

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2015

Ansia e memoria di sé

**Candidato
Chiara Loreti**

**Relatore
Dr. Rocco Iannini**

INDICE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Introduzione: Ansia o disturbo di autostima? | p. 3 |
| Neuroanatomia del disordine emozionale: ruolo dell'amigdala | p. 5 |
| Due aspetti della fisiopatologia del disturbo d'ansia: disregolazione del <i>fear conditioning</i> ed alterato controllo emozionale | p. 6 |
| Processazione delle immagini e mantenimento di sé: ipotesi dello studio | p. 8 |
| Casi clinici | p. 10 |
| Riflessioni su induzione e colloqui: Ipnosi e raggiungimento dell'Io | p. 11 |
| Sintesi e conclusioni | p. 12 |
| <i>Abstract</i> | p. 14 |
| Bibliografia | p. 15 |

1. Introduzione

ANSIA E MEMORIA DI SE'

Ansia o disturbo di autostima ?

Ciascuno di noi possiede uno sguardo sul proprio sé.

L'immagine interiorizzata che abbiamo di noi stessi è il risultato delle nostre memorie autobiografiche e, allo stesso tempo, direttamente correlata all'immagine che noi abbiamo come osservatori esterni di noi stessi nel mondo. Tutte queste immagini si strutturano nella nostra autostima e determinano la nostra capacità di fronteggiare il quotidiano.

L'autostima vuole in questo contesto essere intesa come la capacità di controllare se stessi, che passa necessariamente attraverso la consapevolezza del proprio sé e che si traduce nella capacità di non modificare, anche sotto pressione stressoria, le credenze positive e strutturanti della personalità, rappresentate dalle immagini che ciascuno

di noi ha di se stesso.

Il difetto di autostima insito nel disturbo d'ansia si traduce in una risposta alterata di introiezione dell'evento, qualunque esso sia. In particolare, quando l'evento è di natura stressoria, restituisce alla persona un'immagine negativa di sé. La capacità "protettiva" di visualizzare se stessi come entità distinta rispetto al mondo determina la rielaborazione degli eventi in modo fisiologico, utilizzando gli strumenti dell'auto-compassionevolezza e della responsabilità, agendo nel momento in cui l'evento restituisce una immagine di sé alterata.

2. Neuroanatomia del disordine emozionale: ruolo dell'amigdala.

L'amigdala riveste un ruolo centrale nella processazione della risposta di paura e nel meccanismo patogenetico del disturbo d'ansia. Essa è sede dell'elaborazione delle risposte emozionali e del comportamento. La funzione della corteccia prefrontale (PFC) è di pianificazione esecutiva, rivalutazione (*reappraisal*),¹ visualizzazione, linguaggio, pensiero astratto. Insieme ad essa anche l'insula, il giro anteriore del cingolo e la stessa PFC mediana, regolano l'affettività e lo stato emozionale; in particolare l'insula è coinvolta nell'elaborazione positiva e negativa delle emozioni, della risposta al dolore ed alla paura, e nella valutazione cosciente delle emozioni.

Lo stimolo o minaccia attiva il funzionamento dell'amigdala, a sua volta connessa all'ipotalamo, il quale controlla la risposta corporea allo stimolo. Queste sensazioni ci forniscono l'informazione di pericolo creando una comunicazione dalle vie afferenti viscerali e muscolari al cervello. La PFC ha a sua volta un'azione inibitoria diretta sull'amigdala

¹ *Reappraisal* o rivalutazione: processo che coinvolge strumenti coscienti, emotivi e di memoria attraverso il quale un evento viene riscritto alla luce di una nuova interpretazione.

(inibizione della reazione di paura-*fear defence cascade*). Esistono due tipi di risposta alla paura: una via cosciente che passa attraverso il talamo e arriva alla corteccia (cosciente uditiva e visuale); ed una via più veloce non consapevole dal talamo all'amigdala, che è la reazione automatica alla base dell'evoluzione della specie, che comunica al cervello il pericolo innescando una reazione prima che lo stimolo venga riconosciuto su un piano razionale. L'amigdala, insieme ad un circuito di neurotrasmettitori e neuro peptidi, modula la forza del mantenimento della memoria (consolidamento) in altre strutture del cervello, nonché la risposta di paura.

