



**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
2024/2025 Rimini - AUSL Romagna**

**Ipnosi e Psicoterapia Strategica Breve nel Trattamento
del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD):**

Una Sinergia Terapeutica Integrata

Candidato

Dott. Massimo Monti

Relatore

Prof. Ennio Foppiani

Indice:

1. **Introduzione**
 - Inquadramento del PTSD
 - Razionale per un approccio integrato
2. **Il Disturbo da Stress Post-Traumatico**
 - Diagnosi e criteri DSM-5 TR
 - Neurobiologia del trauma
 - Sintomatologia e comorbidità
3. **L'Ipnosi Clinica nel Trattamento del Trauma**
 - Definizione e modelli (Granone, Ego State Therapy)
 - Meccanismi di azione: dissociazione, suggestione, neuroplasticità
 - Tecniche ipnotiche specifiche per il PTSD
4. **La Psicoterapia Strategica Breve**
 - Modello di Giorgio Nardone e Scuola di Palo Alto
 - Principi di intervento: tentate soluzioni disfunzionali, ristrutturazione percettiva
 - Protocolli strategici per i disturbi traumatici
5. **Ipnosi e Strategica Breve: Sinergia Terapeutica**
 - Complementarità tra linguaggio ipnotico e linguaggio strategico
 - Uso della trance per facilitare ristrutturazioni strategiche
 - Integrazione nella gestione dei flashback, evitamento, iperarousal
6. **Proposta di Protocollo Integrato**
 - Fasi del trattamento: stabilizzazione, accesso protetto al trauma, rielaborazione, prevenzione delle ricadute
 - Esempi di tecniche combinate (es. prescrizioni paradossali in stato ipnotico)
 - Casi clinici illustrativi
7. **Discussione**
 - Vantaggi e limiti dell'approccio integrato
 - Considerazioni etiche e deontologiche
 - Implicazioni per la formazione del terapeuta
8. **Conclusioni**
 - Sintesi dei risultati
 - Prospettive future
9. **Bibliografia**

CAPITOLO 1

INTRODUZIONE

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) è una condizione clinica complessa e spesso invalidante che può manifestarsi a seguito di eventi traumatici come abusi, incidenti, catastrofi naturali o esperienze belliche. Il PTSD compromette profondamente il funzionamento emotivo, cognitivo e relazionale dell'individuo, generando sintomi persistenti quali flashback, iperarousal, evitamento e dissociazione.

Negli ultimi anni, l'approccio terapeutico al PTSD si è notevolmente evoluto, integrando metodi evidence-based con strumenti clinici più esperienziali. Due di questi strumenti — **l'ipnosi clinica** e la **psicoterapia strategica breve** — offrono un terreno particolarmente fertile per un intervento mirato, flessibile e personalizzato. Entrambi, se utilizzati in sinergia, consentono un accesso trasformativo alle dinamiche traumatiche, favorendo la rielaborazione del trauma attraverso una ristrutturazione profonda della percezione e dell'esperienza interna del paziente.

Questa tesi ha l'obiettivo di esplorare **come l'ipnosi e la psicoterapia strategica breve possano integrarsi efficacemente** nel trattamento del PTSD, fornendo sia una cornice teorica che indicazioni cliniche pratiche. Verranno analizzate le potenzialità dell'approccio ipnotico nel modulare stati dissociativi e memorie traumatiche, così come la forza strategica nell'intervenire sulle "tentate soluzioni" disfunzionali che mantengono vivo il disturbo.

Attraverso l'esame di casi clinici e la costruzione di un protocollo integrato, si intende dimostrare come questi due approcci — apparentemente distanti — possano coesistere in modo armonico, potenziandosi a vicenda per offrire al paziente un **percorso terapeutico efficace, rapido e profondo**.

CAPITOLO 2

IL DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO (PTSD): ASPETTI CLINICI E NEUROBIOLOGICI

2.1 Definizione e criteri diagnostici

Il **disturbo da stress post-traumatico (PTSD)** è una risposta psicopatologica a uno o più eventi traumatici vissuti come minacciosi per l'integrità fisica o psichica dell'individuo. Secondo il **DSM-5 TR (APA, 2023)**, il PTSD rientra tra i disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, caratterizzato da quattro cluster sintomatologici principali:

- **Intrusività** (es. flashback, incubi, ricordi angoscianti ricorrenti)
- **Evitamento** (di luoghi, persone, pensieri associati al trauma)
- **Alterazioni negative della cognizione e dell'umore** (colpa, vergogna, distacco emotivo, pensieri distorti)
- **Iperarousal** (iperattivazione neurofisiologica, insonnia, ipervigilanza, reazioni di allarme esagerate)

La diagnosi richiede che i sintomi persistano per più di un mese e causino compromissione significativa nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

2.2 Tipologie di trauma

Lenore Terr (1991) distingue i traumi tra:

- **Trauma di tipo I:** evento singolo e circoscritto (es. incidente, aggressione)
- **Trauma di tipo II:** esperienze ripetute e prolungate nel tempo (es. abusi infantili, violenza domestica)
- **Trauma complesso (C-PTSD):** associato a traumi precoci, attaccamento disorganizzato e forte componente dissociativa

Queste tipologie richiedono **interventi terapeutici differenti**, con livelli crescenti di complessità e di attenzione alla stabilizzazione.

2.3 Neurobiologia del trauma

L'esperienza traumatica lascia **una traccia profonda nel cervello** e nel corpo, influenzando in particolare:

- **Amigdala:** iperattiva, responsabile della reazione di allarme
- **Ippocampo:** alterato nel consolidamento della memoria, contribuisce alla disorganizzazione temporale dei ricordi traumatici
- **Corteccia prefrontale:** ridotta capacità di inibizione e regolazione emotiva
- **Sistema nervoso autonomo:** prevalenza del sistema simpatico (iperarousal) o reazioni di congelamento (shutdown parasimpatico)

Questi meccanismi rendono conto della **persistenza dei sintomi** anche anni dopo l'evento e spiegano perché l'approccio esclusivamente razionale o cognitivo possa risultare insufficiente.

2.4 Il ruolo della dissociazione

La **dissociazione** è una risposta di sopravvivenza tipica nei traumi gravi. Si manifesta come:

- Depersonalizzazione (sentirsi distaccati dal proprio corpo)
- Derealizzazione (sentire il mondo come irreali)
- Amnesie dissociative
- "Stati del Sé" separati (parti infantili, protettive, punitive)

Nei casi di trauma complesso, le parti dissociate possono diventare vere e proprie **istanze autonome**, con pensieri, emozioni e comportamenti propri. Questo richiede un approccio terapeutico che **dialoghi con le parti**, piuttosto che cercare di "correggerle".

2.5 Implicazioni per il trattamento

Il PTSD non è un semplice "disturbo della memoria", ma un **disturbo della regolazione emotiva, neurofisiologica e relazionale**. È quindi necessario un trattamento che:

- Non si limiti alla rievocazione del trauma (che può riattivare o traumatizzare di nuovo)
- Lavori sul corpo, sulle emozioni, sulla percezione e sull'esperienza soggettiva
- Ponga particolare attenzione alla **finestra di tolleranza** (Siegel, 1999) e alla **stabilizzazione** prima di procedere alla rielaborazione

In questa cornice, l'**ipnosi clinica** e la **terapia strategica breve** si propongono come strumenti complementari, capaci di intervenire rispettivamente a **livello esperienziale e percettivo** (ipnosi) e **comportamentale, sistemico e percettivo** (strategica).

CAPITOLO 3

L'IPNOSI CLINICA NEL TRATTAMENTO DEL TRAUMA

3.1 Definizione di ipnosi clinica

L'ipnosi, secondo la scuola del CIICS e l'insegnamento di Granone, rappresenta uno strumento terapeutico di grande potenza, capace di facilitare processi di cambiamento profondo grazie alle sue caratteristiche uniche. Per comprenderne appieno il funzionamento e il valore, è importante esplorare alcuni concetti chiave, tra cui il **monoideismo plastico** e l'utilizzo dell'ipnosi nell'elaborazione dei traumi psicologici. Il monoideismo è un termine che deriva dal greco monos (uno) e idea (dal greco idêin, vedere). In psicologia, si riferisce alla tendenza della mente a focalizzarsi su un singolo pensiero, idea o immagine, escludendo temporaneamente altri stimoli o contenuti mentali. Quando si parla di monoideismo plastico, si intende la capacità della mente di mantenere questa focalizzazione in modo flessibile e adattabile, cioè la plasticità di questa tendenza. Nel contesto dell'ipnosi, il monoideismo plastico rappresenta una condizione in cui la mente può essere guidata a concentrarsi intensamente su un'immagine, un'idea o un suggerimento specifico, mantenendo questa attenzione focalizzata in modo stabile e, allo stesso tempo, modulabile. Questa capacità di "plasticità" permette di lavorare su contenuti mentali complessi, di modificare schemi di pensiero disfunzionali e di integrare nuove risposte emotive o comportamentali. L'utilità dell'ipnosi nell'elaborazione dei traumi psicologici secondo Granone e il CIICS, è la sua capacità di facilitare l'elaborazione e la integrazione di traumi psicologici profondi. I traumi, infatti, spesso rimangono sepolti nell'inconscio, causando sintomi come ansia, depressione, disturbi somatici o comportamenti compulsivi e evitanti. Durante uno stato di trance, la mente del soggetto diventa più ricettiva e meno difensiva rispetto alle emozioni e ai ricordi traumatici. Questo permette di accedere a contenuti inconsci che, in condizioni di normalità, potrebbero essere difficili da affrontare o rievocare. La suggestione ipnotica può essere utilizzata per ristrutturare le interpretazioni di eventi traumatici, favorendo un'elaborazione più sana e integrata.

I vantaggi principali sono:

- a) **Riduzione dell'intensità emotiva:** l'ipnosi aiuta a distanziare l'emozione dal ricordo traumatico, rendendo più gestibile il processo di elaborazione.
- b) **Ristrutturazione cognitiva:** attraverso suggestioni mirate, si può modificare la percezione di sé e dell'evento, favorendo una visione più equilibrata e meno disturbante.
- c) **Integrazione dei ricordi:** permette di integrare i ricordi traumatici nel racconto di sé, riducendo la loro carica disturbante e favorendo la crescita personale.
- d) **Riduzione dei sintomi:** come ansia, attacchi di panico, fobie o sintomi somatici legati a traumi.

