

**ISTITUTO FRANCO GRANONE C.I.I.C.S.**

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-  
SPERIMENTALE**

**Fondatore: Prof. Franco Granone**

**Corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica  
anno 2021**

***L'importanza della metafora  
nel trattamento delle disfunzioni sessuali,  
attraverso l'ipnosi***

***Candidata***

**Dott.ssa Tiziana Frittella**

***Relatrice***

**Dott.ssa Donatella Croce**

# Indice

Introduzione	4
<b>Capitolo 1: Identità sessuale</b>	<b>7</b>
La dimensione sessuale nell'uomo	7
<b>Capitolo 2: Disfunzioni sessuali</b>	<b>10</b>
Il ciclo della risposta sessuale	10
Disturbi sessuali	13
Disturbi del desiderio sessuale	13
Disturbi dell'eccitazione sessuale	14
Disturbi dell'orgasmo	16
Disturbi da dolore sessuale	17
Il modello biopsicosociale con riferimento teorico della terapia sessuale	19
L'approccio integrato in sessuologia clinica	20
Assessment	22
<b>Capitolo 3: Trattamento delle disfunzioni sessuali con ipnosi</b>	<b>27</b>
Processo ipnotico	29
La metafora	32

I livelli della metafora	35
Costruzione della metafora	36
Metafora nell'ipnosi	38
L'uso della metafora nella pratica clinica	39
Il caso di Carlo	39
Il caso di Giulia	43
<b>Conclusioni</b>	<b>46</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>47</b>

## Introduzione

Questa tesi nasce con l'esigenza di descrivere la grande utilità dell'ipnosi nel trattamento delle disfunzioni sessuali.

Nel corso della mia esperienza professionale, mi sono resa conto di quanto possa essere importante, per il benessere dell'individuo una sessualità vissuta pienamente.

La sessualità è un piccolo spazio dove si comunica attraverso il corpo e dove si può dimenticare il mondo che si ha intorno per cercare qualcosa di autentico, di silenzioso e caldo che possa appagare i bisogni di abbandono e di piacere che ognuno di noi porta con sé.

Non a caso la dimensione sessuale rispecchia anche la dimensione psichica, infatti Freud sostiene che le attività psichiche hanno come meta il piacere e tendono ad evitare il dolore o il dispiacere.

La sessualità come la psiche, incarna in sé l'aspetto istintivo volto al piacere e diventa piuttosto sensibile di fronte al dolore, il quale può attivare dei veri blocchi emotivi, che ne esauriscono la funzionalità.

Quando si parla di disfunzione sessuale, bisogna partire dalla complessità della sessualità, in quanto è caratterizzata da aspetti biologici, psichici, culturali, sociali e dunque relazionali.

Il compito della sessuologia è quello di analizzare il vissuto del paziente e comprendere quale ferita ha innescato quel meccanismo. A tal proposito non è possibile non menzionare l'amore e le sue articolate dinamiche.

È un lavoro piuttosto delicato, parliamo della dimensione più profonda dell'individuo, se consideriamo che ogni persona nel comportamento sessuale mostra la propria autenticità.

L'ipnosi è lo strumento, che in questa pratica mi ha riservato più soddisfazioni, perché può essere finalizzato alla realizzazione di molteplici obiettivi e può essere praticato nei diversi momenti che

caratterizzano la terapia.

E' una tecnica che permette di raggiungere attraverso la trance, competenze creative capaci di realizzare o meglio concretizzare delle esperienze percettive, che inducono il soggetto a vivere dei veri e propri cambiamenti interiori.

A favorire questo processo è la funzione trasformativa della Metafora capace di stimolare, nuove prospettive e creare delle potenti connessioni tra il vissuto e ciò che potrebbe essere possibile vivere.

Per concludere il lavoro, saranno presentati dei casi clinici, che sono stati trattati con successo, proprio con le tecniche apprese in questo anno nel corso di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica, presso l'Istituto Franco Granone.

## Capitolo 1

# Identità sessuale

Il trattamento dei disturbi di natura sessuale, richiedono una profonda conoscenza di tutte le componenti che caratterizzano la sessualità, a partire da quelle biologiche fino a dover considerare anche gli aspetti storici e culturali.

Prima degli anni 70' c'era una differenziazione netta fra i sessi, ma con le nuove teorie sia in campo scientifico medico che psicologico sono cambiate molte prospettive, che hanno comportato una vera rivoluzione nella contemplazione della dimensione sessuale, attribuendo ad essa sempre più importanza rispetto alla salute globale dell'uomo.

## La dimensione sessuale nell'uomo

La sessualità è un processo molto complesso nel quale componenti organiche di vario tipo (neurologiche, endocrine e vascolari) si integrano con componenti non organiche legate ad esperienze personali, a fattori culturali, alla religione, all'educazione ricevuta, all'influenza familiare e sociale, alle dinamiche interpersonali, caratterizzando e influenzando nell'individuo, la crescita psichica, durante tutto il corso della vita.

Non va confusa con l'atto sessuale fine a se stesso in quanto non indica soltanto le attività e il piacere che dipendono dal funzionamento biologico e fisiologico, ma tutta una serie di sensazioni e di funzioni, già presenti sin dall'infanzia che concorrono a formare l'amore sessuale maturo. Più in generale, la sessualità può essere intesa come l'espressione fondamentale dell'essere umano che coinvolge tutti gli aspetti della sua personalità fatta di razionalità, affettività, volontà, emotività, erotismo e ricerca del piacere.

Nella sessualità possiamo riconoscere tre funzioni fondamentali, ossia quella ludica, relazionale e riproduttiva.

La funzione **ludica** riguarda l'insieme delle sensazioni, le emozioni, la capacità, a partire dalla prima infanzia di scoprire ciò che piace o meno e di saper esprimere bisogni. Il corpo è fonte di piacere e mezzo di incontro con gli altri, strumento attraverso si comunicano sensazioni e desideri. Imparare ad esprimere e a riconoscere i propri bisogni e quelli altrui da piccoli appare fondamentale rispetto alla possibilità di sviluppare, da adulti una competenza alle relazioni connotate da sentimenti di autostima, rispetto per gli altri e di capacità di unire sessualità e sentimenti.

La funzione **relazionale** permette di costruire dei veri e propri legami con l'altro, attraverso l'integrazione tra le diverse dimensioni (intrapsichica, relazionale, corporea e sessuale) sottolineando la natura dialogica della sessualità in un contesto di reciprocità.

La funzione **riproduttiva** va inserita in un progetto esistenziale in cui,

emergono il bisogno di maternità o paternità .

Queste tre funzioni sono fondamentali nello sviluppo psicosessuale dell'individuo, in quando concorrono a definire l'identità sessuale, che come vedremo è parte integrante della personalità.

Il concetto di "**identità sessuale**" descrive la dimensione soggettiva del proprio essere sessuati e risponde ad un'esigenza di identificazione e stabilità, nonostante contenga elementi di incertezza e di imprevedibilità, essendo l'esito di un processo costruttivo influenzato dalla complessa interazione tra aspetti biologici, psicologici, educativi e socioculturali.

Affrontare le problematiche sessuali richiede di valutare e integrare tutte le componenti, tenendo inoltre conto delle influenze della cultura e dell'ambiente. Di conseguenza questa modalità di approccio ha come riferimento il concetto di identità sessuale, valuta il percorso attraverso il quale si struttura, la sua solidità o meno, le ferite che possono averla minata e dalle quali vedremo, traggono origine le disfunzioni sessuali.

Nella nostra cultura le definizioni prevalenti hanno previsto, per lungo tempo, soltanto la rigida suddivisione in due generi corrispondenti ai due sessi biologici. È solo a partire dagli anni '70 che si comincia a fare una distinzione tra l'aspetto fisico e biologico, detto "sesso", e tra il costrutto culturale definito "genere"(Fausto-Sterling,1985), ponendo poi l'attenzione anche agli stati intersessuali, che consistono in tutte quelle dissonanze che caratterizzano gli individui il cui il sesso fenotipico e biologico non corrisponde all'identità di genere.

Per questo motivo è stato necessario distinguere alcune definizioni che permettono di approfondire tutte le sfaccettature ed i particolari da osservare di fronte ad un particolare disagio.

Tra questi troviamo:

**Sesso biologico** si riferisce alla femminilità o alla mascolinità di una persona. Il concetto è determinato dalla base biologica dello sviluppo, definibile per mezzo dei cromosomi sessuali, della presenza di gonadi maschili o femminili, della componente ormonale, delle strutture accessorie



interne e dagli organi sessuali esterni che discriminano per le due categorie.

**Identità di genere:** si riferisce alla percezione unitaria e persistente di se stessi, o auto-identificazione alle categorie sessuali del "maschile" o del "femminile". Riguarda pertanto il proprio "vissuto" personale di uomo o di donna. Con esso s'intende indicare la relazione complessa di sesso e di genere come componenti dell'identità; comporta perciò un'integrazione tra il sesso determinato biologicamente, l'identità e il ruolo di genere, e l'orientamento (Simonelli, 2006).

**Ruolo di genere:** si riferisce ai comportamenti manifesti di un individuo, i quali, secondo gli standard del suo ambiente socio-culturale, sono considerati pertinenti all'uno o all'altro sesso.

**Orientamento sessuale:** ovvero l'attrazione erotica ed affettiva per soggetti del sesso opposto, dello stesso sesso o entrambi.

Questa precisazione nell'ambito del concetto di identità sessuale permettono di considerare tali componenti non più in modo rigido ma come un continuum di espressioni e possibilità.