3. Due aspetti della fisiopatologia del disturbo d'ansia : disregolazione del *fear conditioning* e alterato controllo emozionale

Secondo il modello di risposta condizionata alla paura di Pavlov, uno stimolo neutrale (stimolo condizionato CS) acquisisce la capacità di evocare paura se seguito da uno stimolo avverso incondizionato (UCS). Il processo di "estinzione" agisce sulla PFC, imprimendo una nuova memoria di stimolo condizionato in assenza di stimolo avverso. Allo stesso modo il *reappraisal* agisce modificando e reinterpretando il vissuto

emozionale di una situazione, con lo stesso meccanismo dell'estinzione. Non vi è infatti modo di cancellare il patrimonio emozionale contenuto nell'amigdala, ma solo di regolarne l'espressione. Nel disturbo d'ansia si osserva una overgeneralizzazione degli stimoli condizionati² che si traduce in una percezione perenne di minaccia per cui il fisiologico meccanismo di riconoscimento del pericolo si estremizza diventando evitamento. Si osserva cioè una perdita della memoria associativa caratteristica del *fear conditioning*, (che è la specificità dello stimolo), la quale viene sostituita da un richiamo di memorie traumatiche e di amplificazione delle stesse.

Il disturbo d'ansia è caratterizzato da iperattività dell'amigdala e dell'insula durante la processazione delle emozioni negative, e si configura dunque come una disfunzione della regolazione emozionale. L'abilità di regolare le proprie emozioni permette a ciascuno di noi di conservare strumenti quali l'attenzione, la capacità decisionale, la socialità. È stato postulato che nel disturbo d'ansia tale flessibilità sia carente.

² cfr. § 8 Bibliografia

4. Processazione delle immagini e mantenimento di sé: ipotesi dello studio

Supponiamo che il processo di elaborazione degli eventi da parte del sé abbia queste fasi:

- Evento stressante ---- visualizzazione o focalizzazione del sé (coscienza di sé)
- capacità di visualizzare l'evento come altro da sé (immagini)
- elaborazione e archiviazione dell'evento nella memoria (consolidamento).

Primo passaggio: Coscienza di sé.

E' stato osservato che quando si verifica uno stimolo stressorio, l'attenzione sul sé viene intensificata proporzionalmente all'intensità dell'evento (Fenigstein, 1997).

Le persone che presentano un disturbo d'ansia non solo non sono in grado di utilizzare lo strumento di concentrazione su se stessi (*self-focus*³) che normalmente permette agli altri individui di ottimizzare una performance, ma anche strategie emozionali adattative quali il *reappraisal* risultano deficitarie, forse poiché passano attraverso un meccanismo di riconoscimento di sé.

Secondo passaggio: immagini.

È stato postulato in passato che il disturbo d'ansia si caratterizzi per immagini di tipo "intrusivo", ovvero che compaiono autonomamente⁴.

È stato ipotizzato che la facilità nel richiamarle alla memoria sia dovuta

³cfr. § 19. Bibliografia

⁴ Cfr. § 6. Bibliografia

ad una maggiore accessibilità che questi soggetti hanno ai propri ricordi⁵. Intensità e frequenza delle immagini ne suggeriscono dunque una diversa natura e collocazione.

Terzo passaggio: consolidamento e memoria.

Poiché l'Io è il centro del disturbo, molta importanza è stata data alla memoria autobiografica. Ogni paura, anche la più strana, nasconde un riferimento ad un'idea di sé, giudicante. Ancora, queste immagini sono in continua elaborazione e riconsolidamento⁶, acquistando potenziale di negatività crescente⁷. La memoria di questi pazienti, nel tempo, si confonde con la memoria autobiografica.

