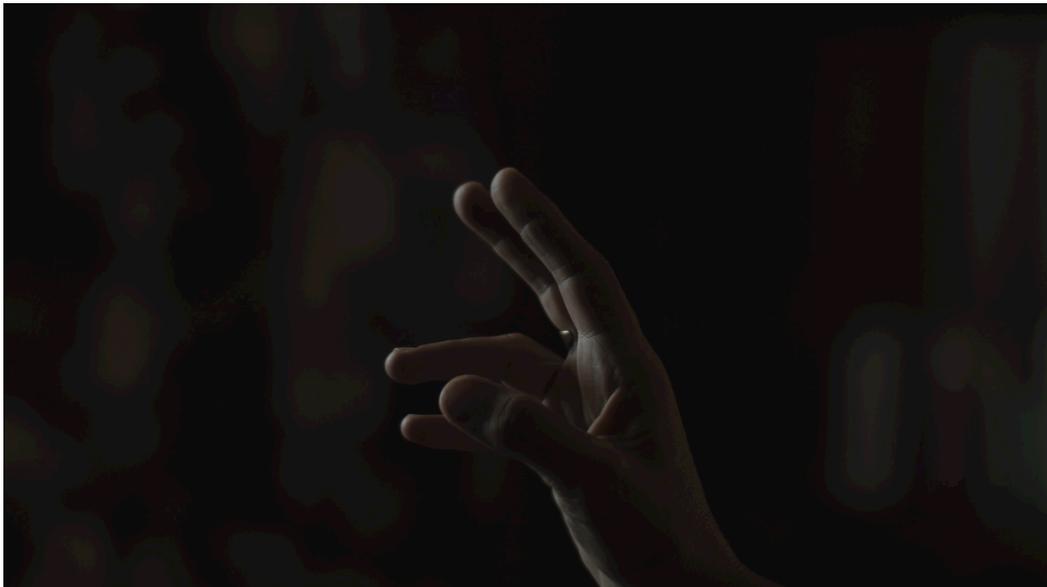


ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S.
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2021

Ipnosi e EMDR
prove di una possibile integrazione



Candidato
Patrizia Mestieri

Relatore
Donatella Croce

Indice

Introduzione	p. 3
Ipnosi	p. 6
EMDR	p. 8
Caso clinico 1: Simone	p. 10
Caso clinico 2: Giulia	p. 18
Conclusioni	p. 23
Bibliografia	p. 25

Introduzione

L'Ipnosi e l'EMDR sono due approcci psicoterapeutici che a prima vista potrebbero sembrare distanti e molto diversi, ma possono mostrare dei punti di contatto.

Sia nell'EMDR che nell'ipnosi il compito del terapeuta consiste nell'agevolare la "funzione di autoguarigione", per utilizzare le parole di F. Shapiro¹, già presente nel paziente. In entrambe le forme terapeutiche l'obiettivo consiste nel ripristinare un funzionamento sano e funzionale. "Con l'ipnosi si aiuta il soggetto a utilizzare le sue capacità, e a riorganizzare i propri processi neuro- e psicofisiologici nel totale rispetto dei propri tempi e delle proprie necessità", come scrive la dottoressa M.S. Garosci nel capitolo Neuroanatomia dello stato ipnotico, all'interno del Trattato di Ipnosi². Inoltre, come aggiunge la Garosci, "l'esperienza di questo speciale stato modificato di coscienza si deve accordare con i bisogni fondamentali e con la struttura di personalità del soggetto, altrimenti il lavoro svolto rischia di interrompersi o comunque di risultare inutile e non giungere da nessuna parte ai fini del cambiamento, sia psicologico che comportamentale". Nel caso dell'EMDR si cerca quindi di interferire il meno possibile, non aggiungendo ulteriori input al paziente, cercando di monitorare il processo più che soffermarsi su ogni singolo passaggio. Nel caso dell'ipnosi l'utilizzo di un linguaggio, di immagini e metafore che fanno parte della vita del soggetto, permette di lavorare con elementi che vengono riconosciuti, anche nella loro potenza evocativa, in quanto appartengono già all'individuo.

Collegato a questo punto, un altro elemento di somiglianza consiste in una possibile reazione del soggetto alla percezione della perdita di controllo. Questo timore viene erroneamente evocato dall'idea che entrambe le tecniche possano portare il soggetto a fare ciò che non vuole.

Un altro elemento in comune è proprio lo stato di *trance*, che nell'EMDR, potrebbe sopraggiungere, mentre nell'ipnosi costituisce parte integrante

¹ Fernandez I., L'approccio EMDR in Psicoterapia. EMDR Basic Training Course. Livello 1, CRSP Centro di Ricerche e Studi in Psicotraumatologia, 2016, Milano.

² AAVV a cura di Edoardo Casiglia, Trattato di Ipnosi, 2015, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova. P 212.

del trattamento. Nell'esperienza clinica con EMDR può capitare di assistere a elementi della fenomenologia soggettiva dell'ipnosi (derealizzazione, senso di benessere, distorsione temporale, dissociazione psichica, modificazioni delle percezioni sensoriali e modificazioni delle emozioni) e della fenomenologia fisica (rilassamento muscolare, riduzione della mimica facciale, rallentamento dell'attività motoria, sintomi da calore e vasodilatazione, respiro lento e regolare, sguardo fisso e fuori fuoco, modificazioni palpebrali, movimenti oculari e deglutizione)³. In entrambi i metodi il ruolo dell'attenzione è cruciale: nell'ipnosi si parla di attenzione focalizzata, nell'EMDR si descrive una doppia focalizzazione dell'attenzione (*dual focus*)⁴, che si sostanzia in ciò che Shapiro definisce come mettere "un piede nel passato e un piede nel presente"⁵.