3.1 Definizione di ipnosi clinica

L'ipnosi clinica, nell'accezione proposta dal Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale (CIICS) e fondata sull'opera pionieristica del medico e ricercatore Franco Granone, rappresenta una tecnica psicoterapeutica strutturata, volta all'attivazione e alla modulazione intenzionale di stati modificati di coscienza a scopo terapeutico. In questo modello, l'ipnosi non è concepita come uno stato passivo o indotto, bensì come un processo relazionale in cui il soggetto mantiene una partecipazione attiva, pur accedendo a modalità percettive, cognitive e affettive diverse da quelle della veglia ordinaria.

Granone definì l'ipnosi come un fenomeno neuropsicofisiologico a base monoideica, caratterizzato da un'alterazione della coscienza e dalla fluttuazione del livello di vigilanza, all'interno di un contesto relazionale che favorisce suggestioni dirette o indirette finalizzate al cambiamento. Il modello ipnotico del CIICS si distingue per una forte base scientifica e clinica, con un'attenzione costante all'osservazione fenomenologica del soggetto e all'analisi delle sue risposte comportamentali, verbali e neurovegetative.

Monoideismo plastico: fondamento teorico dell'ipnosi

Un concetto centrale nella teoria ipnotica di Granone è quello di **monoideismo plastico**, che rappresenta la base cognitiva e attentiva del processo ipnotico. Il termine *monoideismo* deriva dal greco *monos* (uno solo) e *idéa* (idea, visione, rappresentazione mentale), e denota la tendenza della mente a concentrarsi in maniera esclusiva e protratta su un'unica rappresentazione, contenuto o stimolo, escludendo transitoriamente gli stimoli concorrenti.

Nel modello clinico, questa tendenza viene definita "**plastica**" in quanto modulabile, dinamica e suscettibile di essere orientata terapeuticamente. Il monoideismo plastico è quindi inteso come una forma di **focalizzazione attentiva selettiva e flessibile**, che consente alla mente di isolare e potenziare uno specifico contenuto (es. una immagine mentale, un'emozione, una sensazione somatica), pur mantenendo la capacità di riorientare l'attenzione secondo le indicazioni del terapeuta.

In questo modo si produce la mobilitazione di risorse intrapsichiche non coscienti, alla sospensione del pensiero logico-razionale e all'accesso a rappresentazioni simboliche che possono essere ristrutturare o reintegrate. In ambito clinico, ciò rende possibile l'intervento su nuclei traumatici profondamente radicati, sistemi di credenze disfunzionali o pattern emotivo-comportamentali controproducenti.

L'ipnosi nel trattamento dei traumi psicologici

L'impiego dell'ipnosi clinica nel trattamento dei **traumi psicologici** rappresenta uno degli ambiti di maggiore applicazione ed efficacia documentata. I quadri clinici legati a esperienze traumatiche

sia singoli eventi o ripetuti spesso presentano una significativa **compromissione dell'integrazione mnestica**, accompagnata da sintomi dissociativi, disregolazione affettiva e alterazioni della percezione di sé e dell'ambiente.

In tali casi, la trance ipnotica è da considerarsi come un contesto psicofisiologico privilegiato per l'elaborazione del trauma, grazie alla riduzione dell'arousal, all'ampliamento dell'accesso ai contenuti inconsci e alla sospensione temporanea delle difese cognitive e affettive. Lo stato ipnotico permette infatti di ridurre la distanza tra mente conscia e "inconscia", facilitando il contatto controllato con memorie traumatiche, spesso non verbalizzabili, e promuovendone una rielaborazione simbolica e narrativa.

Granone e i clinici del CIICS hanno evidenziato come l'ipnosi, opportunamente utilizzata, consenta al paziente di entrare in relazione con il vissuto traumatico da una posizione soggettiva differente, più protetta e meno identificata con l'esperienza originaria. Ciò permette di attivare processi di ristrutturazione cognitiva, nonché di integrazione dei contenuti dissociati.

Meccanismi terapeutici dell'ipnosi nel trauma

Dal punto di vista clinico e neuropsicologico, i principali meccanismi d'azione dell'ipnosi nella rielaborazione dei traumi possono essere così sintetizzati:

a) Drastica riduzione dell'intensità emotiva associata al ricordo (desensibilizzazione ipnotica):

La trance ipnotica permette di evocare memorie traumatiche in un contesto emotivamente protetto, facilitando una **desensibilizzazione sistematica** che riduce la risposta ansiosa o disforica ad esse collegata.

b) Ristrutturazione cognitiva mediata dalla suggestione:

Attraverso l'uso di **suggestioni dirette, metafore terapeutiche o scenari immaginativi guidati**, è possibile promuovere una **ridefinizione del significato dell'esperienza traumatica**, modificando credenze disfunzionali legate alla **colpa**, alla **vergogna** o all'**impotenza appresa**.

c) Integrazione narrativa del ricordo traumatico:

L'ipnosi facilita la **rielaborazione e l'inserimento delle memorie traumatiche all'interno di una narrazione autobiografica** che promuova l'integrazione del trauma nel senso di continuità del Sé.

d) Riduzione dei sintomi post-traumatici e psicosomatici:

L'intervento ipnotico contribuisce alla **riduzione di sintomi secondari**, tra cui disturbi dell'umore, attacchi di panico, disturbi da somatizzazione, sintomi dissociativi, alterazioni del sonno e disregolazione emotiva. In diversi studi clinici, si osserva una **miglioramento significativo del funzionamento globale** del paziente trattato con tecniche ipnotiche integrate.

3.2 Ipnosi e trauma: un linguaggio dell'inconscio

In soggetti traumatizzati, il linguaggio verbale spesso non è sufficiente: il trauma è conservato **nel corpo e nei sistemi implicitamente mnemonici**, come dimostrato dagli studi di Bessel van der Kolk

(2014). L'ipnosi permette al paziente di accedere **ai ricordi traumatici dissociati** in uno stato protetto, in cui è possibile riformulare l'esperienza attraverso:

- **Distacco controllato** (osservazione del trauma da spettatore)
- **Ristrutturazione immaginativa** (es. "modifica simbolica" del ricordo)
- **Rielaborazione narrativa** e reintegrazione nel Sé

3.3 Tecniche ipnotiche utili nel PTSD

Ecco alcune tecniche fondamentali:

a. Creazione del luogo sicuro

Serve a stabilizzare il paziente e ad ancorarlo a uno spazio interno protetto. Può diventare una base di partenza per accedere ai ricordi traumatici senza attivazione emotiva intensa.

b. Time distortion e regressione controllata

Permette al paziente di "tornare" a momenti chiave del passato, non per riviverli, ma per **osservarli da una nuova prospettiva**, con maggiore senso di controllo e padronanza.

c. Distanziamento percettivo

Tecniche come "vedere su uno schermo" o "guardare da lontano" aiutano il paziente a **modulare l'intensità del ricordo** e a ridurre il rischio di retraumatizzazione.

d. Dialogo con le parti

Basato sulla **teoria degli stati dell'io**, permette al terapeuta di guidare il paziente nel contattare e riconoscere le parti traumatizzate, protettive, critiche o infantili, favorendo un'integrazione armonica.

e. Comandi post-ipnotici positivi

Semplici istruzioni date in stato di trance (es. "quando sentirai quella paura, ricorderai di poterti proteggere") possono avere **un impatto trasformativo nella vita quotidiana** del paziente.

3.4 Evidenze neuroscientifiche

La ricerca ha dimostrato che l'ipnosi può:

- **Modulare l'attività dell'amigdala** (riduzione dell'iperattivazione)
- Aumentare l'attività nelle aree corticali coinvolte nel controllo emotivo (corteccia **prefrontale dorsolaterale**)
- Favorire la **neuroplasticità**, facilitando la costruzione di nuovi circuiti percettivi e mnemonici

In soggetti traumatizzati, l'ipnosi aiuta a **ristabilire connessioni funzionali tra aree corticali superiori e strutture limbiche**, essenziali per la regolazione affettiva.

3.5 Vantaggi dell'ipnosi nel lavoro con il trauma

- Agisce **senza riattivare direttamente il trauma**
- Rende possibile **una narrazione trasformativa**
- Integra **mente conscia e inconscia**
- Favorisce il passaggio da "vittima passiva" a **protagonista del cambiamento**
- Può essere combinata facilmente con altre tecniche terapeutiche (es. strategica breve, EMDR)

Conclusioni

L'ipnosi, lungi dall'essere una tecnica antiquata o suggestiva, rappresenta oggi **uno strumento raffinato, sicuro e potente per l'elaborazione del trauma**. La sua forza sta nella capacità di bypassare i meccanismi di difesa cognitivi e accedere ai livelli più profondi dell'esperienza, favorendo **la ristrutturazione della memoria traumatica e il recupero dell'integrità del Sé**.

CAPITOLO 4

LA PSICOTERAPIA STRATEGICA BREVE NEL PTSD

4.1 Origini e principi fondamentali

La **psicoterapia strategica breve** nasce dall'esperienza della Scuola di Palo Alto, in particolare da autori come Giorgio Nardone e Paul Watzlawick. È un modello terapeutico che punta a **modificare rapidamente le "tentate soluzioni" disfunzionali** che mantengono il problema, utilizzando tecniche di intervento mirate, paradossali e di ristrutturazione percettiva.

Nel contesto del PTSD, la strategia breve si concentra su:

- Riduzione del sintomo invalidante (es. flashback, evitamento)
- Interruzione dei circoli viziosi di paura e ipervigilanza
- Promozione di un cambiamento percettivo e comportamentale profondo e duraturo

4.2 Concetto di "tentata soluzione" e mantenimento del disturbo

La psicoterapia strategica identifica nel PTSD **le tentate soluzioni fallimentari** messe in atto dal paziente per gestire il trauma, come:

- Evitamento totale di situazioni o ricordi
- Controllo eccessivo e ipervigilanza
- Soppressione emozionale
- Comportamenti di evitamento e isolamento sociale

Questi tentativi, pur essendo comprensibili, **rinforzano il problema**, creando una spirale di mantenimento del disagio.