⁵ Cfr. § 10 e 11. Bibliografia

⁶ Riconsolidamento è il processo attraverso il quale antiche memorie riattivate subiscono un nuovo ciclo di consolidamento. Continue riattivazioni si traducono in un rinforzo delle memorie stesse, per cui ogni volta che una memoria traumatica riemerge, diventa fonte di una nuova esperienza emozionale e si modifica in una nuova memoria (Dennis Charney).

⁷ Cfr. § 12 e 15. Bibliografia

5. Casi clinici

Sono stati intervistati 6 pazienti, dei quali si conosce bene il vissuto personale, 3 dei quali in terapia da molti anni con benzodiazepine⁸, e 3 non in trattamento farmacologico. Sono stati sottoposti a 4 test di valutazione preliminare (STAI-TA⁹; Rosenberg; CD-RISC¹⁰ e SLIPS¹¹ scale). Dopo aver effettuato altri colloqui per poter introdurre questi pazienti alla seduta ipnotica, è stata effettuata induzione guidando il paziente nell'esercizio *compassionate friend exercise*¹². Negli incontri successivi il paziente è stato intervistato circa i suoi stati d'animo.

⁸ Il sito d'azione di questa classe di farmaci è il complesso del recettore GABA-A, con effetto inibitorio sul canale ionico del Cloro. La loro larga diffusione nei decenni è stata legata alla alta tolleranza del farmaco, la rapidità d'azione, la possibilità di precedere l'inizio di una terapia antidepressiva, l'utilizzo come premedicazione chirurgica ed il controllo dell'insonnia.

Gli effetti cognitivi sono stati largamente osservati e comprendono:

- la riduzione dello stato di vigilanza,
- Il rallentamento cognitivo e psico-motorio,
- Disfunzioni nella memoria

⁹ Cfr. § 21. Bibliografia

¹⁰ Cfr. § 1 e 2. Bibliografia

¹¹ Cfr. § 17. Bibliografia

¹² Cfr. § 18. Bibliografia

6. Riflessioni su induzione e colloqui: Ipnosi e raggiungimento dell'Io

Il disturbo d'ansia rappresenta una patologia estremamente diffusa e piena di sfaccettature. Solo pochi aspetti sono stati messi a fuoco in questo studio, uno in particolare: il difetto di autostima¹³. La carenza di autostima non si traduce solo in una mancanza di apertura al sociale, ma anche verso se stessi. Perdendo l'importante strumento di vedere se stesso in trasformazione, il paziente che soffre di ansia si nega la possibilità del cambiamento. La mancanza di autostima rappresenterebbe allora una fragilità di sé, ovvero una debolezza nella capacità di accogliere stimoli ed eventi che implicano un continuo riassetto di sé. Tale fragilità si “costruisce” nel tempo, ed è il risultato di una chiusura progressiva la quale si accompagna spesso ad un aggravamento del sintomo. Ancora, essa subisce il peso della memoria come un bagaglio del quale si conserva con maggior cura solo i ricordi negativi¹⁴. La chiusura insita nel disturbo d'ansia sarebbe allora anche una chiusura nella capacità di “vedersi”, passaggio necessario ad attivare il cambiamento¹⁵.

I risultati dei test confermano la diagnosi di disturbo d'ansia, un basso

¹³ Cfr. § 7. Bibliografia

¹⁴ Cfr. § 4, 9 e 20. Bibliografia

¹⁵ Cfr. § 16. Bibliografia

livello di autostima e resilienza, e più elevato livello di anedonia negli utilizzatori cronici di BZD¹⁶. In questo contesto la terapia farmacologica cronica rappresenta un ostacolo al cambiamento, forse perché alleviando alcuni tratti della sintomatologia in un certo senso “fissa” lo stadio di evoluzione del disturbo in una condizione stazionaria con la quale il paziente si abitua a convivere ed agisce da rinforzo sulle credenze negative su di sé. Il paziente che assume il farmaco da tanti anni ha una immagine di sé fortemente strutturata in negativo¹⁷, non vi è spazio per un cambio di prospettiva, piuttosto la sfiducia in se stesso viene vista come una certezza.

Sintesi e conclusioni.