Alcune tecniche specifiche esistono sia nell'ipnosi che nell'EMDR: il luogo sicuro e l'installazione delle risorse nell'EMDR, ovvero l'attivazione delle risorse nell'ipnosi, per citarne alcune.

Lo stesso concetto di monoideismo plastico dell'ipnosi può trovare un corrispettivo nell'EMDR, proprio nelle sue fondamenta. Sia nell'ipnosi che nell'EMDR si lavora contemporaneamente su più livelli: cognizione, immagine, emozione, sensazione corporea. In entrambe le tecniche, la rappresentazione mentale condensa i significati degli altri livelli, andando ad agire su questi ultimi e creando al loro interno delle modificazioni.

Nell'EMDR la rappresentazione mentale, immagine o pensiero, si collega a una convinzione su di sé, alle emozioni e alle sensazioni del corpo che suscita. Durante la fase della desensibilizzazione, partendo da una data rappresentazione, si assiste a determinate modificazioni fisiologiche, emotive e percettive. Così come nell'ipnosi, un'idea o un'immagine, sono in grado di creare lo stesso tipo di cambiamenti nel corpo e nel mondo emotivo.

Last but not least la stessa stimolazione alternata bilaterale costituisce il principio di desensibilizzazione nell'EMDR e viene comunemente

³ AAVV a cura di Edoardo Casiglia, Trattato di Ipnosi, 2015, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova. P 251.

⁴ Fernandez I., L'approccio EMDR in Psicoterapia. EMDR Basic Training Course. Livello 1, CRSP Centro di Ricerche e Studi in Psicotraumatologia, 2016, Milano.

⁵ Shapiro F., *Lasciare il Passato nel Passato, Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR*, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, 2013, Roma

utilizzato nell'induzione ipnotica, sia che si tratti di movimenti oculari, sia di *tapping*, sia di suoni.

Ipnosi

Secondo la definizione di Franco Granone l'ipnosi è lo stato di coscienza particolare che presenta modificazioni di natura psichica che riguarda la coscienza e la volontà a cui seguono modificazioni di ordine somatico, viscerale e umorale.

Il Professor Granone aggiunge inoltre che "l'ipnotismo è 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"⁶.

Nel pensiero e nella pratica clinica di F. Granone il monoideismo plastico riveste un ruolo centrale. La stessa definizione di ipnosi è sovrapponibile al concetto di monoideismo. Per l'autore infatti il *monoideismo plastico*, come riportato da E. Foppiani⁷, "corrisponde alla presenza, nella mente di un individuo, di un'unica idea dominante, generalmente sotto forma di immagine ben definita, che attiva la fenomenologia corrispondente di tipo sensorio o motorio".

Nel consentire la realizzazione dell'ideoplasia, le risorse mentali si trasferiscono dalla parte logica e critica della mente alla parte immaginativa. In questo modo le immagini acquisiscono una tale potenza evocativa da provocare dei veri e propri effetti fisici. Lo stato di coscienza, inoltre, si modifica in conseguenza del trasferimento delle risorse mentali. Il maggiore coinvolgimento dell'area immaginativa incrementa la capacità del soggetto di creare immagini, di entrare in contatto con le emozioni, di recuperare ricordi con una tonalità emotiva e di accrescere la fiducia verso l'altro. Nel contempo, una minore attivazione dell'area razionale e di quella critica determina un decremento delle attività cognitive, logiche del pensiero e della capacità di critica. Il passaggio dall'attività logica a quella immaginativa favorisce lo spostamento dell'attenzione dagli stimoli esterni all'interno del soggetto. Questo

⁶ Granone F., *Trattato di Ipnosi Vol 1*, Istituto Franco Granone CIICS, 1989, Torino P 3..

⁷ AAVV a cura di Edoardo Casiglia, *Trattato di Ipnosi*, 2015, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova. P 160.

meccanismo, la focalizzazione dell'attenzione verso l'interno, favorisce l'induzione ipnotica.

EMDR

L'EMDR o *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) nasce nel 1987 quando Francine Shapiro⁸, camminando in un parco, scopre accidentalmente che un pensiero che le occupa la mente inizia a perdere la sua "carica", usando le sue parole, e a non disturbarla più quando gli occhi si muovono rapidamente di qua e di là. F. Shapiro si accorge quindi che abbinando i movimenti oculari con un pensiero disturbante, questo ultimo si depotenzia e anche i sentimenti cambiano.

Nel 1989 esce il primo articolo sulla rivista *Journal of Traumatic Stress* sulla ricerca della Shapiro sull'efficacia della terapia EMDR per il disturbo post traumatico da stress. Da questo momento il metodo EMDR si arricchisce di un protocollo standardizzato in otto fasi. I movimenti bilaterali possono coinvolgere gli occhi, varie zone del corpo con il tamburellamento (o *tapping*) e le orecchie con un suono alternato. Inoltre, la terapia dell'EMDR include non solo il corpo, ma anche elementi cognitivi ed emotivi. Questo ulteriore passaggio si deve alla teoria, ideata sempre da F. Shapiro (1995), su cui l'EMDR poggia: la AIP ovvero l'elaborazione adattativa dell'informazione. L'assunto di base dell'AIP è che negli esseri umani ci sia un meccanismo naturale e fisiologico per elaborare eventi di vita disturbanti. Negli individui esiste quindi una tendenza mentale a spostare l'esperienza da un ricordo reattivo a una percezione oggettiva e realistica, mantenendo quindi intatta la distinzione tra passato e presente. Secondo questa teoria, l'evento diventa trauma quando il sistema di elaborazione dell'informazione fallisce e il ricordo viene immagazzinato in modo disfunzionale nelle reti di memoria come esperienza immediata del riviverlo "proprio ora". Il sistema di rielaborazione può fallire perché l'evento si configura come così terribile da non poter essere assimilato, oppure vi è in atto una difesa che impedisce al soggetto di percepire ed elaborare le informazioni relative all'evento disturbante. Durante il vissuto di un evento traumatico, le

