occhi della nonna e la nonna al mare non ci veniva mai perché per lei esisteva solo la montagna"* ...-rispose.

La invitai a riflettere sul fatto che lei al mare ci andava da sola e riusciva a vivere bene da sola, senza la nonna. Anna restò in silenzio e poi esordì dicendomi che la nonna non aveva visto niente che fosse la montagna per sua scelta, e che forse non aveva visto che non era vero che lei non era capace di stare da sola. Continuò dichiarando che la nonna in realtà pur avendo avuto molte opportunità di viaggiare nella vita si era sempre rifiutata di muoversi dalla sua situazione e che

quando le era accaduto di trovarsi in mezzo alla gente nuova appariva tutt'altro che sicura e forte come era solita essere con i suoi famigliari, quasi fragile.

Le scese una lacrima.

Restai in silenzio, rispettando ciò che stava emergendo dalla paziente.

Pianse un pò come se stesse realizzando che il suo punto di vista sul mondo potesse avere spazio di esistere.

Dopo le riproposi la seduta di rilassamento e nuovamente utilizzai il mare.

La settimana successiva Anna dormì una notte intera e le altre notti si risvegliò alle 5 del mattino.

In compenso, però, decise di dedicarsi al suo aspetto fisico, andò dal parrucchiere, cambiò taglio di capelli, e decise di iscriversi a vari corsi serali inerenti i suoi interessi che, ora, emergevano come se fossero sempre stati presenti: la pittura ed il ballo.

Durante la seduta successiva si permise di dire che era stato più comodo vedersi con gli occhi della nonna perché così lei avrebbe evitato di cimentarsi in attività che, magari, le avrebbero portato un fallimento.

Abbiamo continuato con le sedute di "rilassamento" e ad ogni seduta Anna ha tirato fuori altri aspetti di sé: per esempio la rabbia: rabbia per non aver creduto a se stessa, per aver scelto la via più scura della vita, per la rabbia non espressa.

Tutt'ora Anna è in psicoterapia, ma ha una modalità di approccio diversa, più libera, più autentica, così come pare trasformarsi la sua vita.

Nell'ultima seduta in cui l'ho vista Anna ha dichiarato: "*sta notte vado al mare e domattina mi farò un bel bagno di vita con quello che sono*".

Da ciò emerge come le sedute di ipnosi che io ho definito di rilassamento siano state in grado di far emergere aspetti più profondi della creatività di Anna, volta, sino a quell'istante, ad una sopravvivenza nel buio. Il suo sé creativo, lentamente sta sperimentando nuove possibilità d'essere.

CONCLUSIONI

In conclusione emerge che l'ipnosi, in ambito Psicoterapico Adleriano, diviene quell'ausilio in più in grado di bypassare le barrire del dialogo, quando esse rischiano di divenire ulteriormente utilizzate dal paziente come resistenze.

Si specifica comunque che ciò che l'inconscio è pronto a lasciar affiorare potrà affiorare, nel totale rispetto dell'individualità del paziente, ma ciò che deve rimanere negli abissi lì rimarrà. Ovvero le difese del paziente verranno rispettate all'interno del processo psicoterapico e sarà il sé Creativo del paziente, una volta attivato, a scegliere di fare riferimento a modalità più adattive rispetto allo stile di vita trasformato. L'ipnosi, da quanto emerge, si affianca alla Psicoterapia Adleriana come mezzo creativo in sé, in quanto, come è stato descritto, è essa stessa dimensione creativa, considerando che la capacità di realizzare il monoideismo plastico è il primo atto di creativo.

Ciò implica per il paziente la possibilità di toccare con mano, sin dall'inizio dell' utilizzo dell'ipnosi, la capacità di cambiamento che egli possiede in sé, evitando di passare attraverso la dimensione traumatica. La rinuncia al sintomo attraverso la possibilità di sperimentare una nuova dimensione creativa che possiede in sé il concetto di sicurezza concede al paziente di riconoscersi nei suoi aspetti intrapsichici e relazionali, nonché nella dimensione riattivata di coraggio.