Tutte le problematiche che riguardano la sessualità, sia quelle relative agli aspetti disfunzionali maschili e femminili, sia quelle che riguardano l'identità di genere e l'orientamento sessuale, ma anche il semplice disagio per una sessualità ritenuta inadeguata rispetto ai modelli proposti dai media, richiedono di essere affrontati considerando e valutando come ogni individuo viva la propria mascolinità e femminilità.

## Capitolo 2

# Le disfunzioni sessuali

## Introduzione

Nel capitolo precedente è stato approfondito il concetto di identità sessuale per sottolineare quanto è importante analizzare l'esistenza di chi soffre una disfunzione sessuale, un vissuto che cela in sé un mondo fatto di percezioni, convinzioni, sensazioni, relazioni ma anche cultura, ruoli e gusti. In questo capitolo ci sarà una descrizione generale del ciclo della risposta sessuale e le varie disfunzioni.

## Il ciclo della risposta sessuale

In sessuologia, quando si parla di **ciclo della risposta sessuale** si intende il processo che si innesca con il desiderio, il quale spinge a ricercare attività sessuale e che termina con l'orgasmo, dopo il quale si torna a uno stato di "quiete".

Tutto ciò che riguarda il sesso infatti coinvolge, allo stesso tempo e in modo interdipendente, il sistema nervoso, quello endocrino e quello vascolare, oltre le dinamiche psicologiche individuali. La complessità delle variabili

implicate fanno sì che **la risposta sessuale umana non sia un processo lineare.**

Nonostante ciò, per comodità essa si può dividere in 4 fasi:

**Desiderio.** Questa prima fase si caratterizza per la presenza di fantasie, sotto forma di immagini mentali o pensieri, che contribuiscono a generare la spinta a ricercare l'attività sessuale. Come intuibile, il desiderio maschile e quello femminile sono piuttosto diversi. Nonostante la variabilità, spesso la differenza fra i due generi riguarda anche gli stimoli in grado di produrlo. Mentre per i maschi immagini a tema erotico o sessuale costituiscono inneschi efficaci, il desiderio femminile si avvale di canali prevalentemente tattili e uditi.

**Eccitamento o Plateau.** La fase di eccitamento, in genere la più prolungata delle quattro, è legata alle sensazioni soggettive di piacere. È quella che precede e accompagna l'attività sessuale e può essere innescata da stimolazioni tattili, visive o di altra natura ma anche essere un prodotto delle sole fantasie. La manifestazione oggettiva dell'eccitamento maschile comprende l'erezione del pene, un parziale ingrossamento dei testicoli e diverse modificazioni fisiologiche, quali l'aumento della frequenza respiratoria, del battito cardiaco e della tensione muscolare. Nella donna si osserva, invece, la lubrificazione vaginale che ha lo scopo di favorire la penetrazione e la motilità degli spermatozoi, un leggero ingrossamento del seno e l'erezione dei capezzoli, l'erezione del glande e del clitoride e la separazione delle piccole e grandi labbra della vagina. Come nell'uomo, poi, aumenta la frequenza respiratoria, quella cardiaca e la tensione muscolare.

**Orgasmo.** Anche se con notevoli differenze, sia per l'uomo sia per la donna l'orgasmo rappresenta il picco del piacere sessuale. Prima di questa breve fase l'uomo sperimenta la tipica sensazione d'inevitabilità dell'eiaculazione. Dopo il "plateau" descritto in precedenza si supera in modo irreversibile la soglia in cui l'eiaculazione appare controllabile e quindi posticipabile. Con l'eiaculazione avvengono contrazioni ritmiche dei dotti seminali, della prostata e dell'uretra che permettono la fuoriuscita di sperma. La sensazione psicologica è di intenso piacere. Anche l'orgasmo femminile è

connotato da contrazioni: della terza parete esterna della vagina, dell'utero e della muscolatura perineale. In entrambi i sessi, a livello psicologico si può sperimentare la percezione di una parziale perdita di controllo che può assumere, in taluni casi, i connotati di un distacco dalla realtà (derealizzazione) e da se stessi (depersonalizzazione).

**Risoluzione.** Quest'ultima fase è mirata a far tornare il corpo a uno stato di quiete. Si sperimenta benessere e la scarica delle tensioni muscolari ed emotive. Negli uomini, in genere, dopo l'eiaculazione avviene una disattivazione piuttosto rapida e il conseguente "periodo refrattario" caratterizzato dalla demotivazione a provare altro desiderio ed eccitazione. Il periodo refrattario varia con l'età e da individuo a individuo. Può durare da pochi minuti a diversi giorni e con l'invecchiamento tende ad allungarsi. Nelle donne, invece, la fase di risoluzione è più lenta, graduale e, soprattutto, non si lega a un vero e proprio periodo refrattario: con un'adeguata stimolazione sensoriale e con le giuste condizioni emotive il ciclo può tornare alla fase di desiderio o di eccitazione.

## **Disturbi sessuali**

Un'anomalia che sottende una o più fasi della risposta sessuale può dar luogo a una o più **disfunzioni sessuali**. Avremo conseguentemente

## **Disturbi del Desiderio Sessuale**

**Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo** viene definito come la "riduzione o assenza di desiderio sessuale e fantasie-pensieri sessuali, associato alla perdita di risposta a vari stimoli erotici ed alla riduzione della motivazione sessuale, in grado di provocare una profonda sensazione di disagio personale e inter-personale. Il desiderio sessuale ipoattivo è difficile da definire data la mancanza di dati affidabili, infatti non esiste uno strumento metodologico in grado di misurare l'intensità di desiderio presente in ogni individuo.

**Disturbo da Avversione Sessuale** è definita come un'avversione fobica, costante o cronica verso il contatto sessuale con il partner e che causa personal distress. David Schnarch [70] propone un nuovo paradigma per spiegare questa disfunzione: l'Autore, innanzitutto, sconsiglia di usare le definizioni «desiderio sessuale inibito» e «disordini del desiderio sessuale», preferendo «problemi del desiderio» in accordo con la sua visione in cui il desiderio è visto come indicatore che testimonia il livello di differenziazione e di autonomia del singolo. Ogni problema in questa sfera evidenzerebbe un ostacolo verso la crescita personale e utilizzerebbe meccanismi difensivi di collusione di coppia: un desiderio scarso o assente sarebbe un messaggio al partner decodificabile come allontanamento dalla fusione e dall'intimità. Il beneficio secondario del sintomo, sarebbe il controllo e il potere sulla relazione anche se difficilmente riconosciuto come tale. La medicalizzazione del sintomo, di conseguenza, non

permetterebbe al clinico di lavorare sul problema reale, sia sul versante della crescita personale che su quello della soddisfazione di coppia.

## **Disturbi dell'eccitazione sessuale**

**Eccitazione Sessuale Femminile:** La seconda fase della risposta sessuale femminile è quella più controversa: nel passato, anche molto recente, infatti si tendeva a confonderla con il desiderio o con l'orgasmo. Le donne che non riuscivano a trarre piacere dal rapporto sessuale erano bollate come frigide. Il concetto di frigidità o anestesia sessuale è stato per lungo tempo un termine applicato ad un'ampia gamma di inibizioni della risposta sessuale della donna, che varia da una completa mancanza di risposta alla stimolazione sessuale a varie risposte orgasmiche inadeguate, al di là del fatto che la donna possa trovare piacevole la sessualità. Oggi sappiamo che l'eccitazione sessuale femminile tende ad essere più diffusa, non limitata all'area genitale, e più difficile da misurare di quella maschile. Inoltre, le donne hanno delle fantasie sessuali che comportano una presenza maggiore di temi connessi all'affetto e all'impegno: ciò porterebbe a una differenziazione rispetto agli stimoli in grado di innescare reazioni di eccitamento sessuale. Il disturbo dell'eccitazione sessuale femminile è una persistente o ricorrente incapacità di raggiungere o mantenere fino al completamento dell'attività sessuale, un'adeguata risposta di eccitazione sessuale con lubrificazione-tumescenza. La risposta di eccitazione consiste nella vaso congestione pelvica, lubrificazione ed espansione vaginale, e nella tumescenza dei genitali esterni. L'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonale. Gli aspetti psicologici della sessualità femminile, si evidenziano in modo particolare in questa fase. La relazione con il partner, le differenti modalità di piacere erotico, il timore di una gravidanza indesiderata, la scarsa consapevolezza corporea, l'ansia,

caratterizzano e modulano la capacità della donna di abbandonarsi e apprezzare le sensazioni piacevoli che portano all'eccitazione.

**Disturbo Maschile dell'Erezione:** corrisponde alla disfunzione sessuale maschile più frequentemente trattata nel mondo, è una condizione che può essere cronica o transitoria che esercita un impatto negativo sull'autostima del maschio e su quasi tutti i domini della sua vita, come le dinamiche interpersonali, familiari, relazionali e professionali. Viene definita come l'incapacità del soggetto di sesso maschile a raggiungere o mantenere un'erezione sufficiente a condurre e portare a termine un rapporto sessuale soddisfacente.

I fattori psicologici possono essere immediati o situazionali, come l'ansia da prestazione, gli eventi di vita recenti o fattori che hanno riguardato lo sviluppo del soggetto nell'infanzia o nell'adolescenza. La DE può anche derivare da fattori combinati quando si può ragionevolmente supporre che una condizione medica generale o l'abuso di determinate sostanze abbiano potuto favorire l'emergere della disfunzione, ma non è possibile ritenerle come uniche cause. In alcuni soggetti possono sperimentare una disfunzione erettile a seguito di temporanee situazioni di vita stressanti. In tutte queste situazioni l'attribuzione delle cause della DE deve essere approfondita contemporaneamente e non per esclusione successiva come spesso avviene, con indagini specifiche derivanti da diverse discipline.