⁸Shapiro F., *Lasciare il Passato nel Passato, Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR*, 2013, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.

risposte biochimiche da esso provocate bloccano il sistema innato di elaborazione dell'informazione, lasciando isolate le informazioni collegate al trauma, intrappolate in una rete neurale con le emozioni, convinzioni e sensazioni fisiche che esistevano al momento dell'evento. I traumi e le esperienze che comportano uno stato di stress possono inibire la normale elaborazione dei ricordi, interferendo con i meccanismi mnestici di registrazione e di immagazzinamento. I ricordi affrontati con la terapia dell'EMDR si evolvono durante l'elaborazione e sono successivamente immagazzinati ancora, tramite un processo di riconsolidamento.

Le reti mnemoniche, e in particolare gli eventi disturbanti, sono considerate la base della patologia attuale. L'EMDR accede all'informazione immagazzinata, stimola il sistema di elaborazione dell'informazione e sposta l'informazione verso una risoluzione adattativa.

La decisione di iscrivermi al corso di ipnosi clinica presso l'Istituto Granone nasce dalla esperienza clinica con alcuni pazienti, che hanno mostrato uno stato di *trance*, sia durante un colloquio clinico, sia durante la desensibilizzazione con EMDR. Si è reso quindi necessario per me conoscere il mondo dell'ipnosi, a cui ho sempre associato l'idea della *trance*. Frequentando il corso, mi sono resa conto che esistono dei punti di contatto tra ipnosi ed EMDR. Questa constatazione ha fatto sorgere in me curiosità e domande circa un possibile utilizzo combinato di entrambe le tecniche. I due approcci sono compatibili? Le due metodologie possono essere accostate? Si può pensare a una reale integrazione tra loro? Più in specifico, quali fasi di entrambe le modalità possono essere utilizzate per un uso combinato? Queste sono solo alcune domande che mi guidano nel tentativo di sperimentare un possibile uso congiunto delle due metodologie. Il mio obiettivo è di poter integrare in modo efficace questi due approcci all'interno della pratica clinica mediante lo studio e l'esperienza.

Caso Clinico 1: Simone

Simone entra in psicoterapia nel 2017 per rielaborare e risolvere alcune difficoltà relazionali. Nella prima *tranche* del percorso terapeutico, che dura fino al 2019, si evidenziano i legami familiari e lo stile di attaccamento insicuro che Simone vive con i genitori. Nell'area lavorativa, così come in quella scolastica, Simone appare brillante e adeguato. Simone ha 42 anni, vive da solo da dopo gli studi e lavora come chiropratico. La motivazione che spinge Simone a iniziare la terapia è la sensazione di blocco che vive nelle relazioni interpersonali. Egli afferma "Che c'è qualcosa che lo tiene legato, che gli impedisce di andare avanti e di lasciarsi andare e vivere serenamente le relazioni". Nei primi due anni di terapia, rielaborando il passato e le relazioni con i genitori, con la relativa idea di se stesso come inadeguato, Simone riesce ad acquisire maggiore consapevolezza di sé e maggiore sicurezza nelle relazioni. Ritorna in terapia nel 2021 per approfondire la conoscenza di sé e per rinforzare un'idea di sé più matura e adulta. Dalla fine della prima terapia all'inizio della seconda, Simone sperimenta nuove relazioni e nuove occasioni sociali. Tra queste, Simone vive una serie di occasioni nuove, tra le quali una vacanza da solo e nuovi sport. Pur sentendosi meglio, sente che deve ancora "*sistemare qualcosa*", per usare le sue parole.

Nel racconto della sua storia emergono traumi "T" o T grandi, come nella teoria dell'EMDR sono nominati i traumi episodici come i lutti o eventi catastrofici come i terremoti, e traumi "t" o t piccoli, ovvero eventi per lo più relazionali ripetuti e sovente non facilmente rintracciabili, perché non evidenti, che concorrono, tramite la loro ripetibilità, a formare le convinzioni base del soggetto su se stesso.

Nella vita di Simone, tra i traumi T, compare la morte del fratellino Pietro, affetto da sindrome di down, che a soli 5 anni, quando Simone ne ha 3, muore per complicazioni cardiache. Il lutto segna profondamente la famiglia e Simone che, nonostante la tenera età, ne conserva comunque alcuni ricordi. L'impatto del lutto, inoltre, è rintracciabile nelle dinamiche familiari e nelle convinzioni profonde di Simone. Quest'ultimo mette in

atto ripetutamente schemi relazionali collegabili al rapporto con il fratellino. Simone si sente “bloccato”, per usare le sue parole, in relazioni, sia in amicizia sia in coppia, dove l’altro è più fragile ed egli sopporta e subisce le reazioni dell’altro, senza riuscire a reagire, proprio come con Pietro. Il timore di deludere gli altri colora le relazioni, a partire da quelle familiari, e influenza la vita e le scelte di Simone.

Durante il corso della terapia abbiamo lavorato con diversi strumenti: dal genogramma, usato per evidenziare i traumi e le dinamiche familiari inter- e trans-generazionali, alla procedura EMDR.