Si potrebbe quasi arrivare a sostenere che il paziente diviene in grado, ad un certo punto del percorso di analisi, di scegliere tra il sintomo e la nuova capacità di fare riferimento a se stesso.

Secondo Alfred Adler il fine del trattamento psicoterapico è quello di restituire al malato il suo sentimento di libertà e l'ipnosi, in questo senso, con l'ausilio di un buon processo psicoterapico diviene quel luogo di libertà in cui può risvegliarsi il Sé creativo verso il lato utile ed adattivo della vita che darà luogo non solo alla dimensione trasformativa, ma anche alla dimensione prospettica.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., (1912) *Il temperamento nervoso* Astrolabio, Roma, 1967
- ADLER A., (1927), “*Menschenkenntnis*,” ed. it. *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma, 1994.
- ADLER A. “*Cos'è la Psicologia Individuale*” (1931) Newton Compton, Roma, pg. 23-33., 1978
- ANSBACHER H., ANSBACHER R.(1956): “*La psicologia individuale di Alfred Adler*”, Martinelli, Firenze, 1997.
- ANCONA L., “*Terapeutica delle malattie psicosomatiche con l'ipnosi e con il training autogeno*”, III Convegno azionale Medico di studi sull'Ipnosi Clinica, Pavia, 1971.
- BERNEHIM H., “*Hypnotisme, suggestion, psychotherapie*,” Doin, Parigi, 1884.
- BRAID J., “*Neurohypnology, or the Rational of Nervous Sleep Considered*” in Relation with Animal Magnetism, Londra, 1843.
- BRENMAN M., GILL M.M., “*Hypnotherapy. A surevey of the Literature.*” International Universities Press, New York, 1956.
- BULGARINI G., “*La corporeità: proposta per un approccio interdisciplinare*” (1978). Med. Psicosom., 23:313
- CANNON A., “*Hipnotyc States*, Lancet, Vol. 1103, 1932.
- CHARCOT J.M., “*Metallotherapie et hypnotism*”, in Ouveves, Bourneville, 1890, vol IX
- COUE' E., “*Il dominio di se stessi o l'autosuggestione cosciente*”, Bocca, Milano, 1924.
- DEUTSCH F., SEMRAD E. V., “*Analisi degli scritti di Freud sul sintomo di conversione*” in Deutsch F., “*Il Misterioso salto dalla mente al corpo*”, Martinelli, Firenze, 1975
- DINKMEYER D., DREIKURS R. (1974):*Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbèra, Firenze.
- DINKEIMEYER D., DREIKURS R., *Il processo di incoraggiamento*(1963), Giunti Barbera, Firenze, n1974.
- ERICKSON M.H., “*Hypnotic Psychotherapy*” in R.H. Rhodes(a cura di) *Curative Hypnosis*, Elek Books, Londra, 1952.
- FARIA J. C. A., “*De la Cause du Sommeil Lucide ou l'Etude de la Nature de l'Homme*,” Henry Jouve, Parigi, 1906.
- FASSINO S., FERRERO A., “*A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico*”, Riv. Psic. Indiv.N 15-16: 156-166, 1981.
- FASSINO S., BOGETTO F., FERRERO A., “*A proposito del problema dell'adattamento: sentimento sociale e principio di realtà: un confronto critico*” Riv. Psic. Indiv. N. 19: 54-64, 1983.