4.3 Tecniche strategiche nel trattamento del PTSD

a. Romanzo del trauma

Il romanzo del trauma è una manovra di eccezionale efficacia, poiché interviene in maniera diretta sulla principale coping reaction che mantiene il disturbo, ovvero il tentativo di dimenticare. Mediante questa prescrizione si producono **4 effetti**: innanzitutto la persona esternalizza tutti i ricordi, le immagini, i flashback che continuamente la assillano e, trasferendoli su carta, a poco a poco inizia a liberarsene; il fatto di dover ripercorrere il trauma ogni giorno per iscritto innesca anche una sorta di effetto “abituazione” rispetto ai ricordi traumatici, che ora vengono attivamente e quotidianamente ricercati dalla persona invece che subiti. Il ripercorrere per scritto nel corso dei giorni il tragico evento permette anche di distaccarsi gradualmente dalla paura, dal dolore e dalla rabbia che questo ha provocato, producendo l’ultimo effetto, la ricollocazione temporale del passato nel passato. Il dover consegnare il romanzo al terapeuta, infine, rappresenta una sorta di “rito di passaggio” di superamento dell’evento traumatico.

b. Ristrutturazione percettiva

Attraverso il linguaggio e la guida strategica, il terapeuta induce il paziente a modificare la percezione del trauma o del sintomo, per esempio facendolo vedere sotto una luce diversa o contestualizzandolo diversamente.

c. Uso del linguaggio ipnotico-strategico

Il terapeuta utilizza frasi ambigue, metafore, induzioni parziali di trance per favorire un cambiamento implicito e non conflittuale.

d. Interruzione del pattern di mantenimento

Attraverso interventi mirati si interrompono i circoli di evitamento, dissociazione e iperarousal, spostando il paziente verso strategie più funzionali.

e. Prescrizione del sintomo paradossale

Consiste nel chiedere al paziente di aumentare volutamente o ripetere il comportamento sintomatico (es. rivivere un flashback a comando). Questa tecnica rompe la rigidità del sintomo e spesso ne riduce il potere.

4.4 Flessibilità e rapidità dell'intervento

La psicoterapia strategica breve è particolarmente indicata in ambiti dove il tempo è limitato e il paziente necessita di **risultati visibili in tempi brevi**. Il modello si adatta al singolo caso, mirando a modificare il problema specifico in modo rapido e stabile.

4.5 Criticità e limiti

Nonostante l'efficacia, la strategica breve può risultare meno adatta a pazienti con:

- Trauma complesso e dissociativo grave
- Elevata instabilità emotiva
- Necessità di un lavoro approfondito di integrazione delle parti

Per questi casi, l'integrazione con altri approcci (come l'ipnosi) risulta fondamentale.

La psicoterapia strategica breve rappresenta un approccio pragmatico, diretto e potente per intervenire sul PTSD, rompendo i meccanismi di mantenimento del disturbo e offrendo al paziente nuovi modi di percepire e reagire. Tuttavia, la sua efficacia si moltiplica se combinata con tecniche capaci di lavorare sul piano esperienziale e simbolico, come l'ipnosi.

CAPITOLO 5

SINERGIA TRA IPNOSI E PSICOTERAPIA STRATEGICA BREVE NEL TRATTAMENTO DEL PTSD

5.1 Perché integrare ipnosi e strategica breve?

L'ipnosi e la psicoterapia strategica breve, pur con origini e modalità differenti, condividono **l'obiettivo di facilitare cambiamenti rapidi e profondi** nelle modalità di percezione, emozione e comportamento. Nel trattamento del PTSD, questa integrazione permette di lavorare simultaneamente:

- Sul **piano esperienziale e inconscio** (ipnosi), per accedere a ricordi traumatici dissociati e rielaborarli in un contesto protetto;
- Sul **piano comportamentale e sistemico** (strategica breve), per interrompere i circoli viziosi di mantenimento del disturbo attraverso interventi mirati e paradossali.

Questa complementarità amplia il potenziale terapeutico, rendendo possibile un trattamento più efficace, personalizzato e duraturo.

5.2 Modalità di integrazione

a. Utilizzo della trance ipnotica come cornice di intervento strategico

La trance permette al paziente di entrare in uno stato di maggiore apertura e suggestibilità, facilitando:

- La comprensione e accettazione delle prescrizioni strategiche
- La modulazione dell'ansia e dell'iperarousal durante l'esposizione controllata ai ricordi traumatici
- La ristrutturazione percettiva con minor resistenza

b. Tecniche strategiche adattate allo stato ipnotico

Interventi paradossali, prescrizioni di sintomi, ristrutturazioni percettive possono essere somministrati durante lo stato ipnotico per aumentarne l'efficacia.

c. Dialogo con le parti interne e lavoro sugli stati dell'Io

La psicoterapia strategica breve valorizza il lavoro sulle parti dissociate; l'ipnosi offre un accesso privilegiato per facilitare questo dialogo, portando armonia e integrazione.

5.3 Vantaggi clinici dell'approccio integrato

- **Maggiore rapidità di efficacia:** l'ipnosi accelera il processo di cambiamento suggerito dalla strategia.
- **Maggiore tollerabilità emotiva:** lo stato ipnotico regola il sistema nervoso autonomo, riducendo la sofferenza durante la rielaborazione.
- **Personalizzazione dell'intervento:** l'ipnosi permette di calibrare l'approccio in base alla risposta soggettiva del paziente.
- **Riduzione del rischio di retraumatizzazione:** la dissociazione funzionale è modulata in modo sicuro.

5.4 Esempi pratici di intervento integrato

- Durante una seduta, dopo l'induzione ipnotica, si prescrive al paziente di immaginare di "mettere da parte" il ricordo traumatico come un oggetto che può essere osservato senza coinvolgimento emotivo diretto (ristrutturazione percettiva strategica).
- Uso di prescrizioni paradossali in trance, come "ricordare di sentire il disagio solo quando lo decidi tu", favorendo il controllo sul sintomo flashback.
- Lavoro sulle parti dissociate con tecniche di ipnosi ego-state, guidando un dialogo facilitato che la strategia breve usa per creare nuove soluzioni.

5.5 Limiti e precauzioni

- È fondamentale che il terapeuta sia formato in entrambi gli approcci per garantire sicurezza ed efficacia.
- Alcuni pazienti con traumi complessi possono richiedere una fase iniziale di stabilizzazione più lunga.
- Occorre monitorare attentamente il carico emotivo durante le sedute per evitare rischi di dissociazione patologica.

5.6 Implicazioni per la formazione e la pratica clinica

La sinergia tra ipnosi e psicoterapia strategica breve invita a una formazione integrata, che sviluppi competenze sia sul piano esperienziale sia su quello sistemico-comportamentale. Tale approccio multidimensionale è in grado di fornire ai terapeuti strumenti innovativi e flessibili per affrontare la complessità del PTSD.

L'integrazione di ipnosi e psicoterapia strategica breve rappresenta un'evoluzione promettente nel trattamento del PTSD, capace di combinare profondità, rapidità e sicurezza terapeutica. Attraverso questo approccio, il paziente viene accompagnato in un percorso trasformativo che favorisce il recupero dell'integrità psichica e il reinserimento nella vita quotidiana.

CAPITOLO 6

PROTOCOLLO INTEGRATO E CASI CLINICI

6.1 Proposta di protocollo integrato ipnosi + psicoterapia strategica breve nel PTSD

Fase 1 – Stabilizzazione e creazione di un luogo sicuro (Ipnosi)

- Induzione della trance leggera per favorire rilassamento e sicurezza interna.
- Guida alla creazione di un “luogo sicuro” immaginario, base per il lavoro futuro.
- Esercizi di regolazione emotiva e controllo dell’ansia tramite suggestioni ipnotiche.

Fase 2 – Individuazione delle tentate soluzioni disfunzionali (Strategica breve)

- Analisi delle strategie di evitamento, controllo e soppressione messi in atto dal paziente.
- Spiegazione del meccanismo di mantenimento del sintomo.
- Primo intervento strategico mirato a interrompere comportamenti disfunzionali.

Fase 3 – Accesso e rielaborazione del trauma (Ipnosi + Strategica)

- Induzione ipnotica con tecniche di distanziamento percettivo.
- Prescrizione strategica del sintomo (es. “rivivi il flashback solo quando lo vuoi”).
- Dialogo con le parti dissociate guidato in trance, favorendo integrazione.

Fase 4 – Consolidamento e rinforzo delle nuove strategie (Ipnosi + Strategica)

- Suggestioni post-ipnotiche per rinforzare il controllo emotivo e comportamentale.
- Ristrutturazioni percettive strategiche per modificare la narrazione traumatica.
- Programmazione di compiti a casa che favoriscano il mantenimento del cambiamento.

6.2 Caso Clinico 1 – Trauma Singolo da Incidente Stradale

1. Anamnesi e Presentazione del Caso

Dati anagrafici e contestuali:

- **Paziente:** Maschio, 35 anni
- **Professione:** Impiegato amministrativo in azienda privata
- **Status relazionale:** Convivente, senza figli
- **Precedenti psicopatologici:** Assenti. Nessuna storia di disturbi psicologici o farmacologici. Nessuna esperienza precedente di psicoterapia.

Evento traumatico:

Tre mesi prima dell'inizio del trattamento, il paziente è rimasto coinvolto in un grave incidente stradale. Mentre si recava al lavoro, ha perso il controllo del veicolo per cause non del tutto chiarite (probabile distrazione o fondo stradale scivoloso), con conseguente ribaltamento completo dell'auto. Fortunatamente, il paziente non ha riportato lesioni fisiche gravi, se non qualche contusione superficiale. Tuttavia, l'impatto emotivo è stato notevole: il paziente ha riferito di aver vissuto intensamente la sensazione di "morte imminente", con forte senso di impotenza, tachicardia, annebbiamento mentale e distacco dalla realtà nei momenti successivi all'impatto.