Nei pazienti con disturbo d’ansia (generalizzato, sociale o di panico) la memoria di un evento e quindi del vissuto, diventa memoria di sé, imprimendo con forza l’immagine. L’autostima regola questo delicato passaggio di introiezione, e consente che avvenga la rielaborazione dello stesso nel tempo. Se un’immagine di noi non viene elaborata e “archiviata”, entra in risonanza e si amplifica, andando incontro a modificazione. Nel paziente con difetto di autostima tale processazione dell’immagine non finisce mai, e va incontro ad amplificazione,

¹⁶ Cfr. § 14. Bibliografia.

¹⁷ Cfr. § 3, 5 e 13. Bibliografia.

strutturando il disturbo. Il condizionamento alla paura in questi pazienti richiama memorie di eventi traumatici svelando una incapacità di elaborazione dell'evento il quale diventa parte di sé negativa. Poiché la rielaborazione delle memorie passate rappresenta il cardine di una personalità strutturata, il paziente con disturbo d'ansia patisce una fragilità di se stesso. La mia idea è che non solo le memorie autobiografiche negative persistano con forza ma che, nel tempo, vengano amplificate, rivivendo e riscrivendo l'evento in una prospettiva di negatività crescente. Manca dunque la capacità non solo di archiviare il vissuto, (che si traduce nella rigidità ansiosa), ma anche di riconoscerne la estraneità da sé, passaggio fondamentale e necessario per abbandonare il passato. In questo senso l'ansia non si configura solo come spesso viene detto come "paura del futuro", cioè non si proietta sola nel futuro, ma anche nel passato, caratteristica di solito associata alla depressione. Caratteristica di un Io strutturato è quella di saper focalizzare se stesso nel presente (responsabilità), di considerare il passato un bagaglio e il futuro una prospettiva sconosciuta.

"ognuno di noi controlla la porta del suo cambiamento, che può essere aperta solo dall'interno. Nessuno di noi può aprire la porta di un altro, né con le parole, né appellandoci al suo cuore, possiamo cambiare solo noi stessi" Marilyn Ferguson

Abstract: It has been seen that self-esteem represents a crucial step in anxiety related disorders. It is also proved that capability to control self-images and to manage memory storage is different in such group of patients. The study focuses on the characteristic of negative autobiographical memories which are intrusive and persistent, constantly subjected to a revision, becoming more and more negative. Hypnosis represents the unconscious door that the patients can open to reach the self. It is unclear which role is played by the over-use of benzodiazepines, but it is impossible to deny that they act as a reinforcement of a closure towards the change.

BIBLIOGRAFIA

1) articoli

1: Charney DS. The psychobiology of resilience and vulnerability to anxiety disorders: implications for prevention and treatment. *Dialogues Clin Neurosci.* 2003 Sep;5(3):207-21. PubMed PMID: 22034473; PubMed Central PMCID: PMC3181630.

2: Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76-82. PubMed PMID: 12964174.

3: Deckersbach T, Moshier SJ, Tuschen-Caffier B, Otto MW. Memory dysfunction in panic disorder: an investigation of the role of chronic benzodiazepine use. *Depress Anxiety.* 2011 Nov;28(11):999-1007. doi: 10.1002/da.20891. Epub 2011 Nov 7. PubMed PMID: 22065537.

4: Di Simplicio M, Holmes EA, Rathbone CJ. Self-images in the present and future: Role of affect and the bipolar phenotype. *J Affect Disord.* 2015 Nov 15;187:97-100. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.042. Epub 2015 Aug 21. PubMed PMID: 26322714.

5: Hart G, Panayi MC, Harris JA, Westbrook RF. Benzodiazepine treatment can impair or spare extinction, depending on when it is given. *Behav Res Ther.* 2014 May;56:22-9. doi: 10.1016/j.brat.2014.02.004. Epub 2014 Mar 3. PubMed PMID: 24755207.

6: Harve AG, Clark DM, Ehlers A, Rapee RM. Social anxiety and self-impression: cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behav Res Ther.* 2000 Dec;38(12):1183-92. PubMed PMID: 11104182.