- FASSINO S., 1984 *“Per una terapia individual-psicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore”*, in Riv. Psicol. Indiv., N: 24-25: 38-58, 1984.
- FASSINO S., *“A proposito del sentimento sociale quale struttura per la comunicazione intrapsichica”* in Riv. Psic. Indiv., N 22-23: 30-43 , 1985.
- FASSINO S., *“Le due istanze fondamentali nel processo analitico”*, in Indiv. Psychol. Doss., N. 2: 45-60, 1990.
- FASSINO S., *“Psicoterapia breve a orientamento individual-psicologico: riflessioni sull’agente terapeutico”* in Riv Psicol Indiv; N. 38:43–52, 1995.
- FERRIGNO G., *“Controtransfert tra impotenza e onnipotenza,”* Atti *“ Il complesso di inferiorità della psicoterapia”*, 7° Congr. Naz. SIPI, Torino 23-24 ottobre 1998.
- FERRIGNO G.; *“Il piano di vita, i processi selettivi dello stile di vita e la comunicazione intenzionale implicita della coppia psicoterapeutica creativa, dalla teoria alla clinica”*, Riv. Psicol. Indiv., n. 58: 59-97, 2005.
- FREUD S., *“Frammento di un’analisi di un’isteria”(1901)*. Opere, vol. IV, Boringhieri, Torino, 1970
- FREUD S., *“Ipnotismo e suggestione”* (1888-1892) in Opere, Boringhieri, Torino, 1967, vol I.
- FREUD S., *“La neuro psicosi da difesa”(1894)* in Opere, Boringhieri, Torino, 1968, vol II.
- FOREL P., *“Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie,”* Enke, Stoccarda, 1921
- FORNARI U., *“Simbolo e codice”*, Feltrinelli, Milano, 1976.
- GRANONE F., *“Trattato di Ipnosi”*, Utet, Torino, 1961.
- HALEY J., *“Uncommon Therapy”*. Norton New York, 1973.
- HARTLAND J., *“Ipnosi in medicina ed odontoiatria”* trad. it., con la prefazione di F. Granone. Monduzzi , Bologna, 1980.
- HILGARD J. R., *“Personality and Hypnosis: a study of imaginative Involvement”*, Chicago University Press, 1970.
- JANET P., *“L’automatisme Psychologique”*, Alcan, Parigi, 1919.
- KAPLAN B., *“Lo studio del linguaggio in psichiatria,”* in ARIETI S., *Manuale di psichiatria*, Boringhieri Torino, 1979.
- KAGAN E. M., , WASSILEWSKIJ E.M., PLATONOV K.J., , BYKOV K. M., *“Einfluss hypnosuggestiver Einwirkungen auf die funktionen des organismus wahrend der Arbeit ud der restitution,”* Z. Physiol. S.S.R.R, vol 19, 1936.
- KOHUT H., *“La ricerca del sé”(1978)*, Boringhieri Torino, 1982
- LAUGHLIN H.P. *“La nevrosi nella pratica clinica”*, Giunti Barbera, Firenze, 1967.