Sintomatologia riportata all'ingresso in terapia:

- **Flashback visivi e intrusivi** riguardanti l'incidente, soprattutto l'immagine dell'auto che si ribalta, suoni metallici violenti e il senso di soffocamento vissuto mentre era capovolto.
- **Ipervigilanza marcata**, in particolare quando si trova in auto (sia come guidatore sia come passeggero), con reazioni di allarme sproporzionate a stimoli minimi (frenate brusche, rumori improvvisi).
- **Disturbi del sonno**, con risvegli improvvisi, difficoltà ad addormentarsi e sogni disturbanti, anche se non sempre direttamente collegati all'incidente.
- **Ansia anticipatoria intensa** prima di mettersi alla guida, con evitamento frequente di percorsi abituali che evocano il trauma.
- **Compromissione funzionale:** Il paziente ha iniziato a delegare spesso la guida alla compagna, riducendo drasticamente gli spostamenti autonomi.

Diagnosi suggerita:

Sebbene non siano soddisfatti tutti i criteri per un PTSD pienamente strutturato secondo il DSM-5 (mancano alcune caratteristiche dissociative), il quadro clinico evidenzia un **Disturbo da Stress Post-Traumatico parziale**, con un impatto significativo sulla qualità della vita.

2. Obiettivi Terapeutici

L'intervento ha mirato a:

- **Ridurre l'intensità e la frequenza dei flashback** e delle immagini intrusive.
- **Incrementare la capacità del paziente di gestire l'attivazione emotiva**, attraverso strategie di autocontrollo.
- **Ripristinare il senso di sicurezza** nella guida e nelle attività quotidiane.
- **Favorire una rielaborazione funzionale del trauma**, attraverso tecniche esperienziali e simboliche.
- **Recuperare la normale routine di vita**, inclusa la guida, il riposo notturno e l'autonomia personale.

3. Trattamento Integrato: Ipnosi e Terapia Strategica Breve

Il trattamento è stato condotto in sei sedute, nell'arco di circa dodici settimane, secondo un modello integrato che ha unito approcci ipnotici e tecniche proprie della Terapia Strategica Breve.

Seduta 1: Colloquio iniziale e costruzione dell'alleanza terapeutica

- Esplorazione dettagliata dell'evento traumatico, con attenzione particolare ai momenti di alterazione percettiva (es. "mi sentivo come se fossi fuori dal corpo", "tutto era rallentato").
- Riformulazione del sintomo in chiave funzionale: i sintomi vengono presentati come **tentativi della mente di proteggersi**, piuttosto che come malfunzionamenti. Questo linguaggio riduce la resistenza e aumenta la collaborazione terapeutica.
- Introduzione dell'ipnosi come strumento per accedere alle risorse mentali e gestire l'impatto del ricordo. Il paziente accoglie con curiosità la proposta, pur manifestando una leggera diffidenza iniziale.

Seduta 2: Induzione ipnotica e costruzione del luogo sicuro

- **Tecnica utilizzata:** Induzione progressiva e guidata di uno stato di trance leggera, seguita dalla costruzione immaginativa di un "**luogo sicuro**", un ambiente mentale in cui il paziente può sentirsi protetto e calmo.
- Il paziente sceglie un paesaggio naturale vissuto durante l'infanzia (un prato vicino alla casa dei nonni) come suo rifugio mentale.
- Introduzione di un "**segnale di sicurezza**" (un gesto delle dita e una parola chiave) che può essere evocato anche al di fuori della trance per ridurre l'attivazione emotiva.
- Nelle settimane successive, il paziente riferisce un **miglioramento soggettivo nel sonno**, con meno risvegli notturni.

Seduta 3: Prescrizione strategica del sintomo in trance

- **Tecnica chiave: “Prescrizione del sintomo”** in stato ipnotico. Il paziente viene invitato a **evocare volontariamente le immagini intrusive**, dentro lo stato di trance, in un contesto di controllo.
- Il terapeuta guida l’esperienza in modo da trasformare le immagini da “irruenti” a “richiamabili”, con il **paradosso terapeutico**: “Se puoi chiamarle tu, allora sei tu a decidere, non loro.”
- Il paziente riferisce una **riduzione significativa dell’intensità emotiva dei flashback**, con un senso crescente di padronanza del proprio vissuto.

Seduta 4: Ristrutturazione percettiva del ricordo traumatico

- L’intervento ipnotico si focalizza su una **trasformazione percettiva del ricordo**: le immagini dell’incidente vengono riviste “a distanza”, come su uno schermo, con possibilità di “modificarne” la qualità visiva (es. colori meno intensi, suoni ovattati, rallentamento della scena).
- Introduzione della metafora della **“cornice” mentale**, che delimita e ridimensiona il ricordo, facilitando la rielaborazione senza riattivazione.
- Durante la seduta, il paziente riesce a **rivedere l’intera scena senza attivazione intensa**, e al termine riporta un senso di sollievo e distacco.

Seduta 5: Tecniche strategiche per l’evitamento e l’ansia anticipatoria

- **Romanzo del Trauma**: ogni giorno mettere per iscritto tutte quelle immagini e sensazioni che la invadono, insistendo il più possibile sui dettagli più drammatici accaduti e sulle emozioni negative correlate
- Viene prescritto un esercizio comportamentale: **guidare in tragitti brevi**, inizialmente con una persona di fiducia, e poi da solo, con uso del gesto-sicurezza appreso.

Seduta 6: Consolidamento e chiusura del trattamento

- Riferisce una **quasi completa scomparsa dei flashback**, da 3-4 episodi al giorno a uno o due alla settimana, con bassa intensità.
- **Guida ripresa regolarmente**, anche nei tratti stradali prima evitati.
- Miglioramento generale del tono dell’umore, della qualità del sonno e della percezione di sé.
- Si lavora sull’**autoefficacia**, rinforzando le strategie autonome e introducendo semplici esercizi di **autoipnosi**, da usare in caso di bisogno futuro.

4. Esito del Trattamento

- **Flashback:** ridotti drasticamente in frequenza e intensità.
- **Ipervigilanza:** completamente assente alla fine del trattamento.
- **Evitamenti:** superati, con piena ripresa della guida.
- **Funzionalità quotidiana:** ristabilita.
- **Autonomia psicologica:** migliorata, con uso attivo di strumenti interiorizzati (gesto-sicurezza, autoipnosi).
- **Follow-up:** a un mese, il paziente mantiene i miglioramenti, senza recidive.

5. Considerazioni Finali

Questo caso illustra l'efficacia di un approccio terapeutico integrato che **combina ipnosi e tecniche strategiche brevi** nel trattamento di un trauma singolo. L'uso dell'ipnosi ha facilitato l'accesso al vissuto emotivo senza retraumatizzazione, mentre le strategie paradossali hanno agito su evitamento e percezione di controllo.

In soli sei incontri, è stato possibile ottenere un **ripristino funzionale completo** e un'autonomia emotiva del paziente, dimostrando la **potenza trasformativa di un intervento mirato, breve e focalizzato sulle risorse** piuttosto che sul sintomo.

6.3 Caso clinico 2: Trauma Complesso da Abuso Infantile

1. Anamnesi e Presentazione del Caso

Paziente: Femmina, 40 anni, impiegata part-time, single, vive sola.

Storia traumatica: La paziente riferisce una storia di abusi sessuali ripetuti subiti tra i 7 e i 12 anni da un familiare adulto. Nessuna denuncia o intervento all'epoca. Durante l'adolescenza e la prima età adulta, ha vissuto relazioni disfunzionali, esperienze di svalutazione e auto-esclusione.

Sintomatologia riferita:

- Episodi dissociativi (senso di irrealtà, perdita del contatto corporeo) in situazioni sociali o affettive;
- Senso di colpa cronico e autoaccuse ricorrenti;
- Evitamento sociale marcato, tendenza all'isolamento e alla ruminazione;
- Difficoltà nella regolazione emotiva (labilità affettiva, pianto improvviso, senso di vuoto);
- Episodi di auto-svalutazione verbale e pensieri di indegnità;
- Disturbi del sonno (fatica ad addormentarsi, incubi occasionali);
- Livello funzionale ridotto: pur lavorando, riferisce fatica a mantenere relazioni e obiettivi.

Diagnosi suggerita: Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (CPTSD), secondo ICD-11, con tratti dissociativi e disregolazione affettiva.

Assenza di psicopatologia grave in comorbidità, ma presenza di tratti ansiosi e depressivi residui.

2. Obiettivi Terapeutici

- Costruire una base sicura interna e favorire la stabilizzazione emotiva;
- Interrompere le tentate soluzioni disfunzionali (colpa, evitamento, isolamento);
- Ridurre la dissociazione e favorire la riconnessione mente-corpo;
- Integrare le "parti dissociate" del Sé (bambina traumatizzata, parte critica, parte adulta);
- Potenziare l'autoefficacia e l'identità non traumatica della paziente.

3. Trattamento Integrato

Durata: 15 sedute distribuite in circa 6 mesi.

Seduta 1: Colloquio iniziale e costruzione dell'alleanza

- Raccolta narrativa rispettosa e parziale del vissuto traumatico, evitando l'invito alla rievocazione dettagliata.
- Si lavora sulla legittimazione del dolore e sulla normalizzazione dei sintomi come "reazioni di sopravvivenza".
- Primo accenno all'uso dell'ipnosi come spazio sicuro di contenimento.

Seduta 2: Induzione ipnotica e costruzione del luogo sicuro

- Induzione lieve, focalizzata su sensazioni corporee rassicuranti.
- Costruzione immaginativa di un "rifugio sicuro" (paesaggio, stanza, luogo simbolico).
- Introduzione di un gesto-ancora da usare nei momenti di attivazione.
- La paziente riferisce un primo beneficio: maggiore facilità ad addormentarsi.

Seduta 3: Rinforzo del luogo sicuro e delle figure protettive

- Rafforzamento della visualizzazione ipnotica con aggiunta di “figure di protezione interne” (es. animale guida, presenza adulta).
- Utilizzo di un linguaggio simbolico per evitare attivazioni.
- Compito assegnato: “rivisitare” il luogo sicuro per 5 minuti al giorno.