## **Disturbi dell'orgasmo**

**Disturbo dell'orgasmo femminile:** la caratteristica fondamentale del

disturbo dell'orgasmo femminile è un persistente o ricorrente ritardo, o assenza, dell'orgasmo dopo una fase normale di eccitazione sessuale. Le donne mostrano un'ampia variabilità nel tipo e nell'intensità della stimolazione che induce l'orgasmo. La diagnosi di disturbo dell'orgasmo femminile dovrebbe basarsi sulla valutazione del clinico che la capacità di orgasmo della donna sia minore di quanto ci si aspetterebbe per età, esperienza sessuale e adeguatezza della stimolazione sessuale ricevuta. L'anomalia causa notevole disagio o difficoltà interpersonali.

### **Disturbo dell'Orgasmo Maschile:**

**Eiaculazione Precoce** : è una persistente o ricorrente attività eiaculatoria prima della, o immediatamente susseguente alla penetrazione vaginale e prima che il soggetto lo voglia.

Le ipotesi eziopatologiche delle cause psicologiche dell' Eiaculazione precoce possono essere divise in tre gruppi:

*cause intrapsichiche* - Le teorie psicanalitiche considerano la precocità come un sintomo nevrotico le cui radici ritrovano nel vissuto del soggetto. Sembra che questa sintomatologia possa basarsi su un vissuto della partner ambivalente, accompagnato da inconsapevoli sentimenti sadici e punitivi da una parte, e dal consapevole desiderio di vivere rapporti dall'altra.

*cause diadiche* - Le difficoltà sessuali sono la manifestazione, inconsapevole, dei conflitti relazionali che possono pregiudicare l'attività sessuale.

*cause immediate* - sono quelle che si esprimono "qui e ora" e tra queste si citano la scarsa informazione, l'inconscia riluttanza alla sessualità, l'ansia, le difficoltà di comunicazione tra i partner, difese contro le sensazioni erotiche, l'associazione della sessualità a esperienze sessuali negative.

Inoltre studi più recenti hanno dimostrato che alla base dell'eiaculazione precoce primaria è sempre presente una componente organica.



**Eiaculazione ritardata:** la caratteristica fondamentale è un persistente o ricorrente ritardo o assenza dell'orgasmo dopo una fase di normale eccitazione sessuale.

un'eziologia maggiormente psicogena anche se non sono escluse le compromissioni organiche. All'interno delle cause psicologiche possono riscontrare aspetti sia intrapsichici che relazionali e comportamentali, spesso sono in interazione tra loro. Le basi del disturbo si costituiscono durante lo sviluppo psicosessuale e si manifestano in sintomi primari e generalizzati come fobia per lo sprema, aggressività inconscia, rabbia inespressa, ostilità

verso il femminile, angoscia relazionale...

Fra le cause relazionali troviamo la paura di abbandonarsi all'altro, di perdere il controllo, richieste eiaculatorie da parte della compagna, ansia da prestazione, bassa eccitazione, rifiuto inconscio alla procreazione.

## **Disturbi da dolore sessuale**

**Dispareunia:** è il dolore genitale ricorrente o persistente associato all'atto sessuale. È una sindrome tra le più inquietanti per il clinico perché mette in primo piano il significato del piacere e del dolore, entrambi componenti essenziali della nostra vita. Alcuni autori propongono, invece, di inserire la dispareunia tra i disturbi del dolore piuttosto che tra le disfunzioni sessuali. Inoltre raccomandano di trattare questo problema in équipe multidisciplinare per considerare i diversi aspetti del dolore: neurologici, muscolari, affettivi e relazionali. Secondo la loro esperienza, le donne che attribuiscono la causa della loro dispareunia a fattori psicosociali, tendono a riferire più alti livelli di dolore, maggiori disfunzioni sessuali, minore grado di soddisfazione di coppia al contrario delle donne che ipotizzano solo cause fisiche. Nell'accertamento diagnostico il dolore deve essere preso in considerazione come il punto centrale del disturbo. Inoltre ogni conflitto psicosessuale, di stress personale e ogni relazione difficile possono essere considerati come possibile causa o concausa del dolore o viceversa il dolore può portare a conflittualità e al rifiuto dell'attività sessuale.

**Vaginismo** è uno spasmo involontario ricorrente o persistente della muscolatura esterna della vagina che impedisce la penetrazione e che è fonte di personale distress. Le donne che sperimentano la contrazione involontaria dei muscoli che controllano il canale vaginale sono intolleranti alla penetrazione vaginale, ma alcune di loro possono sentirsi eccitate, lubrificate e sperimentare l'orgasmo con la stimolazione orale o manuale. Solitamente le donne che soffrono di questo disturbo, solo al pensiero, che stanno per essere penetrate, sperimentano una contrazione involontaria della muscolatura pelvica. Il rapporto di queste donne con la propria madre colpisce per l'intensità del vincolo: si tratta spesso di madri che hanno un ruolo centrale nella famiglia e che tendono a mantenere un controllo diretto o indiretto sulle figlie. Queste ultime, d'altra parte lo rinforzano comportandosi come bambine dipendenti e ubbidienti, piuttosto che come donne autonome.

Le teorie psicoanalitiche tendono a interpretare il vaginismo come un rifiuto del ruolo femminile, una resistenza contro la prerogativa sessuale maschile, una difesa contro i tentativi incestuosi reali o immaginati e/o una protezione della propria castrazione

Le disfunzioni sessuali, tanto per l'uomo quanto per la donna, possono riguardare una o più di queste fasi e possono essere "generalizzate", se riguardano tutti i partner e tutte le situazioni, o "situazionali", se sono limitate a un singolo partner o a una specifica attività sessuale. Si definiscono inoltre "primarie" se sono presenti fin dal primo rapporto sessuale, "secondarie" se compaiono ad un certo punto della vita.

## **Il modello biopsicosociale come riferimento teorico della terapia sessuale**

Il vissuto personale e relazionale del sintomo sessuale, come sottolineato anche dal DSM 5, è uno degli elementi più importanti che il clinico deve valutare e di cui deve prendersi cura. Nello specifico viene data una grande rilevanza al distress percepito rispetto alla sintomatologia sessuale (Althof, 2010; APA, 2013). Questi aspetti fanno riferimento non solo alla risoluzione della disfunzione, ma al concetto più generale di miglioramento della Qualità della Vita.

La sessualità è esperienza di integrazione per sua stessa natura: essa parla di corpi, sentimenti, emozioni, credenze, culture, pensieri, esperienze passate e desideri futuri, da soli ed in relazione fra essi. Inoltre, la terapia sessuale si differenzia da altri approcci per una serie di assunti (Almas e Landmark, 2010):

- il focus primario è il trattamento del sintomo sessuale;
- perseguendo l'obiettivo principale, il clinico si fa carico di aspetti contestuali, biologici e psicologici che possono influenzare il sintomo (fattori predisponenti, precipitanti, di mantenimento e di contesto);
- nel trattamento vengono impiegati una serie di tecniche e metodi psicologici, in sinergia fra loro per il miglioramento della condizione del paziente

Il modello BPS afferma che i fattori biologici (fisiologia, sintomatologia somatica, manifestazioni del corpo), psicologici (pensieri, emozioni e comportamenti) e sociali (economici, ambientali, relazionali e culturali) giocano tutti un ruolo significativo nel funzionamento umano, sia rispetto alla salute che alla malattia. Di conseguenza, in questa cornice, viene respinto l'algoritmo di trattamento unimodale che prescrive esclusivamente un trattamento biomedico o psicosociale per un problema sessuale.

L'eziologia e gli esiti di tutte le disfunzioni sessuali comportano una qualche combinazione di questi fattori e il trattamento dovrà tener conto di tutte le variabili coinvolte.

Il clinico dovrà osservare l'impatto della biologia, della psiche e dell'ambiente sociale sul sintomo, analizzando quindi un cluster di sistemi interagenti quando incontra un paziente. La sfida che il clinico deve affrontare è quella di trovare empaticamente le connessioni significative fra la storia del paziente e le difficoltà che porta in valutazione (Engel, 1997).

## **L'approccio integrato in sessuologia clinica**

Da quanto finora discusso, risulta chiaro che attualmente si tende a pensare che l'intervento clinico sulla sessualità debba rispettare un'impostazione di tipo psicosomatico e somatopsichico (Simonelli et al., 2010). Quando si parla di eziologia delle disfunzioni sessuali, occorre tener sempre presenti gli aspetti fisiologici, psicologici, relazionali e culturali, non solo nelle loro peculiarità, ma soprattutto nelle loro interazioni reciproche. Inoltre il concetto di somatopsichico amplia le impostazioni precedenti perché prende in considerazione anche le ripercussioni psicologiche che possono associarsi ad un sintomo sessuale con eziologia prettamente organica. Basti pensare al vissuto di un uomo che soffre di Disfunzione Erettile a causa di un grave problema vascolare. Probabilmente verranno esperiti anche sentimenti di inadeguatezza, depressione o frustrazione; inoltre la partner avrà un suo vissuto e sarà coinvolta la relazione di coppia. È compito del clinico prendere in carico questi aspetti che non possono essere risolti solo con la cura farmacologia del sintomo (Borràs-Valls e Gonzales-Correales, 2004).

Considerando proprio la relazione come punto di contatto fra il disagio individuale e quello relazionale, la terapia sessuale integrata predilige un lavoro con la coppia centrato sul binomio individuo-sistema; la maggior parte degli studi clinici dimostra che un trattamento che consideri anche gli aspetti relazionali ha più possibilità di rivelarsi efficace, anche a lungo termine, rispetto ad un trattamento medico o psicologico basato soltanto sulla risoluzione del sintomo (Perelman, 2006; Rowland, Cooper, 2011).