- MAROCCO MUTTINI C., *“Ipotesi Psicodinamiche su un gruppo di pazienti agorafobici”*, Neurol Psic e Sc Umane, III, 1983, p. 442.
- MAROCCO MUTTINI C. *“Fobia e sintomo psicosomatico: due artifici per uno stile di vita.”* in Riv. Psic. Indiv N. 30-31, 1989.
- MASCETTI F., MAIULLARI F., *“L’analisi dello stile di vita, momento cruciale e unificante di ogni intervento psicoterapeutico adleriano”*(1982), in Riv. Psic. Indiv., n. 17-18: 56-58.
- MENNINGER K.A. *“Man against himself,”* Harcourt, Brace, New York, 1938.
- MERLEAU PONTY M., *Phenomenologie de la perception*” (1945). Galimard, Parigi;
- MESMER F. A., *“Dissertano Physio-Medica,”* cit., 40-41.
- MESMER F. A., *“Le Magnétisme animal,”* a cura di Robert Amdadou, Payot, Paris 1971.
- MORENO J.L., *“Hypnodrama and Psychodrama”*, Beacon House, 1950
- MUSES C. *“Trance-induction techniques in ancient Egypt”*, in Musès C. e Yung A.M. (a cura di) *Consciousness and Reality*. New York, Outerbridg and Lazard, 1972. pp.9-17
- PARENTI F., PAGANI P.L. *“Il concetto adleriano di linguaggio degli organi”* Med. Psicosom. 23, 321,1978.
- PARENTI F., Riv. Psic. Indiv. Milano, 1981, pg. 20.
- PARENTI F., *“Dizionario di Psicologia Individuale,”* Cortina Milano, 1975, pag. 200
- PARENTI F., *“Manuale di Psichiatria su base Adleriana”* Hoepli, Milano,1970.
- PAVLOV I P., *“I Riflessi condizionati”*, Boringhieri, Torino, 1966.
- PAZZAGLI A., BENVENUTI P., *“ Finalità della terapia nell’agorafobia: note sul processo di individuazione e separazione”*. Atti Congresso Soc. It.di Psicot. Med. Patron ed, Bologna 1981
- ROVERA G.G., *“Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana,in Psicoterapia e cultura”*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 1976.
- ROVERA G.G., *“Transmotivazione: proposte per una strategia dell’incoraggiamento”*, in Riv. Psic. Indiv. N: 17-18, 1982.
- ROVERA G.G., *“La Psicologia Individuale.”* In AA.VV: Trattato italiano di psichiatria. Vol III, 2589-2592. Masson, Milano, 1992.
- RUPING M.K., *“Transfert, Controtransfert e Resistenza”*, Indiv. Psychol. Dossier-II S.A.IG.A.: 77. 87 ,1990.
- SCHNECK J. M., *“Hypnosis in modern medicine”*. Thomas, Spriengfield, 1953
- TIRONE G., *“L’ipnosi ed il suo possibile impiego nell’analisi psicologica del profondo”*. Riv. Psic. Indiv. N15-16,1981.
- TOGLIANI P.L., *“L’uso dell’ipnosi nella Psicoterapia Adleriana,”* in Riv. Psic. Indiv, 1981, N 15-16.

WOLBERG L. R., *Hyonoanalysis*. Grune e Stratton, New York, 1945)

ZANINI M.M., “*Il disturb psicosomatico e l’approccio individual psicologico*”, in Riv. Psic. Indiv.

N 30-31

RINGRAZIAMENTI

Il mio primo ringraziamento va alla voglia di continuare a studiare che, se al liceo era un peso, oggi è diventata un piacere, un interesse che mi ha permesso di seguire, dopo la Laurea in Psicologia e la specializzazione in Psicoterapia, molti corsi inerenti la materia *psiche*. Non avrei mai pensato, però, che un giorno avrei affrontato un corso base in ipnosi, per il semplice fatto che dell'ipnosi, a parte qualche scritto letto all'Università nei testi di Freud, avevo un'idea che restava avvolta nel mistero. Conoscevo l'ipnosi da televisione, quella dei film che tanto appassionava quella piccola bambina che è in me. Così quest'anno ho deciso di ascoltare quella piccola parte di me, che ringrazio, ed andare alla scoperta reale dell'ipnosi, senza preconcetti o convinzioni e ringrazio l'opportunità che ho avuto grazie all'Istituto di Franco Granone di addentrarmi lentamente.

Ringrazio la mia relattrice, la Dr.ssa Laura Papi Grasso, che mi ha seguita nella stesura della tesi lasciando ampio spazio alle mie idee e concedendomi l'attenzione e la guida giusta per procedere nel percorso.

Ringrazio il Dott. Lapenta che ha aperto il corso di ipnosi con chiarezza, ripulendo il concetto di ipnosi dai falsi miti creati sulla materia, restituendole il senso vero e profondo.

Ringrazio la mia famiglia ed il mio compagno che ancora una volta mi hanno vista studiare e in parte si sono appassionati con me alla materia proponendosi, talvolta, come "cavie da laboratorio".

Ringrazio inoltre tutto il gruppo dei docenti del C.I.I.C.S. che ci ha formato durante questo corso base regalandoci spazi di confronto e dialogo, nonchè messa alla prova.

Ed infine ringrazio l'Ipnosi che ha scavalcato tutti i preconcetti che si sono costruiti nei secoli su essa, ha scavalcato culture e limiti, ed oggi si palesa come utile ausilio in molteplici forme di cura e aiuto.