Seduta 4: Analisi delle tentate soluzioni disfunzionali

- Si esplora con approccio strategico come la paziente cerca di gestire il dolore: evitamento, isolamento, ipercontrollo emotivo, ruminazione.
- Viene introdotto il principio paradossale: “ciò che fai per proteggerti, a volte ti mantiene prigioniera”.
- Compito osservativo: “monitorare ogni volta in cui ti colpevolizzi” durante la giornata.

Seduta 5: Intervento strategico sulla colpa

- Tecnica prescrittiva: “giornata della colpa” → la paziente deve deliberatamente amplificare e verbalizzare ogni pensiero colpevolizzante.
- Obiettivo: smascherare il meccanismo automatico e svuotare la potenza emotiva del sintomo.
- Risultato: la paziente inizia a riconoscere la colpa come una “voce interna” che non coincide con la sua parte adulta.

Seduta 6: Dissociazione e ancoraggio corporeo

- Lavoro ipnotico sul “ritorno al corpo”: focus su sensazioni tattili, peso, respiro.
- Introduzione di ancoraggi corporei (es. mano sul cuore) per interrompere episodi dissociativi.
- La paziente riferisce minor frequenza degli episodi di derealizzazione.

Seduta 7: Diario strategico delle autoaccuse

- Viene assegnato un diario strutturato: ogni pensiero autoaccusatorio va scritto, contestualizzato e analizzato.
- Durante la seduta, si identificano le frasi ricorrenti e il loro “tono”.
- Si comincia a distinguere tra **voce critica** e **voce adulta**.

Sedute 8–9: Dialogo ipnotico con le parti dissociate

- Induzione ipnotica e visualizzazione simbolica delle diverse “parti interne”:
 - La bambina ferita
 - La parte critica (colpevolizzante)
 - La parte adulta (protettiva)
- Il terapeuta guida un dialogo interno per facilitare l’ascolto, la comprensione e la ricomposizione.
- Reazione intensa ma positiva: la paziente riferisce sogni vividi e maggiore centratura nei giorni seguenti.

Seduta 10: Tecnica del “rituale di passaggio” in trance

- In stato ipnotico, viene proposta una scena simbolica in cui la bambina si affida all’adulta, ricevendo protezione e accoglienza.
- La scena è costruita dalla paziente in modo personale e potente.
- Effetto: sensazione di “essere intera” per la prima volta.

Sedute 11–13: Consolidamento della nuova narrazione di sé

- Si lavora sull’integrazione narrativa: la paziente non si definisce più solo attraverso il trauma.
- Tecnica della “mappa dell’identità non traumatica”: ricostruzione di valori, desideri e qualità personali.
- Vengono introdotti piccoli gesti di cura quotidiana come segnali di riconquista di sé.

Seduta 14: Esercizi di autoipnosi e autonomia

- Vengono insegnati esercizi di autoipnosi focalizzati su sicurezza, centratura, regolazione emotiva.
- La paziente è guidata a personalizzare il proprio script ipnotico.
- Riferisce di usarlo già con beneficio nei momenti critici.

Seduta 15: Chiusura e rielaborazione del percorso

- Si ripercorre l’intero percorso con la paziente, mettendo in luce le conquiste:
 - Maggiore senso di dignità
 - Riduzione della dissociazione
 - Riduzione drastica della colpa
 - Riconnessione emotiva e narrativa
- Si pianificano follow-up a distanza.

4. Esito del Trattamento

- **Riduzione degli episodi dissociativi** (da frequenti a rari e gestibili);
- **Sensibile riduzione del senso di colpa e delle autoaccuse**;
- **Incremento della regolazione affettiva**: passaggio da crisi emotive imprevedibili a gestione consapevole;
- **Recupero della funzione sociale**: inizia a uscire con una cerchia ristretta di persone fidate;
- **Aumento del senso di coerenza personale**: non si definisce più solo "come vittima".

5. Considerazioni Finali

Questo caso dimostra come, anche nel trattamento del trauma complesso, l'integrazione tra **ipnosi clinica e Terapia Strategica Breve** possa produrre un cambiamento profondo e stabile. L'ipnosi ha fornito spazi sicuri e strumenti per accedere alle parti dissociate senza riattivarle traumaticamente, mentre la terapia strategica ha permesso di scardinare le modalità disfunzionali attuali, come l'autoaccusa e l'isolamento. La paziente ha ricostruito un senso di sé non più centrato sul dolore passato, ma sulla possibilità di vivere con maggiore integrità, calma e dignità.

6.4 Caso clinico 3: PTSD da Aggressione Fisica

1. Anamnesi e Presentazione del Caso

Paziente: Maschio, 28 anni, impiegato nel settore della logistica. Celibe, vive da solo.

Evento traumatico: Due mesi prima dell'inizio del trattamento è stato vittima di un'aggressione fisica non premeditata da parte di sconosciuti in un locale notturno. L'evento ha avuto un forte impatto emotivo. Non ha riportato danni fisici gravi, ma il vissuto è stato percepito come mortale ("ho pensato di morire").

Sintomatologia riferita:

- Incubi ricorrenti legati all'aggressione.
- Evitamento sistematico di luoghi affollati, in particolare locali pubblici e mezzi di trasporto.
- Ipervigilanza costante, specialmente nelle ore serali.
- Irritabilità e difficoltà di concentrazione.
- Ansia anticipatoria prima di uscire di casa.

Diagnosi suggerita: PTSD parziale (DSM-5): non tutti i criteri sono soddisfatti in modo pieno, ma è presente un importante impatto sul funzionamento sociale e relazionale.

Precedenti psicopatologici: Nessuna storia pregressa di disturbi psichici.

2. Obiettivi Terapeutici

- Ridurre la frequenza e l'intensità degli incubi notturni.
- Interrompere il meccanismo di evitamento e migliorare la tolleranza all'esposizione sociale.
- Ridurre lo stato costante di ipervigilanza.
- Favorire una narrazione alternativa del trauma, integrata e meno minacciosa.
- Ripristinare una percezione interna di sicurezza e controllo.

3. Trattamento Integrato (8 Sedute)

Seduta 1 – Colloquio iniziale e costruzione dell'alleanza

- Raccolta dettagliata del racconto traumatico, con attenzione al linguaggio percettivo del paziente ("ho sentito il cuore esplodere", "vedevo tutto rallentato").
- Introduzione del concetto di "sintomo come protezione": l'evitamento e l'ipervigilanza come tentativi della mente di "prevenire il pericolo".
- Primo contatto con il modello ipnotico: spiegazione dell'ipnosi come "forma guidata di attenzione protettiva".

Seduta 2 – Induzione ipnotica e costruzione del luogo sicuro

- Induzione ericksoniana morbida, adattata allo stile visivo del paziente.
- Costruzione guidata di un "luogo sicuro": uno spazio mentale protettivo in cui rifugiarsi in caso di attivazione emotiva.
- Associazione di un gesto-simbolo (tocco del polso sinistro) come ancora di sicurezza da utilizzare anche nella veglia.
- Il paziente riferisce di aver dormito meglio nei giorni successivi.

Seduta 3 – Prescrizione strategica dell'ansia (paradosso ipnotico)

- In stato di trance si guida il paziente a "decidere di sentirsi ansioso" in un momento prestabilito della giornata.
- Obiettivo: ribaltare il rapporto di potere tra paziente e sintomo ("non sei tu a subire l'ansia, sei tu a evocarla").
- In ambito strategico, si prescrive un rito quotidiano di "5 minuti di ansia volontaria".
- Il paziente riporta una diminuzione delle reazioni ansiose impreviste.

Seduta 4 – Esposizione immaginativa e desensibilizzazione in trance

- Rievocazione in trance dell'aggressione, inizialmente osservata da uno "schermo mentale".

- Si lavora per ridurre l'intensità emotiva del ricordo, applicando tecniche ipnotiche di "distanziamento percettivo".
- Introduzione di una "cornice protettiva" per osservare il ricordo, che viene lentamente modificato (voce ovattata, immagini rallentate).
- Il paziente riferisce minore intensità degli incubi la settimana seguente.

Seduta 5 – Dialogo con le parti dissociate (ego-states)

- In trance, si facilita il dialogo interno tra la parte "terrorizzata" e la parte "razionale" del paziente.
- Il terapeuta usa metafore ("la sentinella e il comandante") per favorire l'integrazione funzionale.
- Obiettivo: responsabilizzare la parte spaventata, mostrando che oggi il pericolo è finito, ma che può restare come funzione di vigilanza adattiva, non disfunzionale.

Seduta 6 – Inizio dell'esposizione comportamentale strategica

- Si introduce un compito a casa: frequentare brevemente un ambiente affollato, inizialmente con una persona di fiducia.
- Tecnica della "scala dell'esposizione" (prove di esposizione non forzata segnate in una mappa) : si pianificano contesti sempre meno protetti.
- In trance, il paziente si visualizza mentre entra in uno di questi luoghi e utilizza il gesto-ancora per mantenere la calma.

Seduta 7 – Ristrutturazione simbolica del trauma in trance

- Il ricordo viene guidato in trance verso una trasformazione narrativa: da evento mortale a "esperienza estrema da cui sono uscito vivo".
- Il paziente è aiutato a visualizzare il Sé futuro: un sé rinforzato che ha imparato a proteggersi senza rinunciare alla vita sociale.
- Rilascio di suggestioni post-ipnotiche di forza, stabilità, e padronanza emotiva.

Seduta 8 – Consolidamento e chiusura del ciclo terapeutico

- Il paziente riferisce assenza di incubi nelle ultime due settimane.
- Ha frequentato un locale con amici senza sintomi marcati di ipervigilanza.
- Si lavora sull'autoefficacia: viene introdotta l'autoipnosi, con l'uso del gesto ancora e della visualizzazione del luogo sicuro.
- Discussione sull'autonomia post-trattamento e su come "farsi da sé" il proprio contenitore sicuro in situazioni nuove.