Basandosi sull'esperienza clinica e sulle ricerche empiriche, Althof e Leiblum (2004) hanno identificato una serie di fattori che sembrano essere predittivi di una prognosi favorevole:

- motivazione della coppia ad intraprendere un trattamento
- buona qualità della relazione di coppia
- attrazione fisica tra i partner
- motivazione dell'uomo ad ottenere risultati di successo

Viceversa, gli autori evidenziano quattro variabili che possono incidere sul drop-out:

- relazione conflittuale tra i partner
- basso livello socio-culturale
- scarsa motivazione del partner non disfunzionale al trattamento
- limitati progressi dopo il terzo incontro

Tuttavia, le terapie sessuali integrate possono essere portate avanti con successo anche con un paziente single o quando il partner di una coppia non è disponibile al trattamento. In questo caso si lavorerà sullo stile relazionale del paziente e non soltanto sul miglioramento della sua performance sessuale (Simonelli et al., 2010).

Questi presupposti hanno consentito di creare nuove possibilità terapeutiche con l'integrazione di approcci teorici e strumenti clinici diversi: farmaci, consulenza sessuale, interventi psicoterapeutici ad orientamento psicodinamico, cognitivo comportamentale, sistemico-relazionale, mansioni, tecniche di rilassamento, in modo da individuare piani

di intervento efficaci che si adattino alle esigenze della persona piuttosto che ai principi di un determinato modello (Ramsay, 2001; Rowland et al., 2008)

## **Assessment**

Per condurre un assessment in maniera completa, in modo da ottenere tutte le informazioni necessarie non solo per una corretta diagnosi ma anche per impostare il trattamento più adeguato alla situazione, è necessario andare ad indagare 4 ambiti: cognitivo, comportamentale, emozionale e biologico. Valutare i processi cognitivi del paziente risulta il primo passo di fondamentale importanza, in quanto l'interpretazione che l'individuo dà ai propri pensieri, alle proprie emozioni e ai comportamenti che ne derivano porta ad altri pensieri, emozioni e comportamenti, creando così un circolo che si autoalimenta

Tali interpretazioni derivano sia dagli schemi di sé e dagli schemi interpersonali, sia dal sistema di valori e di credenze che l'individuo ha elaborato negli anni (Dèttore, 2003).

Nello specifico gli aspetti cognitivi che è necessario indagare in fase di assesment sono:

- Identità di ruolo e di genere
- Immagine del partner
- Sistemi di aspettative, valori e convinzioni

Innanzitutto, quindi, occorre indagare se il paziente si sente persistentemente appartenente a uno dei due sessi oppure se si sente ambivalente, e il modo in cui esprime tale appartenenza (conformandosi agli

stereotipi maggiormente vigenti oppure no, e in tal caso per quale motivo cerca di allontanarsene).

Per quanto concerne l'**immagine di sé**, questa deriva dagli schemi cognitivi di sé che portano il soggetto a valutarsi in base alle proprie capacità e al proprio valore in aree diverse; tali schemi derivano da esperienze precedenti di vita, tra le quali di particolare importanza è quella dell'attaccamento. Questi schemi possono essere sia positivi (derivanti da esperienze positive che ci hanno fatto percepire noi stessi come validi e capaci) che negativi (derivanti da situazioni che abbiamo avuto la percezione di non riuscire ad affrontare adeguatamente e che quindi abbiamo vissuto come fallimenti).

Schemi positivi e negativi sono attivi contemporaneamente e a seconda delle situazioni che viviamo e del modo in cui le percepiamo, si attivano gli uni o gli altri. Nel momento in cui facciamo riferimento alle relazioni con gli altri, entrano in gioco invece gli schemi interpersonali, che allo stesso modo derivano da esperienze precedenti e che guidano il nostro comportamento in base all'immagine che abbiamo degli altri (per esempio, ci possiamo fidare o meno degli altri ecc.).

L'immagine che abbiamo di noi stessi, quindi, è costituita da una serie di schemi, tra cui anche quelli riguardanti la sfera sessuale, che sono quelli che ci interessano maggiormente in questo contesto; per cui dovremmo andare ad indagare se il paziente crede di essere piacevole fisicamente o meno, le abilità interpersonali che ritiene di avere (per esempio, abilità relative alle attività sessuali e al corteggiamento) e se è consapevole di tutto quello che può contribuire o meno alla sua eccitazione. È quindi necessario indagare le aspettative, i valori e le convinzioni che il paziente ha riguardo alla sessualità e al suo ruolo di genere. Ciò è di fondamentale importanza perché molto spesso, per ignoranza o per idee irrazionali derivanti spesso dalla religione, o a causa di insegnamenti errati e ormai superati, il paziente può sviluppare delle paure, dei timori che possono poi sfociare in veri e propri disturbi relativi all'area sessuale. Queste idee irrazionali possono portare ad autentici evitamenti cognitivi indotti dall'ansia.

Nella cultura religiosa occidentale molto spesso la sessualità viene associata al peccato e ciò contribuisce sicuramente al fatto che molte

persone non riescano a vivere con serenità questo aspetto importante della loro vita.

Altro aspetto da non sottovalutare è il fatto che spesso prevalga l'idea che le zone genitali siano sporche proprio perché connesse agli organi escretori, e quindi necessitino di continua igiene e pulizia.

A ciò si aggiunge la preoccupazione per le malattie sessualmente trasmissibili, preoccupazione che può portare anche a conseguenze negative rilevanti nell'area della sessualità. Infine il terapeuta dovrebbe riuscire a individuare, durante la fase di assessment, se sono presenti nel paziente, o all'interno della coppia, due convinzioni molto pericolose.

La prima, ampiamente diffusa tra gli uomini, riguarda la **connessione tra prestazione sessuale e virilità**: il rapporto sessuale viene visto come un modo per mostrare la propria mascolinità e virilità, e ciò induce elevati livelli di ansia da prestazione che si ripercuotono poi negativamente non solo sul rapporto sessuale in sé, ma anche sulla coppia e sull'idea che l'individuo ha relativamente a se stesso. L'altro aspetto molto preoccupante che dev'essere indagato dal terapeuta e sul quale sarà in seguito necessario un intervento specifico concerne il fatto che spesso il sesso all'interno della coppia possa essere usato come un mezzo per premiare o punire il partner riguardo a comportamenti che esulano dalla sfera sessuale. Questo comportamento può diventare alquanto pericoloso perché pone il sesso appunto come un premio o una punizione, invece che come una parte naturale del rapporto di coppia.

L'ultima tipologia di convinzioni che dobbiamo indagare riguarda il **piacere**. Purtroppo nella nostra cultura il piacere viene spesso connotato negativamente, come connesso al peccato (convinzioni religiose) oppure come conseguenza della perdita di controllo (considerato, quindi, come estremamente pericoloso da tutte quelle persone che ritengono necessario avere sempre tutto sotto controllo per sentirsi capaci). Un'altra convinzione connessa al piacere che dobbiamo indagare fa riferimento a un aspetto che apparentemente può essere letto in termini positivi: ci riferiamo a tutte quelle persone (soprattutto di sesso maschile) che affermano di riuscire a provare piacere solamente dopo che il/la partner è riuscito/a a provarlo. Tale convinzione è assai pericolosa per due motivi: innanzitutto perché induce un'elevata ansia da prestazione dell'individuo,



secondariamente perché, se ricambiata anche dalla partner, porta inevitabilmente a un mancato raggiungimento dell'orgasmo, con conseguente insoddisfazione, da parte di entrambi i membri della coppia.

Per quanto riguarda le abilità di **decision-making** e **problem-solving**, è importante che il terapeuta valuti se il paziente possiede tali fondamentali abilità, e nel caso dovrebbe provvedere a insegnarle al paziente, anche proprio attraverso il processo stesso della terapia, ponendosi come modello da imitare.

Per quanto concerne, invece, l'ambito comportamentale, risulta molto importante indagare il repertorio sessuale in possesso dalla coppia, in quanto molto spesso la ripetitività dovuta a un ristretto repertorio può indurre problemi sostanziali all'interno della coppia stessa. Oltre quindi a indagare le modalità utilizzate per raggiungere il piacere sessuale, e altri aspetti specifici, come per esempio la capacità di mettere in atto un comportamento seduttivo, si rivela ben importante anche indagare le abilità sociali in senso più ampio, come per esempio il saper chiedere un appuntamento, la mimica facciale e il linguaggio non verbale in sintonia o meno con il linguaggio verbale, il fare o ricevere complimenti, e abilità comunicative come per esempio l'essere in grado di dare feedback adeguati e coerenti.

Tutte queste abilità relative al repertorio comportamentale devono essere adeguatamente indagate dal terapeuta in modo che poi, durante il trattamento, una parte possa essere dedicata all'insegnamento di quelle assenti e parallelamente si possano sfruttare quelle che l'individuo possiede già. Ultimo aspetto da indagare riguardo all'ambito comportamentale è la presenza o meno di **condotte di evitamento** che il paziente metta in atto per allontanarsi da situazioni sessuali temute. Tale atteggiamento potrebbe essere interpretato dal partner come un evitamento nei suoi confronti e portare quindi a un fraintendimento in grado di causare problemi all'interno della coppia.