Simone ha grandi risorse cognitive ed emotive. Svolgendo una professione a contatto con il corpo, come chiropratico, possiede una notevole capacità di percepire i segnali corporei e di discriminare le emozioni che si esprimono nel corpo.

Seduta 10.07.2021

Attualmente nel percorso terapeutico Simone sta affrontando la possibilità di entrare in relazione, soprattutto con il mondo femminile, senza mostrare una immagine di sé come colui che si prende cura dell’altro. Nelle relazioni Simone tende a rivestire il ruolo del salvatore e del guaritore. Lo stesso ruolo che ha rivestito in famiglia, dopo la morte del fratellino. Simone è sempre stato un bravo bambino, un ottimo studente e un figlio modello. Non ha mai fatto preoccupare i genitori. La sua attenzione si è rivolta a “occuparsi” dei genitori, non creando conflitti e sofferenze. Ora Simone sta sperimentando parti nuove di sé, come per esempio la parte che mostra sofferenza o la parte che non si mostra aderente alle aspettative degli altri.

Simone riporta un sogno avvenuto la notte precedente:

“ Io e Pietro siamo su un camion. E’ notte. Ci fermiamo in un luogo buio, alcune persone sbucano dall’oscurità e inizia a sopraggiungere in me la paura che la gente ci voglia uccidere. Cerco di chiudere il camion e mi raggomitolo in posizione fetale sotto i sedili. Ho paura, tanta paura. Si apre la porta, Pietro scende dal camion e si inoltra nel buio per vedere cosa succede. Sento degli spari. Guardo. Pietro ha una gamba aperta. Uno

sparo lo ha colpito. Cammina vicino al camion. Sprofonda per terra e il suo viso affonda nel suolo. Io sono rannicchiato. Ho ancora più paura. Avverto un senso di morte imminente. Mi sento completamente impotente. Ho paura che un giorno queste persone mi troveranno per spararmi. Sento che non ho scampo, mi troveranno. Sono incastrato nel camion. Non posso uscire e sento la mia morte imminente. Fuori continuano a sparare. Sparano senza un senso. Ho tanta paura”.

Mentre mi racconta il sogno, Simone rivive nel corpo tutte le emozioni provate. Si irrigidisce visibilmente e anche il volto appare contratto e impietrito dalla paura.

Decido quindi di procedere inizialmente con alcuni set di EMDR utilizzando il *tapping* sulle ginocchia. L’obiettivo è di sciogliere la tensione corporea per utilizzare l’ipnosi nell’esplorazione del sogno.

Dopo pochi set di stimolazione bilaterale, Simone riesce a rilassare la muscolatura e il senso di tensione e di allerta scompaiono.

Inizio l’induzione, chiedendo a Simone di sintonizzarsi sul corpo e sul respiro. Utilizzo come monoideismo plastico l’idea di una onda di energia che pervade tutto il corpo portando rilassamento, benessere ed espansione dalla superficie del corpo alle parti più profonde. L’immagine dell’onda energetica è mutuata dal Chi Kung, disciplina che pratica e di cui Simone è esperto. L’uso di un linguaggio e di una immagine conosciuti da Simone, gli consente di sintonizzarsi velocemente sugli effetti dell’onda energetica, che lui stesso sperimenta quando pratica Chi Kung.

Simone appare sempre più rilassato: appaiono piccole scosse muscolari, i muscoli del viso sono distesi, la respirazione si fa profonda.

Associato al rilassamento chiedo a Simone di sentirsi pesante e di sprofondare sempre di più. Ricalco la pesantezza e la sensazione di sprofondare. Come sfida sollecito Simone ad alzare il dito indice della mano sinistra, che, tranne per minuscole tensioni muscolari, non si muove. Decido di utilizzare questa sfida poiché con Simone, in un incontro precedente, aveva funzionato la levitazione di un braccio.

Prego Simone di ritornare al sogno, di ripercorrerlo sintonizzandosi sul corpo, sulle sensazioni e sulle emozioni. Gli chiedo quindi di immaginare di scendere dei gradini lentamente, uno alla volta sempre più giù, sempre

più giù nel suo passato, un gradino alla volta, di andare indietro nella sua vita quando ha provato le stesse situazioni. Quando ha provato paura, quando ha percepito un senso di morte imminente, quando si è sentito incastrato e impotente.

Dall'espressione del suo viso deduco che abbia trovato un tale momento nella sua memoria. Gli chiedo quindi di dirmi cosa sta vedendo. Simone mi racconta di quella volta, nel 2005, in cui era in macchina con la fidanzata. Lei urlava fortissimo. Egli si sentiva paralizzato, impietrito dalla paura, senza via di uscita.

Chiedo quindi a Simone di continuare a scendere ancora e di andare in un momento, tanto tempo indietro, in cui ha provato queste stesse sensazioni.

Simone riporta di essere molto piccolo e di essere in macchina con papà e con Pietro morto sul sedile posteriore.

Simone si irrigidisce e contrae il viso. Ha un dolore forte nella zona lombare. Riferisce che tutto "tira" nel suo corpo.

Procedo con alcuni set di EMDR, mentre Simone è ancora in *trance*, con il *tapping* sulle ginocchia, invitandolo a focalizzarsi sulle sensazioni del corpo e sulle tensioni muscolari, fino ad arrivare a una sensazione di scioglimento, collegata all'immagine di un balsamo giallo che scioglie tutto il corpo. Rimane comunque ancora un po' di tensione, "come un cordino di canapa che tira il collo a sinistra", per usare le sue parole.