4. Esito del Trattamento

- Riduzione completa degli incubi notturni.
- Ripresa dell'attività sociale, con esposizione a contesti prima evitati.
- Diminuzione marcata dell'ipervigilanza e della reattività ansiosa.
- Il paziente riferisce una nuova capacità di fidarsi gradualmente degli altri.
- Trattamento concluso in 8 sedute, distribuite in circa 10 settimane.

5. Considerazioni Finali

Questo caso mostra come un protocollo integrato di ipnosi e Terapia Strategica Breve, fondato sull'approccio clinico di Granone e del CIICS di Torino, possa portare in tempi brevi a un significativo miglioramento dei sintomi post-traumatici. La forza dell'ipnosi è stata quella di creare uno spazio interno protetto e accessibile, mentre l'intervento strategico ha permesso di destrutturare la rigidità del sintomo. L'interazione tra questi due linguaggi terapeutici ha reso possibile un recupero funzionale profondo e stabile

6.5 Caso clinico 4: PTSD da Risveglio Intraoperatorio (Awareness chirurgica)

1. Anamnesi e Presentazione del Caso

- **Paziente:** Femmina, 45 anni, impiegata, sposata, madre di due figli adolescenti.
- **Evento traumatico:** Risveglio intraoperatorio durante un intervento d'urgenza (laparotomia esplorativa per sospetta perforazione intestinale). La paziente riferisce di "sentire tutto" ma essere incapace di muoversi o comunicare.
- **Sintomatologia riferita:**
 - Flashback intensi e intrusivi (odori, luci, frasi udite in sala operatoria);
 - Attacchi di panico, soprattutto in ambienti chiusi o medicalizzati;
 - Ansia anticipatoria legata a controlli clinici o procedure mediche;
 - Disturbi del sonno con risvegli improvvisi;
 - Ipervigilanza e comportamento evitante (visite mediche, ospedali, notiziari sanitari).

- **Diagnosi suggerita:** Disturbo da stress post-traumatico con componente dissociativa (secondo criteri DSM-5).

2. Obiettivi Terapeutici

- Favorire la stabilizzazione emotiva e somatica.
- Ridurre i flashback e gli attacchi di panico.
- Ristrutturare la narrazione traumatica dell'intervento.
- Recuperare il senso di controllo e di sicurezza.
- Integrare l'esperienza traumatica nella storia personale in modo funzionale.

3. Trattamento Integrato (9 sedute)

Seduta 1 – Colloquio iniziale e alleanza terapeutica

- Raccolta dettagliata del vissuto traumatico con particolare attenzione alla componente somatica e dissociativa.
- Introduzione del concetto di “memoria corporea” e dell'ipnosi come strumento di accesso e modulazione.
- Cornice strategica: si normalizza il sintomo come tentativo protettivo della mente e del corpo di “non rivivere” l'impotenza subita.

Seduta 2 – Induzione ipnotica e creazione del luogo sicuro

- Tecnica di induzione indiretta (secondo modello CIICS) con focus sul respiro, tono muscolare e immaginazione visiva.
- Costruzione immaginativa di un “luogo sicuro” dove la paziente possa rifugiarsi in caso di attivazione emotiva.
- Introduzione di un “ancoraggio corporeo” (pressione delle dita) associato a uno stato di calma.
- Prima riduzione dell'ansia segnalata durante la settimana.

Seduta 3 – Intervento strategico sull’ipercontrollo

- Identificazione della “tentata soluzione” del controllo e dell’evitamento: la paziente cerca di monitorare ogni segnale corporeo, peggiorando l’ansia.
- Prescrizione paradossale: “quando sente che sta per avere un attacco, si siede e lo provochi volontariamente per due minuti”.
- Effetto: paradossalmente la sensazione di ansia diminuisce perché non più percepita come imprevedibile.

Seduta 4 – Ristrutturazione ipnotica percettiva della scena chirurgica

- Accesso in trance guidata allo “schermo mentale”: la paziente osserva il ricordo da una distanza emotiva e percettiva.
- Tecnica dell’**osservatore protetto**: si immagina se stessa adulta che guarda sé stessa sul tavolo operatorio, ma stavolta con possibilità di aiutarsi e consolare.
- Risultato: la scena perde parte della sua intensità emotiva, iniziano sogni più coerenti e meno ansiogeni.

Seduta 5 – Lavoro con la memoria corporea e rilassamento somatico profondo

- Focus sulla respirazione diaframmatica guidata in trance, con esplorazione delle sensazioni corporee “sicure”.
- Suggestioni ipnotiche di “nuova memoria fisica”: costruzione immaginativa di un corpo che respira, si rilassa, si muove con libertà e fiducia.
- Risultato: diminuzione degli episodi di iperventilazione e tachicardia durante la settimana.

Seduta 6 – Prescrizione strategica del “romanzo del Trauma”

- **Romanzo del Trauma**: ogni giorno mettere per iscritto tutte quelle immagini e sensazioni che la invadono, insistendo il più possibile sui dettagli più drammatici accaduti e sulle emozioni negative correlate

Seduta 7 – Narrazione alternativa del trauma

- In trance, viene guidata nella **rinarrazione simbolica** dell’intervento: da esperienza passiva a evento affrontato con forza e sopravvivenza.
- Immagina di scrivere una lettera alla sé del passato che sta vivendo il risveglio, aiutandola a sapere che è sopravvissuta e che ora ha risorse.
- Emozione di sollievo e commozione durante la seduta.

Seduta 8 – Esposizione simbolica e desensibilizzazione

- In trance, simulazione di una visita medica: la paziente “entra” nell’ambiente ospedaliero ma con nuove risorse attive e strumenti protettivi.
- Prescrizione strategica: guardare una serie TV medica per 10 minuti ogni giorno e monitorare le reazioni.
- Riferisce diminuzione dell’evitamento e aumento della padronanza.

Seduta 9 – Consolidamento e autoipnosi

- Revisione delle tecniche apprese: luogo sicuro, schermo mentale, interruttore della calma.
- Introduzione della tecnica di **autoipnosi guidata** (secondo modello Granone) da svolgere quotidianamente.
- Bilancio finale: la paziente riferisce una sensazione di forza nuova, meno panico, maggiore qualità del sonno, ripresa della fiducia nei controlli clinici.

4. Esito del Trattamento

- Attacchi di panico drasticamente ridotti (da 4-5 a uno in 3 settimane).
- Flashback meno frequenti e meno disturbanti.
- Riacquisizione di un senso di controllo corporeo ed emotivo.
- Esposizione a contesti medici nuovamente possibile.
- Miglioramento soggettivo del tono dell’umore, qualità del sonno e relazioni familiari.
- Trattamento completato in 9 sedute nell’arco di circa 3 mesi.

5. Considerazioni Finali

Questo caso evidenzia l’efficacia di un protocollo ipnotico-strategico nel trattamento di PTSD secondario a traumi medici. La combinazione tra tecniche di ristrutturazione ipnotica e strategie paradossali ha permesso di riattribuire significato all’esperienza traumatica, ridurre la carica emotiva e potenziare l’autoregolazione emotiva e fisiologica del paziente. L’intervento ha integrato competenze corporee, cognitive ed emozionali, in una cornice terapeutica orientata alla rapidità e alla stabilità del cambiamento.

6.6 Caso clinico 5: PTSD da Catastrofe Naturale (Terremoto).

1. Anamnesi e Presentazione del Caso

Paziente: Maschio, 50 anni, impiegato, sposato, due figli.

Evento traumatico: Sopravvissuto a un violento terremoto 8 mesi prima, durante il quale ha perso due familiari stretti (fratello e nipote) rimasti sepolti sotto le macerie. Il paziente è stato estratto vivo dopo ore sotto le rovine.

Sintomatologia riferita:

- Incubi notturni ricorrenti con suoni di crolli e urla.
- Ipersensibilità a rumori improvvisi (porte che sbattono, sirene, tonfi).
- Evitamento di zone urbane densamente popolate (centri commerciali, uffici alti).
- Stato costante di allerta (ipervigilanza), con sintomi di ansia generalizzata.
- Senso di colpa per essere sopravvissuto (sintomo dissociativo di depersonalizzazione episodica).
- Evitamento del dialogo sull'evento con familiari o colleghi.

Diagnosi suggerita: Disturbo da stress post-traumatico (PTSD cronico, secondo DSM-5).

2. Obiettivi Terapeutici

- Stabilizzare l'emotività e ridurre l'iperattivazione del sistema nervoso autonomo.
- Ridurre la frequenza e l'intensità degli incubi e dei flashback sensoriali.
- Lavorare sul senso di colpa e facilitare l'integrazione emotiva del trauma.
- Favorire la graduale esposizione alla vita sociale e agli ambienti urbani.
- Restituire un senso di sicurezza interna e continuità del Sé.

3. Trattamento Integrato

Seduta 1 – Colloquio iniziale e costruzione dell'alleanza terapeutica

- Esplorazione del vissuto traumatico e delle risposte emotive post-terremoto.
- Introduzione del concetto di "protezione soggettiva" dei sintomi: la mente cerca di sopravvivere anche nel dolore.
- Accenno al lavoro ipnotico come metodo per "entrare e uscire" in sicurezza dai ricordi più disturbanti.

Seduta 2 – Induzione ipnotica e costruzione del luogo sicuro

- Induzione ipnotica formale con focalizzazione visiva e respiratoria (metodo Granone).
- Costruzione guidata del “luogo sicuro”: un ambiente immaginario in cui il paziente può rifugiarsi nei momenti di crisi.
- Introduzione del segnale di sicurezza (es. mano sul cuore) da usare fuori dalla trance.
- Effetti immediati: riduzione della tensione muscolare, miglioramento soggettivo della qualità del sonno.

Seduta 3 – Stabilizzazione emotiva e desensibilizzazione sensoriale (ipnosi)

- Rilavorazione ipnotica sui rumori improvvisi come “segnali di allarme” che possono ora essere decodificati come “segnali di protezione”.
- Suggestioni post-ipnotiche per rallentare il battito cardiaco e calmare il respiro ogni volta che si sente un rumore improvviso.
- Inizia una desensibilizzazione spontanea agli stimoli uditivi.