A livello emozionale, un primo importante aspetto da indagare è relativo alle variabili personologiche. A tale scopo facciamo riferimento, in virtù della grande quantità di studi su cui si fonda, alla teoria di Eysenck (Eysenck e Rachman, 1965), la quale suddivide i soggetti in introversi ed estroversi: gli individui introversi si distinguono per elevati livelli di

attivazione fisiologica endogena spontanea, risultando così più facilmente condizionabili e quindi anche maggiormente predisposti alle nevrosi; gli estroversi, invece, sono caratterizzati da una minore attivazione interna e quindi, essendo meno facilmente condizionabili, risultano più predisposti a turbe comportamentali di tipo delinquenziale o antisociale. Risulta dunque importante individuare l'intensità delle reazioni di arousal del soggetto, in quanto, se si presenta a livelli troppo elevati, può interferire con le prestazioni dell'individuo. È inoltre importante comprendere quali sono le attività o gli stimoli che possano indurre attivazione ansiogena o sessuale nel soggetto. In alcuni casi può essere utile anche chiedere esplicitamente al paziente se si sente a disagio oppure se prova sentimenti ed emozioni spiacevoli alla vista o al pensiero di oggetti, aspetti o atti connessi alla sessualità, come per esempio la nudità, la pornografia, l'accarezzare o l'essere accarezzati, il baciare o l'essere baciati, l'omosessualità, fantasie o sogni erotici, il vedere o il toccare i propri o altrui genitali ecc. Infine non dobbiamo dimenticarci che i problemi nella sfera sessuale possono essere dovuti non solo a stimoli o situazioni che inducono elevata eccitabilità, ma anche a stimoli che non ne inducono abbastanza, anche nei casi in cui si faccia riferimento a stimoli o situazioni che invece precedentemente inducevano nel soggetto elevati livelli di arousal ma che possono aver perso il loro "potere" per assuefazione oppure perché sono stati associati, e quindi condizionati, a degli stimoli negativi per l'individuo.

Tutte le considerazioni fatte in questo paragrafo sono quelle a cui bisogna far riferimento ogni volta che si vuole trattare un disturbo di tipo sessuale e necessariamente se si vuole utilizzare l'ipnosi.

### Capitolo 3

# Trattamento delle disfunzioni sessuali con Ipnosi

Prima di parlare di come l'ipnosi può essere utilizzata nel trattamento delle disfunzioni è necessario sottolineare l'importanza della relazione tra psicoterapeuta e paziente.

Nell'ipnosi questo aspetto è fondamentale, proprio perché il paziente deve potersi fidare, affidare e anche abbandonarsi, senza alcun timore.

Le persone esprimono un disagio e di frequente non ne conoscono i motivi, ma ciò che soffrono è connesso al loro modo di pensare ed agire, alle idee, spesso non consapevoli, che hanno costruito di sé e del mondo. Modificare una propria opinione, un atteggiamento, un comportamento, un aspetto della personalità, modo di essere, di rapportarsi con gli altri è un compito difficile un'impresa ardua; ne sono abitualmente coinvolte esperienze precoci, memorie implicite, inconsci convincimenti emotivi.

Il terapeuta deve fundamentalmente saper orientare, accompagnare, sostenere il paziente verso un cambiamento o una condizione che costituisca (per il paziente) una soluzione, la più adeguata possibile alle sue difficoltà psichiche ed esistenziali.

Il processo psicoterapeutico si basa essenzialmente sul cambiamento e permette al paziente di essere più consapevole di sé, della sua storia e delle sue prospettive, dei suoi limiti, delle sue forze e fragilità, del proprio modo di funzionare e di vivere, di affrontare meglio l'avventura esistenziale, in termini di sicurezza, di coraggio, di strategie cognitive, di controllo e resilienza emotiva, di curiosità. Un percorso terapeutico favorisce il paziente a sostenere con maggior determinazione e adeguatezza le proprie difficoltà, ad accettare e convivere dignitosamente con i propri disturbi o disabilità, a contenere determinati sintomi, a chiarire un'area o un tema della vita relazionale, della condizione esistenziale contingente, a dipanare e confrontarsi adeguatamente con un problema emergente.

L'ipnosi utilizzata all'interno del processo terapeutico, permette di velocizzare i tempi del cambiamento.

Si tratta di uno stato di coscienza modificato provocato da un livello di concentrazione intensa indirizzata su un ( monoideismo plastico ) unico pensiero.

Il monoideismo plastico non è altro che un pensiero o un'idea che si realizza. Infatti quella concentrazione permette al soggetto ipnotizzato, attraverso le sue potenzialità di sperimentare delle percezioni sia emotive che sensoriali, che gli permettono di vivere un determinato cambiamento, sia nella mente che nel corpo.

Franco Granone 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 tra questo e l'ipnotizzatore.

Granone sottolinea questo aspetto molto importante del rapporto tra paziente e ipnotizzatore, nel nostro caso lo psicologo, che effettivamente deve essere in grado di cogliere la modalità in cui il paziente vive il mondo, riuscire ad accogliere il suo dolore o il suo disagio, attraverso un ascolto attivo e partecipato, sospendendo ogni tipo di giudizio. Inoltre deve comprendere che funzione ha quel sintomo, "cosa" sta esprimendo e soprattutto "come" lo sta facendo. Il paziente deve avere piena fiducia, per lasciarsi andare a questa tecnica e a tal proposito è fondamentale informarlo e renderlo partecipe di come si procederà.

L'ipnotizzatore inoltre deve essere sicuro di quello che andrà a fare e coerente, perché ogni forma di discrepanza o di incertezza potranno influire negativamente sul risultato.

## **Processo ipnotico**

Il processo ipnotico così come ho imparato nel corso di Ipnosi clinica e comunicazione ipnotica, è costituito da diverse fase ognuna delle quali assume una specifica funzione:

**Intervista:** è la parte menzionata precedentemente, cioè quella in cui lo psicologo raccoglie tutte le informazioni che sono necessarie a porre poi degli obiettivi e che indicano quale direzione prendere e come muoversi.

Questa è la fase in cui il paziente, parla di sé, del suo mondo e del suo dolore ed è proprio attraverso l'intervista, che si riescono ad intuire quali sono le parole chiave, quali sono i suoi punti critici e quali le risorse, e infine fondamentale, qual è il suo canale di comunicazione predominante (visivo, auditivo o cinestesico).

Nel lavoro terapeutico questa fase può durare anche più di un incontro perché è necessaria a costruire un rapporto di fiducia.

**Contratto:** è la fase in cui lo psicologo cerca la cooperazione del paziente e decide con lui quali obiettivi perseguire e in quale modalità. Quindi lo psicologo spiegherà, cos'è l'ipnosi, fisiologicamente cosa succederà al suo corpo e alla sua mente, cercando di trasmettere tranquillità e sicurezza. Sappiamo che l'aspettativa del paziente è già una profonda forma di induzione, dato che proprio il bisogno comporta la realizzazione di quell'aspettativa.

**Induzione:** le induzioni sono quelle che permettono al paziente di raggiungere uno stato di rilassamento e di forte concentrazione su percezioni sensoriali, che possono essere esterne al paziente (rumori, temperatura dell'aria) o interne (la sua respirazione)

Per rafforzare la fiducia al paziente viene comunicato anche ciò che vede o che sente lo psicologo, ossia delle affermazioni vere. (vedo che i tuoi occhi sono chiusi, le tue mani sono appoggiate sui braccioli della sedia)

**Ricalco:** è il procedimento mediante il quale rimandiamo al paziente per retroazione, con il nostro stesso comportamento, il comportamento e le strategie che abbiamo osservato in lui (Trattato di ipnosi Di Franco Granone) es. "puoi sentire l'aria che entra e l'aria che esce"

**Suggerimento di modifiche percettive:** l'operatore induce il paziente a stimolare dei cambiamenti di tipo di percettivo. Inizialmente si

suggeriscono modifiche di percezioni sensoriali, utilizzando anche la ratifica e la sfida.

La ratifica serve a convalidare la modifica di quella percezione...( e ora che sei profondamente rilassata...), mentre la sfida rende consapevole il paziente della potenza di quella modifica sensoriale... (così rilassata che se ti chiedo di aprire gli occhi, non ci riusciresti e se anche ci dovessi riuscire, le palpebre torneranno a chiudersi immediatamente).

Questa pratica permette al paziente di raggiungere la trance più profondamente.

**Suggestione:** è il momento centrale dell'ipnosi, quando il soggetto è pronto attraverso la guida del terapeuta, a rievocare immagini, oppure a crearne delle nuove. E' la fase più creativa, dove possono essere utilizzate fiabe o metafore, dove tutto è possibile, anche superare dei blocchi emotivi o fisici. Rivivere dei ricordi o recuperare risorse, energia e anche elaborare traumi e vederli sotto una prospettiva diversa.

**Ancoraggio:** è la possibilità che viene offerta al paziente di ritornare in trance, attraverso uno stimolo sensoriale, per raggiungere nuovamente quello stato di benessere, ogni volta che ne sente il bisogno. E' un modo per permettere al paziente di sperimentare l'autoipnosi e rafforzare tutti gli stati d'animo evocati, oppure il cosiddetto "luogo sicuro" e diventare autonomo nella gestione delle sue risorse o potenzialità.

**Ritorno nel "qui e ora" o coscienza vigile:** si riporta il paziente nel qui e ora, con calma rispettando i suoi tempi.

Dopo il ritorno allo stato di coscienza vigile c'è un'ulteriore intervista, in cui si esorta il paziente a raccontare la sua esperienza e a condividere le sensazioni provate, i cambiamenti interiori percepiti.

L'ipnosi può essere utilizzate nei vari momenti della terapia:

tra le prime sedute per raccogliere informazioni circa quali possano essere, i punti di forza e le criticità nel paziente.