Prego Simone di risintonizzarsi sul respiro e su un'onda di energia lenta e dolce che a ogni respiro entra sempre più in profondità nel corpo, fino ad arrivare alle zone interne, alle sue cellule e alle parti di "non materia", per usare il suo linguaggio. La profondità dell'onda incrementa un senso di benessere.

Chiedo a Simone di percepire quel benessere e di ripetere dentro di sé: "Io, Simone, ora sono grande, sono un uomo. Ho 42 anni, sono grande e posso fare delle cose, tante cose. Io Sono questo benessere. Più lo sento, più percepisco gioia, una gioia profonda che sento, in quanto sono un uomo. Più mi sento uomo, più sento gioia"

Lo prego di stringere il pugno sinistro, che accompagno personalmente, per instaurare l'ancoraggio sul sentirsi adulto e, in quanto tale, sul percepire benessere e gioia.

Lo avviso che lentamente ritorniamo al presente, in studio, sulla chaise longue. Conto da 1 a 10 e piano piano Simone sente il corpo attivarsi.

Molto lentamente riapre gli occhi e riporta la sensazione di essere in un corpo non suo. Avverte una sensazione di estraneità del corpo. Deduco quindi che la deinduzione non sia avvenuta. Utilizzo un metodo che metto in atto dopo le sedute profonde di EMDR, quando la persona è in dissociazione. Lo accompagno dalla posizione sdraiata a quella seduta. Chiedo di poggiare bene i piedi a terra, di focalizzare l'attenzione sul contatto con il pavimento e lentamente, sempre da seduto, di iniziare a tirare su un piede alla volta, come se marciasse, e intanto mi descrive nei particolari un quadro alle mie spalle.

Simone lentamente riemerge.

Proviamo l'ancoraggio e Simone rivive la sensazione di "poter fare o anche solo pensare di poter avere una reazione che non sia il bloccarsi di fronte alla paura".

Chiedo a Simone un feedback su come ha vissuto la seduta. Egli riferisce che durante l'induzione, all'idea dell'onda di energia ha contattato le stesse sensazioni profonde che sente quando pratica Chi kung. In specifico, ha sentito il coinvolgimento delle catene muscolari profonde. Questo, a suo dire, gli ha permesso di lasciarsi andare profondamente.

Rispetto al sogno, Simone riporta che rivivendo il sogno in ipnosi, si è visto attivo, non più passivo e raggomitato in terra. Questo gli ha permesso di stare meglio.

Nell'andare a ritroso per cercare dei momenti passati contraddistinti dalle stesse sensazioni, Simone si mostra stupito del collegamento tra il sogno, l'episodio in auto con la fidanzata e il momento in auto con il papà e il fratello. Di questo ultimo episodio, riferisce di non sapere se si tratti di un ricordo o di una sua fantasia, ma le immagini sono molto limpide e le emozioni molto forti.

Riferisce di sentirsi bene e grande, anche nel corpo, come se si fosse alzato di qualche centimetro e se occupasse maggiore spazio.

Riflessioni post seduta

In questa seduta induco Simone per la terza volta. Negli incontri precedenti, Simone dimostra di lasciarsi guidare e raggiunge un buono stato di *trance*. Tra noi esiste una conoscenza approfondita e una buona alleanza terapeutica, che rappresentano requisiti importanti per una efficace conduzione ipnotica. La prima volta che induco Simone, provo la versione spuria, presentata a lezione, dell' HIP, hypnotic induction profile ideato da H. Spiegel⁹ al fine di introdurre una stima standardizzata di ipnotizzabilità nell'uso clinico. Nella versione spuria si utilizzano come elementi di valutazione: la classificazione di deviazione dello sguardo verso l'alto, dell'eye roll, il formicolio, la levitazione.

Nella deviazione dello sguardo verso l'alto e dell'eye roll Simone è arrivato a un livello 3. Inoltre ha mostrato il formicolio e la levitazione. Ottenendo un indice finale abbastanza alto di ipnotizzabilità, ho pensato, nella terza seduta, di procedere oltre l'induzione e di provare a lavorare sul sogno con l'ipnosi.

Scelgo di utilizzare l'EMDR dopo il racconto del sogno, per poter predisporre il terreno all'induzione. Nel momento in cui Simone racconta il sogno si sintonizza fisicamente ed emotivamente, mostrando attivazione corporea. Nasce così l'idea di usare l'EMDR espressamente sul corpo, con l'uso di immagini associate alle sensazioni del corpo. La scelta dello strumento nasce quindi da una mia esigenza di diminuire l'attivazione corporea. Mi chiedo in che modo si sarebbe potuto procedere utilizzando solo l'ipnosi.

Alla luce dell'esperienza del corso ritengo che l'utilizzo dell'ipnosi sarebbe stato efficace. Per poter utilizzare ipnosi e EMDR in maniera sinergica, necessito di maggiore pratica clinica nell'utilizzo dell'ipnosi, in modo da poter scegliere e proporre lo strumento più adatto in base ai bisogni del paziente nell'ambito del processo terapeutico.

⁹ AAVV a cura di Edoardo Casiglia, Trattato di Ipnosi, 2015, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova. P 273

Quando Simone presenta segni di scioglimento della tensione, procedo con l'induzione. Mi chiedo comunque in quale momento inizi l'induzione propriamente detta. Il soggetto presenta un rilassamento profondo già nell'EMDR, in continuità con l'induzione. L'EMDR potrebbe, in questo caso, quindi, oltre che aiutare a rielaborare il vissuto corporeo, rappresentare una tecnica induttiva.