7: Hulme N, Hirsch C, Stopa L. Images of the self and self-esteem: do positive self-images improve self-esteem in social anxiety? *Cogn Behav Ther.* 2012;41(2):163-73. doi: 10.1080/16506073.2012.664557. Epub 2012 Mar 22. PubMed PMID: 22439697; PubMed Central PMCID: PMC3898634.

8: Lissek S, Kaczkurkin AN, Rabin S, Geraci M, Pine DS, Grillon C. Generalized anxiety disorder is associated with overgeneralization of classically conditioned fear. *Biol Psychiatry.* 2014 Jun 1;75(11):909-15. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.07.025. Epub 2013 Aug 31. PubMed PMID: 24001473; PubMed Central PMCID: PMC3938992.

9: McNally RJ. Memory and anxiety disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 1997 Nov 29;352(1362):1755-9. Review. PubMed PMID: 9415928; PubMed Central PMCID: PMC1692103.

10: Moscovitch DA, Chiupka CA, Gavric DL. Within the mind's eye: Negative mental imagery activates different emotion regulation strategies in high versus low socially anxious individuals. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2013 Dec;44(4):426-32. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.05.002. Epub 2013 May 29. PubMed PMID: 23787175.

11: Moscovitch DA, Gavric DL, Merrifield C, Bielak T, Moscovitch M. Retrieval properties of negative vs. positive mental images and autobiographical memories in social anxiety: outcomes with a new measure. *Behav Res Ther.* 2011 Aug;49(8):505-17. doi: 10.1016/j.brat.2011.05.009. Epub 2011 May 26. PubMed PMID: 21683343.

12: O'Toole MS, Watson LA, Rosenberg NK, Berntsen D. Negative autobiographical memories in social anxiety disorder: A comparison with panic disorder and healthy controls. *J Behav Ther Exp*

Psychiatry. 2015 Sep 15;50:223-230. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.09.008.

[Epub ahead of print] PubMed PMID: 26412293.

13: Paulus MP, Feinstein JS, Castillo G, Simmons AN, Stein MB. Dose-dependent decrease of activation in bilateral amygdala and insula by lorazepam during emotion processing. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar;62(3):282-8. PubMed PMID: 15753241.

14: Rizvi SJ, Sproule BA, Gallagher L, McIntyre RS, Kennedy SH. Correlates of benzodiazepine use in major depressive disorder: The effect of anhedonia. *J Affect Disord*. 2015 Nov 15;187:101-5. doi: 10.1016/j.jad.2015.07.040. Epub 2015 Aug 21. PubMed PMID: 26331683.

15: Stopa L, Brown MA, Luke MA, Hirsch CR. Constructing a self: the role of self-structure and self-certainty in social anxiety. *Behav Res Ther*. 2010 Oct;48(10):955-65. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.028. Epub 2010 Jun 1. PubMed PMID: 20800751; PubMed Central PMCID: PMC3778978.

16: Toichi M, Kamio Y, Okada T, Sakihama M, Youngstrom EA, Findling RL, Yamamoto K. A lack of self-consciousness in autism. *Am J Psychiatry*. 2002 Aug;159(8):1422-4. PubMed PMID: 12153838.

17: Winer ES, Veilleux JC, Ginger EJ. Development and validation of the Specific Loss of Interest and Pleasure Scale (SLIPS). *J Affect Disord.* 2014 Jan;152-154:193-201. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.010. Epub 2013 Sep 18. PubMed PMID: 24099883.

2) Libri

18. Brann, L., Owens, J., Williamson, A. (edited by), *The Handbook of contemporary clinical Hypnosis. Theory and Practice.* Chichester, West Sussex, UK 2012.

19. Carlstedt, R.A., *Handbook of Integrative Clinical Psychology, Psychiatry, and Behavioral Medicine. Prospectives, Practices, and Research.* NewYork 2009.

20. Christianson, S., *The Handbook of emotion and memory: Research and Theory.* Hillsdale, New Jersey 1992.

21. Spielberg, C., D., *State-Trait Anxiety Inventory for Adults Manual.* Tampa (Florida) 1970.