Durante il percorso per sperimentare dei veri e propri cambiamenti

Verso la fine per aprire nuove prospettive e possibilità nella vita del paziente.

A facilitare questo processo troviamo la metafora, ampiamente utilizzata in ipnosi, che con la sua funzione trasformativa, riesce ad aprire nell'immaginario del pazienti nuovi scenari densi di significato.

## La metafora

*Metafora* (dal greco μεταφορά, da metaphérō, «io trasporto») è un tropo linguistico e si ha quando, al termine che normalmente occuperebbe il posto nella frase, se ne sostituisce un altro la cui "essenza" o funzione va a sovrapporsi a quella del termine originario creando, così, immagini di forte carica espressiva. La metafora differisce dalla similitudine per l'assenza di avverbi di paragone o locuzioni avverbiali ("come").

Non è totalmente arbitraria: in genere si basa sulla presenza di un rapporto di somiglianza tra il termine di partenza e il termine metaforico, ma il potere comunicativo della metafora è tanto maggiore quanto più i termini di cui è composta sono lontani nel campo semantico. In semantica

la *metafora* è più propriamente il processo per cui una parola si arricchisce di nuovi significati, per estensione.

L'uso della metafora è essenziale al linguaggio umano, in quanto consente di trasmettere pensieri e concetti altrimenti difficili da comunicare.

La metafora è stata considerata, come elemento di studio, di approfondimento e d'uso della retorica, dell'arte antica del bel parlare e della capacità di persuadere. Il suo uso, inizialmente poetico e persuasivo, si è esteso nel tempo, a tutte le discipline.

Di metafora, si sono interessati retori e filosofi del passato, quali Isocrate, Cicerone, Sant'Agostino, Aristotele.

E proprio quest'ultimo ha sostenuto che: « *La metafora consiste nel trasferire ad un oggetto il nome che è proprio di un altro: e questo trasferimento avviene, o dal genere alla specie, o da specie a specie, o per analogia.*»

A riprendere e ampliare la definizione di metafora, di Aristotele, fu Turbayne in **The Myth of Metaphor** (1970), fece notare che la metafora non deve necessariamente essere espressa in parole, ma può essere comunicata anche con dei segni. Pertanto, il quadro di un pittore o il gioco di un bambino può essere considerato espressione metaforica.

La metafora è, da sempre, un elemento essenziale nella comunicazione umana. Racconti e aneddoti sono stati continuamente adottati per trasmettere messaggi specifici. Molteplici, sono le metafore che ci accompagnano negli anni. Fra queste, ricordiamo in poche righe le più resistenti nel tempo: i racconti tramandati con la Bibbia.

La Bibbia, utilizza un linguaggio spiccatamente metaforico e persuasivo atto a trasmettere messaggi su concetti da sempre indispensabili nella vita dell'uomo, come il bene e del male.

Secondo Freud il pensare per immagini sta più vicino ai processi inconsci di quanto lo sia il pensare per parole, quindi le immagini metaforiche, sono una forma di pensiero attraverso la quale i processi inconsci vengono espressi. Nel saggio del 1907 Freud parla di "ars poetica", come particolare e segreta dimensione inconscia, con la quale il poeta o l'artista supera ogni ripugnanza,



ogni dolore, ogni barriera sia del suo mondo interno sia della sua relazione esterna.

Scondo Jung, l'immagine indotta emotivamente è l'organizzatore principale della mente umana; mito e archetipo sono immagini metaforiche universali. Sia il concetto di Jung di archetipo inteso come metafora universale, sia i miti della cultura umana rivelano immagini metaforiche universali; ciò indica che mito e archetipo si riferiscono ad una precisa dimensione dell'esperienza umana: la struttura metaforica della realtà trans-culturale. Una somiglianza e una continuità tra la struttura individuale e quella universale dell'esistenza umana è compatibile con l'affermazione che la realtà individuale, sociale, trans-culturale è strutturata metaforicamente. Nella teoria delle Relazioni Oggettuali il sé può essere una immagine rappresentazionale interna, che di solito trae origine dall'area affettiva; la metafora e la struttura metaforica della realtà di una persona esprimono anche una somiglianza tra relazioni sé-oggetto interne (intrapersonali) ed esterne (interpersonali). Il discorso metaforico di un paziente può rilevare le dinamiche psicologiche del sé, per esempio "sto andando in pezzi" è una metafora intrapersonale.

In psicoanalisi la metafora è considerata un fenomeno regressivo, un avvicinamento all'atto terapeutico che è l'interpretazione.

Le interpretazioni metaforiche mirano a catturare l'esperienza e il pensiero del paziente nel linguaggio di quest'ultimo senza andare oltre a ciò che il cliente ha detto, hanno le maggiori probabilità di essere accettate da lui. Sia la mente che il corpo sono unificati all'interno della struttura metaforica della realtà individuale. Per Stern trovare la metafora terapeutica chiave è l'obiettivo della psicoterapia psicoanalitica per comprendere e cambiare la vita di un individuo.

Erikson per primo esplorò l'uso di storie e aneddoti come metafore, la sua popolarità ha portato molti a considerare gli aneddoti l'unico modo per utilizzare le metafore in terapia.

Di fronte ad un intervento paradossale il pensiero cosciente del paziente è sovraccaricato dalla logica illogica del paradosso; il paziente si trova in un processo di ricerca mentale.

L'approccio ericksoniano utilizza la metafora per comunicare con i processi inconsci del cliente, per attivarli e per spostare ed elaborare le informazioni da una conoscenza verbale-logica ad una immaginifico-analogica. Per Erickson è il terapeuta che costruisce aneddoti, che contengono metafore simili alla situazione reale; inoltre l'aneddoto ha un obiettivo di trattamento specifico. Per ciò che riguarda le metafore, Erickson le adoperava anche nell'ipnosi per indurre un maggior successo. Convinto, che il comportamento del terapeuta deve adeguarsi alle singole persone che entrano in terapia, non ha mai cercato di adattare tutti i pazienti allo stesso modello terapeutico; con alcune persone ha usato termini piuttosto pesanti, con altre invece ha detto le cose in modo che il paziente si rendesse conto solo più tardi del loro significato; così in alcuni casi ha dimostrato che si può discutere apertamente di taluni argomenti, mentre in altri casi è preferibile affrontare il problema indirettamente e lasciare che sia il paziente a scoprire l'oggetto della discussione. Erickson era persuaso dall'idea che una persona poteva imparare molto quando riusciva a superare delle avversità perciò, quando aveva a che fare con qualcuno con scarsa stima di sé e che non riusciva a trovare stimoli per migliorarsi, spesso raccontava episodi della propria vita, sostenendo che le persone, cui il racconto metaforico era diretto, avrebbero potuto utilizzare il contenuto a modo proprio e coglierne i significati da applicare alla propria situazione.

I racconti metaforici possono parlare dei problemi della persona in un linguaggio simbolico, togliendo l'ansia che ne deriverebbe affrontando il problema direttamente. Non esiste la metafora buona per tutte le stagioni, ma esiste la metafora adatta a quella particolare situazione, per quella particolare persona. La metafora può favorire un processo di analogia e di identificazione, nonché d'apprendimento e d'elaborazione, e può diventare la base di un cambiamento.

## I livelli della metafora

Diversi autori (David Gordon, 1982, e Josef Barker, 1985) sono concordi nell'attribuire alla metafora diversi livelli interconnessi e interagenti.

Questi sono:

*Una struttura superficiale di contenuto:* una storia arricchita di ingredienti che catturano l'ascolto attento. All'interno di questo contenitore sono altresì significativi i personaggi, le loro avventure, le azioni e il loro concatenamento. All'interno della storia si inseriscono episodi che consentono all'ascoltatore di sperimentare nuove esperienze.

*Una struttura superficiale linguistica,* marcata dall'uso consapevole del linguaggio inerentemente suggestivo, ricco di simboli evocativi, di messaggi di rinforzo dell'io e di suggestione di cambiamento

*Una struttura profonda associata,* che può essere indirettamente rilevante e solo vagamente richiamare all'inconscio del destinatario eventi correlati con la sua storia personale

*Una struttura profonda recuperata dal fruitore,* che raggiunge le fibre più intime della personalità, promuovendo il cambiamento.

## Costruzione della metafora

Gordon (1978) individua tre fasi del processo di creazione di una metafora. In primo luogo occorre raccogliere le informazioni, ovvero indagare i soggetti coinvolti nella situazione ritenuta problematica: gli aspetti

caratteristici, il tipo di azione/reazione messe in atto, gli ostacoli che impediscono al paziente di mettere in gioco un atteggiamento più funzionale.

In secondo luogo c'è la costruzione della metafora vera e propria, ossia identificare il problema del paziente, definire l'obiettivo, delineare il contesto di riferimento e generare un simbolismo e un isomorfismo in grado di generare un'esperienza vicaria funzionale all'attivazione di ristrutturazioni con conseguenti soluzioni alternative. (Greenberg, Rice e Elliott, 2000).

L'ultima fase è quella della soluzione del problema, ovvero l'applicazione della metafora negoziata e rielaborata dal paziente affinché avvenga un cambiamento. Compito della terapia è proprio quello di facilitare l'elaborazione esperienziale ed emozionale piuttosto che quella concettuale, supportando il paziente a essere consapevole della propria modalità personale di essere nel mondo e di rapportarsi.