Ho scelto di usare EMDR, anche all'interno dell'ipnosi, con lo scopo di rielaborare le reazioni corporee. In questo caso l'EMDR è stato più profondo e più veloce.

Utilizzando l'ipnosi per approfondire il sogno, il mio obiettivo è di trovare un collegamento tra le sensazioni del sogno e quelle vissute da Simone in qualche episodio della sua vita. L'immagine dell'auto con il papà e con il fratello, ricordo o immagine mentale, è già stata trattata in passato con EMDR. Rappresentando un condensato di vissuti e di significati importanti, ho considerato comprensibile il fatto che sia riemersa questa immagine collegata all'impotenza. Utilizzando l'EMDR, sovente ci si ritrova a riaprire episodi già rielaborati, in quanto, qualcuno dei significati associati, non è stato sufficientemente trattato, come scelta terapeutica, o anche perché il soggetto al momento non è pronto.

Decido così di non rivisitare l'immagine dell'auto, ma di focalizzare l'attenzione sul vissuto di impotenza che la contraddistingue.

L'ipotesi clinica alla base del mio ragionamento, nasce dalla concettualizzazione teorica della Ego State Therapy di Watkins e Watkins (1997) applicata all'interno della metodologia EMDR di Forgash e Copeley (2014)¹⁰ sugli stati dell'Io. Secondo questa teoria della dissociazione strutturale del trauma, vi sono varie parti in noi. Tra queste ci sono: le EP (parti emotive), che vivono al tempo del trauma e che racchiudono i ricordi e le emozioni collegati all'evento vissuto e funzionano come difese, e la parte ANP (parte apparentemente normale), che mantiene al suo interno la memoria autobiografica, con esclusione dei ricordi traumatici, e permette al soggetto di vivere la vita di tutti i giorni senza essere sopraffatto dalle emozioni collegate agli eventi dolorosi. Nel caso di

¹⁰ Forgash C. e Copeley M., EMDR e Ego State Therapy. Il trattamento del trauma e della dissociazione, Milano, Ferrari Sinibaldi, 2014.

traumi relazionali precoci, si formano parti del sé traumatizzate, ferme al tempo del trauma, non integrate con le altre parti, che prendono il sopravvento in alcune circostanze della vita. In questi casi il soggetto percepisce di non avere il controllo delle proprie reazioni emotive.

Nel caso di Simone, la mia ipotesi è che una sua parte bambina, ferita, si riattivi in situazioni in cui si trova con una persona, da lui considerata fragile, bloccandolo e facendolo sentire impotente, come quando era piccolo in quell'auto. Ho deciso quindi di provare a rinforzare la parte adulta di Simone, la parte che può reagire e agire. Ho pensato quindi di creare l'ancoraggio sul sentirsi grande e uomo e nel percepire benessere quando questo avviene.

Caso clinico 2: Giulia

Giulia intraprende la psicoterapia online nel febbraio 2021.

Giulia ha 64 anni, è sposata da 30 anni e non ha figli.

Si rivolge a me perché soffre di ansia, ormai invalidante per la sua vita. Il quadro clinico di Giulia, annovera molteplici patologie a carico degli arti inferiori, a seguito di una frattura avvenuta nel 2015. Giulia si sottopone a diversi interventi chirurgici. Nell'anno 2020 compare un nuovo dolore al piede sinistro, che non le permette di camminare e la blocca in poltrona per la maggior parte della giornata. Nell'ultimo anno si sottopone a esami clinici e a visite specialistiche di vario genere, dal neurologo al chirurgo ortopedico, che danno come esito varie diagnosi, molto diverse tra loro, dalla polineuropatia a cisti sulla colonna vertebrale. Attualmente Giulia segue una terapia farmacologica antalgica, prescritta da un neurologo della terapia del dolore.

Il dolore al piede e l'impossibilità di muoversi aggravano l'ansia di Giulia, che ha sempre tenuto a bada con l'iperattività. Maestra della scuola dell'infanzia, Giulia ha sempre "vissuto a scuola", per usare le sue parole, fino al pensionamento avvenuto due anni fa. Ora, a parte qualche ora di volontariato, vive in casa, dove si sente "confinata e prigioniera".

Dall'anamnesi clinica risulta un quadro di ansia generalizzata, che accompagna Giulia da molto tempo. Di particolare rilievo emerge il lutto non risolto della madre avvenuto nel 2020, stesso anno di insorgenza del dolore al piede, e un pattern di attaccamento con i propri genitori ambivalente insicuro che influenzerà tutte le relazioni di Giulia, inclusa quella matrimoniale. Giulia mostra buone risorse cognitive e una grande capacità di rielaborazione emotiva e corporea.

Nelle sedute psicoterapeutiche ci focalizziamo dapprima sulla stabilizzazione, sul rinforzo di risorse e sulla gestione dell'ansia, utilizzando la tecnica dell'EMDR, per poi iniziare ad affrontare i temi centrali portati da Giulia. Quest'ultima riesce a utilizzare gli esercizi con stimolazione bilaterale in autonomia, durante la settimana, proprio per gestire l'ansia.

Seduta del 21.06.21

Giulia esordisce raccontando nei minimi particolari il tipo di dolore che sente al piede. Non esiste lo spazio per altro. Il dolore è forte e occupa tutta la vita di Giulia, dall'evitare i movimenti che potrebbero peggiorare la situazione, al cercare nuovi specialisti ed esami clinici.

I formicolii e le scosse sotto i piedi sono aumentati. Il dolore al secondo dito del piede sinistro è ancora più acuto. La sensazione di calore bruciante si fa più insopportabile. Giulia parla di "tortura", per riferirsi al dolore e all'effetto di questo sulla sua vita.