Seduta 4 – Prescrizione strategica paradossale dell’ansia

- Introduzione della tecnica della “pausa dell’ansia”: prescrizione strategica paradossale in cui si invita il paziente a “scegliere volontariamente un momento della giornata in cui sentire tutta l’ansia possibile”.
- Obiettivo: riprendere controllo sul sintomo e depotenziare la sua imprevedibilità.
- In trance, si ancora questa capacità alla volontà del paziente (“tu decidi quando”).

Seduta 5 – Ristrutturazione percettiva del ricordo traumatico (ipnosi)

- In trance, il paziente è guidato a visualizzare il terremoto come un film su uno schermo, da osservare con distacco crescente.
- Progressiva desaturazione dei colori, rallentamento delle immagini, e sovrapposizione di metafore di protezione (scudo, vetro protettivo).
- Effetto: drastica riduzione della risposta emotiva al ricordo.

Seduta 6 – Lavoro strategico sul senso di colpa

- Dialogo strategico per identificare e interrompere i pensieri disfunzionali del tipo: “se fossi stato più veloce...”, “perché loro e non io?”.
- Prescrizione paradossale: scrivere ogni giorno una **lettera di colpa**, per 15 minuti esatti senza rileggerla e poi strapparla.
- Scopo: esaurire il senso di colpa attraverso l’espressione ritualizzata.

Seduta 7 – Integrazione delle parti dissociate (Ipnosi profonda)

- Ego-state therapy ipnotica: identificazione delle “parti congelate” nel trauma (es. “il sopravvissuto”, “il colpevole”, “il bambino spaventato”).
- Facilitazione del dialogo e della coesione tra queste parti attraverso metafore terapeutiche (“unire le stanze di una casa danneggiata”).
- Il paziente riporta per la prima volta sogni diversi dall’evento.

Seduta 8 – Esposizione guidata e graduale alla città

- Compito strategico: scegliere una zona urbana inizialmente evitata e pianificare una breve esposizione (5-10 minuti), segnando ogni giorno il percorso fatto senza forzature in una mappa della città.
- In trance, visualizzazione anticipata e “positiva” dell’esposizione.
- L’ansia riferita durante le prove reali è significativamente inferiore al previsto.

Seduta 9 – Consolidamento delle risorse interne (Ipnosi e strategia)

- Seduta focalizzata sul “ritrovamento delle forze”: il terapeuta guida il paziente in trance a riconoscere le proprie risorse sopravvissute (resilienza, amore, lucidità).
- Prescrizione strategica: ogni sera, annotare tre segnali di sicurezza e stabilità vissuti nella giornata.
- L’autoefficacia percepita aumenta, e il paziente riporta meno incubi.

Seduta 10 – Rielaborazione simbolica e rituale di chiusura

- In trance, il paziente è guidato a costruire simbolicamente un “tempio interiore della memoria” in cui può onorare i defunti senza rimanere imprigionato nel dolore.
- Viene introdotto un esercizio di autoipnosi guidata da registrazione personalizzata.
- Si pianifica una progressiva riduzione delle sedute.

Seduta 11 – Valutazione degli esiti e follow-up

- Riduzione stabile degli incubi (da 5-6 a meno di uno a settimana).
- Il paziente riesce a frequentare nuovamente il centro della città senza crisi.
- Senso di colpa in forte remissione, sostituito da emozioni più funzionali come gratitudine e progettualità.
- Si concorda la chiusura del percorso, lasciando aperta la possibilità di sedute di richiamo.

4. Esito del Trattamento

- **Riduzione significativa di ansia, incubi e ipervigilanza.**
- **Recupero della funzionalità sociale** e ritorno a una quotidianità stabile.
- **Integrazione del trauma nella narrazione personale**, senza più blocchi dissociativi.
- **Stabilizzazione emotiva e rafforzamento delle risorse interne.**

5. Considerazioni Finali

Questo caso evidenzia la potenza dell'integrazione tra **ipnosi (Granone/CIICS)** e **Terapia Strategica Breve** nel trattamento del trauma complesso da catastrofe naturale. La possibilità di modulare il livello di accesso al trauma attraverso la trance, unita alla flessibilità delle strategie brevi, consente di affrontare dolore, colpa e paura in modo strutturato e rispettoso delle difese psicologiche del paziente. Il lavoro con il "corpo in allerta" e la mente traumatizzata ha permesso una **restituzione di continuità e significato alla storia personale** del paziente.

6.7 Caso clinico 6: PTSD da violenza domestica

1. Presentazione del caso

Paziente: donna, 38 anni

Diagnosi: Disturbo da stress post-traumatico complesso

Contesto traumatico: violenza domestica prolungata da parte del partner, durata circa 5 anni. Dopo la separazione, la paziente ha sviluppato sintomi dissociativi (senso di irrealtà e distacco corporeo), depressione, anedonia, forte evitamento relazionale e senso di colpa per non aver interrotto prima la relazione abusante.

2. Obiettivi terapeutici

- Stabilizzazione psico-emotiva e riduzione della dissociazione.
- Interruzione delle tentate soluzioni disfunzionali (autoisolamento, ipercontrollo, autoaccusa).
- Rielaborazione del vissuto traumatico in trance ipnotica.
- Rinforzo dell'autostima e ricostruzione della capacità relazionale.

3. Struttura dell'intervento (12 sedute)

Seduta 1 – Colloquio strategico e psicoeducazione + induzione ipnotica preliminare

- Raccolta anamnestica e individuazione delle tentate soluzioni (isolamento, ipercontrollo, ruminazione).
- Spiegazione del funzionamento del PTSD complesso.
- **Induzione ipnotica leggera (modello Granone):** esercizio di rilassamento con focalizzazione visiva e creazione iniziale di “luogo sicuro” (un ambiente interno immaginato dalla paziente dove si sente al riparo e protetta).
- **Compito a casa:** esercizio di visualizzazione del luogo sicuro due volte al giorno.

Seduta 2 – Rafforzamento della stabilizzazione ipnotica

- Verifica dell'uso del luogo sicuro a casa.
- **Induzione in trance media:** si amplifica la suggestione di protezione del luogo sicuro, inserendo un “rifugio interno” con la possibilità di “chiudere fuori” i pensieri disturbanti.
- Introduzione di **tecniche di controllo del respiro e ancoraggi corporei**.
- **Compito a casa:** visualizzazione guidata audio + diario delle reazioni emotive.

Seduta 3 – Analisi strategica delle tentate soluzioni

- Vengono evidenziati i meccanismi disfunzionali: ritiro sociale, senso di colpa, bisogno di controllo.
- **Prescrizione paradossale:** "dedicare 10 minuti al giorno al 'tempo del senso di colpa', ma non oltre", per depotenziare il sintomo attraverso l'iperprescrizione.
- **Induzione ipnotica + suggestione simbolica:** si lavora sulla rappresentazione mentale del senso di colpa come un “peso” da alleggerire durante la trance.
- **Compito a casa: Romanzo del Trauma:** ogni giorno mettere per iscritto tutte quelle immagini e sensazioni che la invadono, insistendo il più possibile sui dettagli più orribili accaduti e sulle emozioni negative correlate, consegnandole poi al terapeuta.

Seduta 4 – Dialogo con le parti dissociate I (Ipnosi + Ego State Therapy)

- In trance, la paziente entra in contatto con “la parte che ha subito” e “la parte che si colpevolizza”.

- Tecnica del **“doppio sé in trance”**: la paziente dialoga con la parte ferita e la parte accusatrice, guidata dal terapeuta.
- **Obiettivo**: creare un primo ponte di ascolto e compassione interna.
- **Compito a casa**: tenere un dialogo scritto tra le due parti, rileggendolo in stato di rilassamento.

Seduta 5 – Interruzione dell’ipercontrollo e del perfezionismo (strategico breve)

- Si analizza la funzione dell’ipercontrollo come falsa protezione.
- **Prescrizione paradossale**: “scegli un’azione quotidiana da compiere in modo volutamente imperfetto”, per smontare il meccanismo perfezionista.
- In trance: si lavora sul simbolo del “giudice interiore” che viene trasformato in una figura più compassionevole.
- **Compito a casa**: continuare la prescrizione con annotazioni.

Seduta 6 – Ristrutturazione percettiva del ricordo traumatico (Ipnosi)

- In trance media-profonda, la paziente osserva una scena significativa del trauma da una distanza emotiva sicura.
- Viene guidata a modificare il contesto percettivo (es. rendere l’immagine sbiadita, lontana, filtrata da un vetro).
- Si lavora sul **“ricontestualizzare” l’evento** senza autoaccuse.
- **Compito a casa**: riascolto della sessione registrata.

Seduta 7 – Rafforzamento dell’identità post-traumatica

- **Tecnica strategica**: individuazione e potenziamento delle risorse personali utilizzate per sopravvivere.
- In trance: la paziente immagina un “futuro Sé guarito” che dialoga con il Sé presente, trasferendo forza, compassione e fiducia.
- **Compito a casa**: scrivere una lettera dal Sé futuro al Sé attuale.

Seduta 8 – Consolidamento dell’integrazione emotiva (Ipnosi profonda)

- Si lavora sulla **fusione simbolica** delle parti dissociate: la bambina impaurita, la donna colpevole, la sopravvissuta.
- Utilizzo di tecniche ipnotiche immaginative: viaggio nel tempo interiore, cerchio protettivo, guarigione simbolica.
- **Suggestioni post-ipnotiche**: “Sei intera, anche nelle tue ferite ora cicatrizzate”.
- Nessun compito, ma richiesta di osservare i sogni.

Seduta 9 – Esposizione graduale a situazioni relazionali

- **Terapia strategica breve:** analisi delle situazioni evitate e costruzione di un'esposizione graduale.
- **Ipnosi + visualizzazione:** la paziente si immagina mentre affronta una situazione relazionale con crescente sicurezza.
- Utilizzo del **luogo sicuro come base interna** da cui partire e a cui tornare.
- **Compito a casa:** primo passo di esposizione + auto-rassicurazione.