Il successo di una metafora dipende dalla sua capacità di riuscire a coinvolgere alcune componenti cognitive:

1. l'evocazione di contenuti visivi: una **metafora** veicola anzitutto un'immagine. E' come se il problema del paziente acquisisse più concretezza, più chiarezza, incarnandosi in una figura ben definita;
2. l'integrazione degli aspetti verbali e di quelli immaginativi; la capacità di integrare questi due aspetti permette, secondo Watkins (2008), di diminuire i rischi legati alla generalizzazione e alla scarsa risoluzione dei problemi.
3. la considerazione di più concetti contemporaneamente; La **metafora** stimola la capacità del soggetto di tenere in considerazione, nello stesso momento, due o più concetti diversi. Questo porta alla stimolazione del **problem solving** che è stimolato da una più ampia considerazione dei singoli aspetti di uno specifico problema al fine di connetterli o differenziarli;
4. la consapevolezza di punti in comune al di là delle differenze superficiali;

la **metafora** consente di creare un ponte tra un concetto astratto e un'immagine concreta e di recuperare da quest'ultima delle percezioni e delle sensazioni "dormienti" nella memoria storica emotiva della persona;

5. l'uso flessibile di più significati. Secondo Lakoff e Johnson (1980) una stessa **metafora** è portatrice di più significati che diventano salienti di volta in volta rispetto a un determinato paziente e in un determinato contesto.

## **Metafora nell'ipnosi**

Come abbiamo espresso nel processo ipnotico l'individuo nella trance riesce a raggiungere uno stato particolarmente creativo, in cui la metafora riesce ad essere più incisiva. Il profondo rilassamento, permette un abbassamento della razionalità, che favorisce i processi inconsci necessari a quel cambiamento.

Quindi se nella psicoterapia ordinaria, la metafora ha già il suo grande potere, possiamo immaginare quanto possa essere importante, sotto ipnosi. Attraverso la metafora è possibile rinforzare l'Io, ma anche acquisire nuove strategie così come già menzionato precedentemente.

Quando si è nella fase del contratto, ascoltare profondamente il paziente, vuol dire anche cogliere la metafora giusta, spesso sono loro stessi a fornirla.

Perché dentro ognuno di noi, c'è una soluzione, che a volte si percepisce appena e fa fatica ad emergere. Attraverso la metafora è possibile recuperare tutte le informazioni utili e con l'ipnosi spesso tutto diventa più chiaro e naturale.

## **L'uso delle metafore nella pratica clinica**

Saranno esposti ora due casi di disfunzioni sessuali, in entrambi i casi i pazienti sono venuti in terapia, per motivi legati a stati ansiosi. Solo successivamente hanno manifestato la preoccupazione per i loro disturbi di natura sessuale.

Nelle disfunzioni sessuali bisogna porre attenzione alle ferite che i pazienti hanno subito, quindi l'abbandono, il tradimento e l'umiliazione, spesso sono i temi preponderanti.

Generalmente, quando mi occupo di un paziente io mi pongo alcune domande: cosa mi sta chiedendo? qual è il suo bisogno? Cosa funzionava e non funziona più? Quale ferita ha subito?

### **Il caso di Carlo**

Carlo mi contatta perché da diversi mesi non riesce a dormire, in quanto in preda di forti stati ansiosi, che vive soprattutto la notte.

Carlo (nome di fantasia) è un uomo di 53 anni, che nella vita fa il meccanico e ha due figli di 21 e 23 anni. Sembra che il suo lavoro ed i suoi figli riescano

a dargli molta soddisfazione. Tra l'altro è una persona molto socievole, frequenta un gruppo con cui il sabato sera va a cantare al Karaoke. Ha diversi hobby, ma quello che lo nutre di più è l'arrampicata, sembra che quando si arrampica si senta connesso con tutto il creato e che in quei momenti si senta particolarmente forte ed energico.

Carlo è un uomo di statura media, che si muove velocemente e con sicurezza, quando entra nel mio studio, prende subito posto ed è piuttosto disinvolto. Inizia subito a descrivere la sua ansia serale. Noto però che parla molto velocemente, sembra non riuscire a prendere fiato, tra una parola e l'altra. Tra l'altro mentre sta seduto continua a muovere le gambe e non riesce a stare fermo.

Gli faccio notare, che il suo respiro è quasi soffocato, vorrebbe dirmi tutto... e' come se le parole dovessero rincorrere le immagini, che nella mente sono veloci e confuse.

Gli dico di stare calmo e di fare un respiro profondo, perché sono lì ad ascoltarlo e dopo una breve pausa gli chiedo "Chi è Carlo?"

Resta un attimo perplesso... vedo il suo sguardo disorientato e immediatamente scoppia in un pianto disperato. Cerca di giustificarsi, ma io lo esorto a lasciare uscire quel dolore, che chissà per quanto tempo è stato compresso dentro di lui.

Effettivamente Carlo sa quando ha iniziato ad avere questi stati d'ansia, ma non lo vuole accettare ... e' arrabbiato con se stesso.

Sembra che sei mesi prima nel corso di una relazione molto passionale e intensa, sia stato lasciato dalla sua compagna senza alcun motivo e senza che ci fossero state crisi particolari. Sarebbero dovuti andare insieme ad un pranzo, ma lei è sparita senza più farsi sentire e vedere.

Carlo non sa cosa sia successo, sa che lei sta bene, continua a fare la sua vita e lui non ha avuto possibilità di sapere niente perché lei gli nega ogni tipo di contatto. Egli ha cercato spiegazione nei suoi familiari, ma sembra che nonostante la famiglia con lui avesse buoni rapporti, tutti fossero caduti in un'omertà che definisce "incomprensibile e ingiusta".

Due ferite forti sono emerse in lui, quella dell'abbandono e quella del tradimento, perché questa donna non gli ha offerto nessuna possibilità, nonostante lui definisse il loro rapporto molto intimo. "Pensavo che per me

lei non avesse segreti e invece mi ha lasciato ferocemente, con un silenzio così assordante, da farmi impazzire" queste sono le sue parole.

Cosa si è portata via Luana (nome di fantasia)? Gli chiedo e Carlo mi risponde "l'amore, la passione, la complicità... e poi con lo sguardo perso... ma anche la mia sicurezza, la forza.... Io non capisco più, se sono in grado di capire le persone, le situazioni.... non sono più affidabile.... Continuo a pensare a tutti i momenti passati insieme.... forse ho sbagliato qualcosa... ma non lo so mi sento confuso!"

E' chiaro che Luana si è portata via la sua autostima, la sua fiducia in sé , ma anche la fiducia negli altri.

Dopo diverse sedute in cui Carlo raccontava cosa era cambiato in lui da quel momento in poi, è emerso anche che 21 anni prima era rimasto vedovo, di una donna che amava tantissimo e che era deceduta per un brutto cancro che l'ha consumata in pochi giorni e anche lei lo aveva abbandonato in un momento bello della loro vita, il loro secondo figlio aveva pochi mesi.

L'esperienza della perdita in questa persona non era cosa nuova, ho immaginato che la sofferenza che ha provato nel venir lasciato, fosse stata amplificata da questo precedente evento. Tuttavia utilizzando le tecniche ipnotiche del rinforzo dell'Io siamo riusciti a superare quegli stati d'ansia, la notte riusciva a dormire e nel frattempo aveva anche ripreso una frequentazione con una sua vecchia fiamma.

Carlo aveva una grande capacità a lasciarsi andare, era riuscito a trovare il suo posto sicuro e con l'ancoraggio riusciva ad utilizzare l'autoipnosi, nella vita quotidiana, quando si presentava qualche difficoltà. Era entusiasta di questa tecnica.

Sembra però che durante questa nuova frequentazione, abbia iniziato ad accusare un disturbo, che non aveva mai avuto prima.

Nell'atto sessuale riusciva ad avere l'erezione, ma decadeva poco prima di arrivare all'orgasmo, lasciandolo nella frustrazione e nello sconforto.

Continuava a ripetermi che non gli era mai successo e che aveva fatto indagini presso un urologo e tutti gli esami e i valori risultavano perfetti.

Come sostenevo precedentemente il corpo parla e quel sintomo non fa che raccontare il trauma che ha vissuto Carlo, che nei momenti più intensi della sua vita ha avuto delle perdite così importanti, ha perso la gioia e la voglia



di vivere e la paura di quel trauma, non gli permetteva più di lasciarsi andare.

In questo caso non ho considerato la relazione e la coppia, perché in realtà è evidente che il problema riguardasse solo Carlo.

Come avevo già accennato Carlo amava fare le arrampicate e le faceva con le sue forze, lì era solo con se stesso che sfidava la natura.

Abbiamo deciso di utilizzare l'ipnosi per superare questo ostacolo, ha scelto proprio lui la metafora della scalata, perché effettivamente una scalata richiede forza, controllo della muscolatura, grande motivazione ad arrivare alla vetta, l'aspettativa di un panorama incantevole dove immergersi .

Abbiamo iniziato l'ipnosi utilizzando la focalizzazione del respiro, Carlo era già abituato ad andare in trance quindi questa fase è stata piuttosto breve. Gli ho fatto visualizzare questa parete dal basso verso l'alto, ne ho descritto tutti i dettagli... le rocce, i fiori, il vento tra i capelli e gli uccelli che svolazzano... Ho cercato di rievocare in lui tutte le sensazioni che mi aveva precedentemente descritto: La voglia di arrampicarsi, l'adrenalina, tutte le difficoltà nello scalare le rocce, l'intuito a scegliere la roccia giusta su cui aggrapparsi. Lui era lì a scalare quella parete, notavo sul suo viso la tipica espressione di una persona intenta a fare qualcosa che gli piace profondamente. E lui saliva sempre di più, sempre di più e guardando sotto si accorgeva di quanta strada avesse fatto e questa visione lo portava ad essere ancora più motivato ad andare avanti.