Giulia si dice molto preoccupata e quasi rassegnata per l'incertezza diagnostica, dopo un anno di tentativi per trovare una causa e una possibile cura. Sente di non farcela più.

Mentre parla, non riesce a trovare una posizione sopportabile e il suo viso si contrae per il dolore.

Decido quindi di procedere con l'ipnosi per tentare di diminuire il dolore al piede.

Presento l'induzione ipnotica come un rilassamento profondo, in modo da non incontrare possibili resistenze collegate al termine ipnosi e alla possibile associazione con la perdita di controllo.

Dopo aver portato l'attenzione al respiro e a gruppi muscolari che gradualmente si rilassano al ritmo respiratorio, dalla testa ai piedi, la conduco alla pesantezza e al rilassamento. Ricalco la sensazione di pesantezza e di sprofondamento nella poltrona. Giulia si sta visibilmente rilassando e si sta abbandonando sulla poltrona. Le chiedo ora di visualizzare una bacinella di acqua gelata con tanti cubetti di ghiaccio dentro, nella quale la invito a immergere il piede sinistro. Porto la focalizzazione dell'attenzione al piede sinistro che si fa sempre più freddo e insensibile.

Per l'ancoraggio le indico di stringere l'indice e il pollice della mano destra per rivivere la sensazione di freddo e di insensibilità nel piede. Quindi, le dico di immaginare di sentire dai piedi alla nuca un'energia riattivante, che passando sul corpo la energizza.

Giulia riferisce che si è rilassata e non avverte più nessun dolore, ma, pur immaginando la bacinella ghiacciata, invece di sentire freddo ha percepito una sensazione di forte calore nel piede. Conoscendo la storia di Giulia, le ricordo che la prima volta in cui, sotto consiglio del neurologo, ha immerso il piede nel ghiaccio ha sentito il piede molto caldo, quasi bruciante.

L'induzione quindi le ha fatto percepire la stessa reazione che il ghiaccio le ha provocato quando realmente ha immerso il piede nel ghiaccio.

La invito a provare l'ancoraggio, che questa volta le aumenta la sensazione di calore e di benessere.

Seduta 29.06.21

Giulia si mostra molto preoccupata per il dolore, che dal piede si estende in tutta la gamba sinistra. Riferisce aver provato l'ancoraggio, visualizzando ancora più ghiaccio nella bacinella e di aver provato minor dolore al piede. Le propongo quindi di continuare a lavorare sul dolore.

Induco Giulia con il ritmo del respiro associato a un'immagine di un balsamo profumato che, espandendosi nel corpo, dai piedi alla testa, la rilassa completamente, fino ai muscoli profondi. Le chiedo quindi di sentirsi sprofondare sempre di più nella poltrona, sentendosi sempre più rilassata e pesante. Come sfida, le chiedo di provare ad alzare il braccio destro, che però non si muove.

A questo punto chiedo a Giulia di immaginare di avere il piede sinistro immerso in una bacinella di acqua ghiacciata, piena di cubetti di ghiaccio, e di sentire il piede sempre più freddo e ghiacciato in una sensazione piacevole che dal piede sale alla gamba fino all'inguine. La gamba ora è fredda, talmente fredda che non sente nessuna sensazione, mentre il resto del corpo si trova in uno stato di profondo benessere.

A questo punto squilla il telefono: Giulia si scusa e si alza a rispondere al padre anziano. Lo liquida in poche parole e ritorna a sedersi in poltrona. Richiude gli occhi e inizia a raccontarmi che si sente proprio bene, che il respiro si è fatto profondo, nonostante le difficoltà iniziali, che non

avverte più il dolore al dito del piede. Inoltre dichiara di percepire le gambe fredde e il piede ghiacciato, con una piacevole sensazione di sollievo generale. Aggiunge che l'immagine della bacinella le è piaciuta più della volta scorsa e di non aver percepito più il calore a contatto con il ghiaccio, ma di aver sentito freddo.

Non avendo eseguito l'ancoraggio, a causa dell'interruzione, decido quindi di rinforzare l'immagine e la sensazione collegata alla bacinella con l'EMDR.

Con la tecnica del rinforzo dell'EMDR, colleghiamo l'immagine della bacinella ghiacciata alla sensazione di freddo e insensibilità della gamba. Per rinforzare le sensazioni con la tecnica dell'EMDR si utilizzano brevi set di stimolazioni bilaterali, in questo caso *tapping* autoprodotta¹¹. Dopo il rinforzo Giulia riferisce che non ha voglia di riaprire gli occhi, si sente molto stanca, ma sta bene ed è rilassata. Aggiunge di sentirsi drogata, come se avesse assunto oppiacei. Mi viene il dubbio che sia ancora in ipnosi. Procedo quindi con la deinduzione, facendole immaginare una brezza frizzante che, circolando nel corpo, produce una progressiva riattivazione corporea.

Ora Giulia riferisce di sentirsi "tornata e di sentirsi molto felice".

Riflessioni post seduta

Nella seduta del 21 giugno, che rappresenta la prima induzione ipnotica di Giulia, scelgo di utilizzare l'ipnosi, in quanto, nelle precedenti sedute, Giulia ha evidenziato una notevole capacità di visualizzazione e rielaborazione nell'utilizzo dell'EMDR.