Fino ad arrivare alla vetta, stanco, ma felice ed entusiasta di aver finalmente raggiunto la sua meta...luogo in cui poi si è lasciato andare e dove poter godere di quello scenario che quell'altezza gli offriva. Fiero di sé, perché ha potuto far presa sulle sue forze, superando tutte le difficoltà.

Nell'intervista post ipnosi, Carlo sostiene che ha sentito qualcosa sbloccarsi dentro di lui, proprio quando l'ultima roccia lo ha portato alla vetta, ha sentito che poteva lasciarsi andare, che meritava di godersi quel panorama e quelle belle sensazioni che si provano solo rischiando.... solo vivendo.

In questo caso l'arrampicata era la metafora dell'atto sessuale, che fino a quel momento per lui non era stato mai un problema. In questo caso la

metafora coincide con un'esperienza di vita, pertanto Carlo è riuscito a riconoscere in sé delle qualità importanti, quali la determinazione, il coraggio, la fiducia in se stesso e nello stesso tempo ha avuto modo di rievocare un atto per lui assolutamente naturale e senza ostacoli.

## **Il caso di Giulia**

Giulia ha 36 anni e lamenta una sorta di malessere nella vita quotidiana, quando si alza ha forti stati d'ansia, poi ad un certo punto della giornata, le passano, ma non riesce mai a raggiungere un vero e proprio benessere. Giulia è una neo mamma e ha dei forti sensi di colpa perché non riesce a vivere la sua maternità con serenità e gioia.

Giulia è una donna ben curata, alta e magra... percepisco che è un po' insicura, nei movimenti si presenta piuttosto disorientata.

Le chiedo dove preferisce sedersi (sedia, divano o chaise longue)... Si avvicina al divano, e mi guarda come se cercasse conferma.

Sento che è molto agitata e cerco di metterla a suo agio, chiedendole del bambino, cercando in lei qualche sorriso.

In pochi minuti riusciamo ad entrare in empatia, lei inizia anche ad ironizzare su se stessa e penso tra me e me che possa essere una buona risorsa da poter sfruttare.

Capisco che Giulia ha bisogno soprattutto di calore, a quanto pare sia sua madre che il suo compagno sembrano condividere nei suoi confronti un atteggiamento molto rigido ed anaffettivo. Noto che mentre parla di loro, la sua voce si assottiglia quasi ad assumere i toni di una bambina.

Giulia non è del posto e quindi vive con il marito e il figlioletto, non ha amici e passa le sue giornate a dedicarsi alla casa e al piccolo.

In realtà mi confida che trova che la sua vita sia molto misera, priva di affetti e di svaghi.

Le chiedo cosa le piace fare, ma sembra non avere idee.

Nelle sedute successive, ho esortato Giulia a porre attenzione ai suoi bisogni e sembra che con il tempo, sia riuscita a trovare dei piccoli svaghi quotidiani che le rendessero le giornate più stimolanti. Le ho consigliato di stare all'aria aperta, di frequentare i parchi la mattina ed effettivamente è riuscita a legare con due neo mamme come lei e a cambiare la propria vita. Per arrivare a questo mi sono avvalsa dell'ipnosi, lei amava molto il mare e durante una visualizzazione del mare, l'ho esortata a guardare il fondo e a notare quanti pesci ci fossero, di tutti i tipi e tutti i colori. Questa visualizzazione le ha fatto ricordare degli episodi felici dell'infanzia, da cui è riuscita a trarre gioia, energia e voglia di vivere.

All'inizio della terapia le ho fatto acquistare un quadernino dove appuntare tutte le cose che desiderava fare, da quelle più piccole e facilmente realizzabili a quelle più grandi, quello è diventato il suo svago più grande soprattutto dopo aver visto quelle cose realizzate.

Devo dire che l'ipnosi è stata molto utile a far emergere in lei sentimenti, sensazioni ed energie perse. Tuttavia a distanza di diversi mesi in cui si sentiva sempre più serena e motivata è emerso un problema che fin allora aveva tenuto all'oscuro. Ossia l'impossibilità di avere rapporti, soprattutto dopo la gravidanza.

Infatti da allora non riusciva più avere la penetrazione e percepiva la sua vagina come un varco chiuso e stretto.

Continuava ad affermare che le avevano cucito tutto, perlomeno era quello che percepiva.

Ho pensato inizialmente di esortarla ad esplorare con le dita, per vedere se effettivamente era come pensava lei, e nelle sedute successive, abbiamo affrontato questo discorso in maniera più profonda.

Per evitare di dilungarmi sugli aspetti affettivi e relazionali, che comunque abbiamo affrontato, passerò a descrivere come siamo arrivate alla metafora da utilizzare sotto ipnosi.

Un giorno le ho chiesto di disegnare la sua vagina, così come la percepiva e ha disegnato un piccolo cerchio. Le ho chiesto di disegnare qualcosa intorno a quel piccolo cerchio ed ha disegnato una porta e intorno una porta ancora più grande... insomma intorno a quel piccolo cerchio c'era un mondo fatto di porte, porte che diventavano sempre più grandi.

Se andiamo ad analizzare, la "porta" ha un significato simbolico molto potente, la porta che può aprirsi e chiudersi... la porta che può aprire a nuovi mondi o prospettive... o la porta che può chiudere cose troppo dolorose da vedere.

Anche in questo caso il processo ipnotico è stato molto breve.... Giulia ha iniziato a visualizzare quel cerchietto che aveva disegnato ed intorno ad esso migliaia di porte. Porte che lei definirà nell'intervista post induzione, sempre più pesanti. A quanto pare dietro ogni porta si nascondeva un sentimento... Quando ha aperto la prima porta ha sentito molta vergogna, un sentimento che l'accompagnava sin dall'infanzia. La seconda porta ha rappresentato per lei l'inadeguatezza, infatti Giulia, dalla madre è sempre stata trattata come una bambina e lamentava di aver paura di non essere in grado di badare a se stessa e che non poteva concepire la sua esistenza senza l'appoggio di qualcuno.

Ho cercato di affrontare con lei tutti questi temi che erano emersi continuando a fare le induzioni.

Nel frattempo la esortavo a provare ad avere rapporti, magari evitando la penetrazione, anche per ritrovare l'intimità con il marito.

Le cose andavano sempre meglio, lei era sempre più fiduciosa, nel frattempo il rapporto con la madre e il marito era cambiato. Era riuscita a stabilire dei confini e a raggiungere la sua autonomia. Sentiva sempre più forte in sé il ruolo di mamma.

Nell'ultima induzione Giulia è riuscita ad aprire tutte le porte e a tornare piano piano a vivere una sessualità soddisfacente.

Mi ha detto che ad un certo punto ha immaginato che per ogni porta lei avesse una chiave speciale. Credo che ogni chiave rappresenti l'insieme delle risorse investite in questo percorso di crescita.

Dietro quelle porte c'erano tante cose non dette, tante false convinzioni che con l'ipnosi si sono sgretolate facilmente.

Oggi Giulia lavora, ha delle amiche con cui uscire, vive felicemente il suo matrimonio e il suo ruolo di mamma.

## Conclusioni

Le metafore sono una lente attraverso cui scoprire il mondo fuori e dentro di noi. L'ipnosi metaforica, utilizzata in psicoterapia, sfrutta proprio la forza di queste metafore per aprire la strada alla conoscenza di sé. La metafora agisce come una potente trasposizione simbolica di immagini che trae origini dalle sensazioni del paziente, che Egli riesce così ad affrontare nella sua zona di confort, riuscendo a superare quei blocchi che erano visti come ostacoli insormontabili. Le immagini che vengono percepite sono il risultato di un processo complesso che trae origine dall'incontro tra la mente di chi ascolta e la mente di chi manda il messaggio. Per questo la metafora pesca tra le memorie del passato, fatti e sensazioni attraverso una trance anche profonda. Come è evidente in entrambi i casi la metafora è stata intuita dal paziente, perché la mente simbolizza i suoi stati, i suoi problemi e soprattutto le soluzioni.

Giulia sentiva il bisogno di aprire quelle porte, per troppo tempo serrate dentro di sé e invece Carlo sentiva di dover ritrovare la sicurezza perduta attraverso un'attività che riusciva a gestire pienamente. La tecnica diventa così immediata, semplice ed efficace quando raggiunge lo scopo di fare superare al paziente quegli ostacoli della mente che non favorivano una vita serena.

## Bibliografia

F. Granone *Trattato di Ipnosi* (1983) Vol. 1 e 2, (Utet)

C.C. Casula Giardinieri, *Principesse, Porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale* (Franco Angeli)

E.A.Jannini, A. Lenzi, M. (2008) *Maggi Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità* (Elsevier Masson)

D. Déttore (2018) *Trattato di Psicologia e Psicopatologia del Comportamento Sessuale* (Giunti)

C. Simonelli (2008) *Psicologia dello Sviluppo sessuale e Affettivo* (Carocci)

A. Pacciolla, (1991). *La comunicazione metaforica: il linguaggio analogico in psicoterapia*, (Borla)

L.S. Greenberg, L.N. Rice, R. Elliott (2000). *I processi del cambiamento emozionale*,

D. Gordon (1982) *Metafore Terapeutiche*, (Astrolabio)

R. Bandler, J. Grinder (1980), *La metamorfosi terapeutica* (Astrolabio)

F. Gherardelli (2013) *Lezioni di Vita*

P. Parker, *L'uso della metafora in psicoterapia* (Astrolabio)

K. Sheldon (1980) *Guru. Metafore di uno psicoterapeuta* (Astrolabio)