Nell'incontro del 29 giugno vengono utilizzate sia l'ipnosi che l'EMDR. In specifico, viene provato l'uso del rinforzo con Emdr al posto dell'ancoraggio ipnotico. Mi sembra di rilevare che la tecnica dell'Emdr, in questo caso, possa aver re-indotto la paziente. Questa ultima, infatti, dopo aver ricevuto la telefonata, sembra lucida e attiva. Questo non avviene dopo l'uso dell'Emdr. In questa situazione, Giulia che si descrive come

¹¹ L'abbraccio della farfalla è una procedura che consente, tramite il *tapping* sulle spalle o sulle gambe, di effettuare in autonomia le stimolazioni bilaterali, sempre guidati da uno psicoterapeuta.

“drogata da oppiacei”, pare essere ancora sotto l’effetto ipnotico. Suppongo quindi che il movimento bilaterale autoindotto dalla paziente abbia avuto un ruolo inducente, facilitato dalla fase di coda rispetto alla precedente induzione.

Conclusioni

Nei casi descritti, anche se parziali, più che di una vera e propria integrazione, si può parlare di accostamento di tecniche diverse. I due approcci infatti sembrano in queste esperienze cliniche compatibili e fungono da rinforzo reciproco

Negli esempi riportati infatti il ruolo dell'EMDR, all'interno di un contesto di induzione ipnotica appare avere funzioni diverse.

Nel caso di Simone l'EMDR costituisce una preparazione all'ipnosi e, in un secondo tempo, all'interno della *trance* ipnotica, viene utilizzata come tecnica di rielaborazione di uno stato fisico.

Nel caso di Giulia l'EMDR funge da rinforzo di uno stato piacevole e desiderabile, non essendo stato possibile utilizzare l'ancoraggio.

In entrambi i casi, quindi l'EMDR sembrerebbe agevolare l'induzione ipnotica.

Nell'esempio di Simone, l'EMDR utilizzato per sbloccare la memoria corporea, induce un rilassamento che si approfondisce e scivola nell'ipnosi. Nell'esempio di Giulia, il rinforzo con EMDR dello stato di benessere e analgesia al piede, sembra indurre nuovamente la paziente in uno stato ipnotico, perso precedentemente per una interruzione esterna.

La fase di coda¹², definita come lo spazio temporale al termine della deinduzione, in cui il soggetto risulta più suscettibile ad un'altra induzione, potrebbe aver favorito il fenomeno.

In entrambi i casi, inoltre, l'utilizzo delle stimolazioni alternate bilaterali rientra, come sottolinea dott. G. Regaldo¹³, nella categoria delle tecniche induttive che agiscono sulla parte logica. La conseguente stimolazione alternata degli emisferi cerebrali, mediante il collegamento del corpo calloso, favorisce l'induzione.

Inoltre l'uso dell'EMDR, all'interno di un'induzione ipnotica, sembrerebbe, negli esempi riportati, più profonda e più veloce.

¹² Dott. Massimo Somma, slides del corso 2020/2021, "La struttura dell'induzione".

¹³ AAVV a cura di Edoardo Casiglia, Trattato di Ipnosi, 2015, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova. P 293.

Gli spunti emersi nelle situazioni illustrate suggeriscono la possibilità di approfondire e sviluppare l'uso, all'interno dello stesso contesto terapeutico, di entrambe le metodologie. Al fine di poter realizzare questo proposito, ravvedo la necessità di continuare a sperimentare e a studiare l'ipnosi, in modo da poter acquisire la necessaria confidenza e familiarità con lo strumento. Negli esempi riportati infatti l'utilizzo dell'EMDR, che pratico da anni, è stata dettata soprattutto dall'esigenza personale di sbloccare alcuni passaggi, in maniera più agevole e conosciuta.

Bibliografia

- AAVV a cura di Edoardo Casiglia, *Trattato di Ipnosi*, 2015, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova.
- Bandler R. e Grinder J., *Ipnosi e trasformazione*, , Astrolabio, 1983, Roma.
- Bandler R. e Grinder J., *La struttura della Magia*, , Astrolabio, 1981, Roma.
- Blohm W., *Ipnosi e autoipnosi*, Tecniche Nuove, 2005, Milano.
- Del Castello E. e Casilli C., *L'induzione ipnotica*, Franco Angeli, 2007, Milano.
- Crasilneck H. B. e Hal J. A., *Ipnosi clinica*, 1, Astrolabio, 1977, Roma.
- Fernandez I., *L'approccio EMDR in Psicoterapia. EMDR Basic Training Course. Livello 1*, CRSP Centro di Ricerche e Studi in Psicotraumatologia, 2016, Milano.
- Fernandez I., *L'approccio EMDR in Psicoterapia. EMDR Basic Training Course. Livello 2*, CRSP Centro di Ricerche e Studi in Psicotraumatologia, 2016, Milano.
- Forgash C. e Copeley M., *EMDR e Ego State Therapy. Il trattamento del trauma e della dissociazione*, Milano, Ferrari Sinibaldi, 2014.
- Granone F., *Trattato di Ipnosi Vol 1*, Istituto Franco Granone CIICS, 1989, Torino.
- Granone F., *Trattato di Ipnosi Vol 2*, Istituto Franco Granone CIICS, 1989, Torino.
- Knipe J., *EMDRToolbox, Teoria del trattamento del PTSD complesso e della dissociazione*, Giovanni Fioriti Editore, 2019, Roma.
- Shapiro F., *Lasciare il Passato nel Passato*, Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR, Casa Editrice Astrolabio- Ubaldini Editore, 2013, Roma.
- Zaccagnino M., *EMDR e Dissociazione: il lavoro con le parti del Sé, Linee guida e strategie cliniche*, Cartografica Medese Snc, 2018, Meda.