Seduta 10 – Revisione delle emozioni residue e rinforzo dell'autostima

- Verifica del vissuto di esposizione.
- Lavoro strategico sulle convinzioni limitanti (“non valgo”, “non merito relazioni sane”).
- In trance: suggestioni di **valore personale**, visualizzazione della paziente in contesti sociali positivi.
- **Compito a casa:** continuare l'esposizione + esercizio di gratitudine verso se stessa.

Seduta 11 – Prevenzione delle ricadute e self-coaching ipnotico

- **Costruzione di un piano di gestione delle crisi future:** il “kit di emergenza emotiva”.
- In trance, si ancora un gesto (es. mano sul cuore) al senso di centratura e protezione.
- **Compito a casa:** elaborare un proprio rituale quotidiano di auto-cura.

Seduta 12 – Chiusura del ciclo e ridefinizione identitaria

- Revisione globale del percorso: da “vittima” a “persona consapevole e resiliente”.
- In trance: **cerimonia simbolica di chiusura** (es. seppellire l'immagine mentale dell'uomo violento, liberarsi da un peso, attraversare una soglia).
- Verbalizzazione dell'identità ritrovata.
- Saluto terapeutico, con futuro follow-up a 3, 6, 12 mesi.

4. Risultati clinici

Al termine delle 12 sedute, la paziente presenta una netta riduzione della sintomatologia dissociativa, un miglioramento dell'umore e una maggiore capacità di gestione delle relazioni. L'autostima è aumentata, il senso di colpa è stato trasformato e integrato, e la paziente è tornata a frequentare ambienti sociali con maggiore serenità.

6.8 Caso clinico 7 – PTSD da Rapimento

1. Anamnesi e Presentazione del Caso

Paziente: Maschio, 32 anni, libero professionista, single.

Evento traumatico: Rapito e tenuto in ostaggio per tre settimane in un ambiente chiuso, minacciato più volte, isolato, con gravi restrizioni sensoriali e alimentari.

Condizioni attuali (inizio trattamento):

- Sintomi intensi di ansia generalizzata
- Ipervigilanza costante (soprattutto in ambienti chiusi o con figure percepite come autoritarie)
- Flashback ricorrenti e non controllabili, anche diurni
- Disturbi del sonno con incubi e risvegli in preda al panico
- Marcata difficoltà nel costruire relazioni affettive o fiduciarie

Diagnosi suggerita: PTSD cronico con sintomi dissociativi (secondo criteri DSM-5).

Anamnesi psichiatrica negativa.

2. Obiettivi Terapeutici

1. Stabilizzare l'emozionalità e ridurre l'iperattivazione del sistema nervoso autonomo
2. Ridurre la frequenza e l'intensità dei flashback
3. Favorire l'integrazione delle parti dissociate legate al trauma
4. Ricostruire la fiducia nelle relazioni interpersonali
5. Ripristinare il senso di sé e la sensazione di sicurezza interna

3. Trattamento Integrato in 10 Sedute

Seduta 1: Colloquio iniziale e costruzione dell'alleanza

- Raccolta narrativa dettagliata del trauma, con attenzione alla percezione del tempo e della perdita di controllo.
- Utilizzo della tecnica dell'“intervista ipnotica” secondo il modello Granone: il paziente viene invitato ad associare immagini, suoni e sensazioni legate al trauma in uno stato di vigilanza attenuata.
- Introduzione al concetto di “funzionalità difensiva” dei sintomi per aggirare la resistenza (strategia breve).
- Prima spiegazione della trance come stato naturale di attenzione selettiva e “luogo di allenamento”.

Seduta 2: Induzione ipnotica e costruzione del luogo sicuro

- Induzione formale secondo Granone (metodo non direttivo, attenzione focalizzata e progressiva disconnessione ambientale).
- Costruzione immaginativa del “luogo sicuro” dove il paziente può rifugiarsi nei momenti di allarme.
- Viene installato un **gesto-ancora** associato alla sensazione di sicurezza da attivare anche in stato di veglia.
- Il paziente riferisce, dopo una settimana, un lieve miglioramento della qualità del sonno.

Seduta 3: Trance e controllo dell'attivazione ansiosa

- In trance viene introdotto il concetto dell'“interruttore mentale dell'ansia”: il paziente immagina di poter modulare volontariamente il volume del sintomo.
- Sviluppo di una routine simbolica: “accendo/spengo l'allarme”.
- Prescrizione strategica paradossale: pianificare volontariamente 10 minuti al giorno in cui “accogliere l'ansia” per ridurne l'imprevedibilità.
- Aumento percepito della padronanza e riduzione della sintomatologia ansiosa nei giorni successivi.

Seduta 4: Analisi delle tentate soluzioni e ristrutturazione strategica

- Esplorazione delle strategie fallimentari di evitamento (es. evitare persone nuove, uscire solo in orari precisi).
- Prescrizione paradossale: scegliere deliberatamente una situazione “minimamente scomoda” da affrontare (es. entrare in un bar affollato).
- Discussione sulla “falsa sicurezza” che rinforza il trauma.
- Il paziente riferisce ansia moderata ma senso di successo per aver affrontato piccoli rischi.

Seduta 5: Incontro con la parte traumatizzata

- In trance si utilizza il linguaggio metaforico per guidare il paziente in un incontro immaginativo con il “sé prigioniero”.
- Il terapeuta funge da “facilitatore di dialogo interno” tra le parti dissociate (es. parte adulta funzionante e parte traumatizzata bloccata nel passato).
- La parte traumatizzata viene simbolicamente “liberata”, rassicurata e integrata nel presente.
- Dopo la seduta il paziente riferisce un pianto liberatorio e una sensazione nuova di compassione verso se stesso.

Seduta 6: Ristrutturazione percettiva del ricordo traumatico

- Tecnica di distanziamento percettivo: il paziente visualizza la scena del rapimento su uno schermo mentale, in bianco e nero, da lontano.
- Il ricordo viene “ri-narrato” in una versione protetta e riformulata in trance.
- L’esperienza viene trasformata in un “evento della memoria” e non più in un contenuto intrusivo del presente.
- Riduzione drastica dell’attivazione emotiva durante la narrazione.

Seduta 7: Consolidamento della sicurezza interna (trance e suggestioni dirette)

- Utilizzo di suggestioni ipnotiche per il potenziamento dell’identità: “Tu sei qui e ora”, “Hai attraversato e superato”.
- Rinforzo delle immagini di stabilità e competenza.
- Introduzione della tecnica dell’“immunizzazione simbolica”: il paziente costruisce un oggetto mentale protettivo da portare con sé nelle situazioni temute.
- Incremento dell’autoefficacia riferito nei giorni successivi.

Seduta 8: Esposizione guidata in trance alle situazioni evitanti

- In trance, il paziente viene guidato a simulare situazioni reali che attivano l’ansia (es. chiusura in spazi stretti, suoni forti).
- L’esposizione avviene in sicurezza, con il supporto delle risorse costruite nelle sedute precedenti.
- Il paziente inizia spontaneamente a desiderare una ripresa della vita sociale.

Seduta 9: Lavoro sul futuro e fiducia relazionale

- In stato ipnotico il paziente esplora uno “scenario futuro” desiderato: fiducia, amicizia, contatto fisico.
- Si lavora sulla de-sensibilizzazione alle emozioni legate alla vulnerabilità.
- Esercizio strategico tra una seduta e l'altra: contatto graduale con persone nuove in ambienti protetti.

Seduta 10: Chiusura, autoipnosi e follow-up

- Si consolidano le competenze acquisite attraverso una sessione di autoipnosi guidata.
- Il paziente viene istruito su come evocare volontariamente uno stato di trance per affrontare momenti critici.
- Valutazione finale: riduzione dei flashback (da 4-5 al giorno a 1-2 a settimana), sonno stabilizzato, ricomparsa del desiderio di socializzazione e progettualità futura.
- Conclusione del ciclo terapeutico con apertura a eventuali sessioni trimestrali di potenziamento.

4. Esito del Trattamento

- Riduzione significativa dei flashback e dell'attivazione ansiosa.
- Integrazione dei contenuti traumatici attraverso l'incontro con le parti dissociate.
- Recupero del senso di sicurezza interna e della fiducia relazionale.
- Trattamento concluso in 10 sedute distribuite su circa 14 settimane.

5. Considerazioni Finali

Questo caso dimostra l'efficacia di un trattamento integrato basato sull'ipnosi clinica (con approccio Granone-CIICS) e la Terapia Strategica Breve.

L'ipnosi ha permesso di accedere alle rappresentazioni traumatiche in modo protetto, facilitandone la trasformazione e l'integrazione.

Le tecniche strategiche hanno spezzato i circoli viziosi mantenuti dalle tentate soluzioni, promuovendo comportamenti funzionali.

L'intervento, breve ma profondo, ha facilitato un cambiamento stabile e autodiretto.

6.9 Caso clinico 8 – PTSD da Incidente sul Lavoro

1. Anamnesi e Presentazione del Caso

Paziente: Maschio, 40 anni, operaio edile specializzato in lavori in quota. Coniugato, due figli, senza precedenti psicopatologici.

Evento traumatico: Caduta da un'impalcatura (circa 4 metri), con contusione lombare e trauma minore. Ricovero breve. Nessuna conseguenza fisica permanente, ma forte impatto emotivo.

Sintomatologia riferita:

- Attacchi di panico improvvisi (sudorazione, tachicardia, senso di derealizzazione);
- Ansia generalizzata, soprattutto in prossimità del cantiere o alla sola idea del lavoro;
- Evitamento sistematico di ambienti lavorativi o situazioni simili;
- Flashback visivi e uditivi dell'incidente (momento della caduta, suoni di lamiere, vuoto allo stomaco);
- Difficoltà a dormire, sogni ricorrenti dell'evento;
- Sensazione di "blocco interno" e perdita di fiducia nelle proprie capacità.

Diagnosi suggerita: Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), con componente fobica.

2. Obiettivi Terapeutici

1. Ridurre l'intensità degli attacchi di panico e dei flashback
2. Potenziare la capacità di autoregolazione emotiva
3. Integrare il ricordo traumatico in modo non disturbante
4. Favorire il ritorno graduale al lavoro senza evitamento
5. Rinforzare la fiducia personale e la resilienza

3. Trattamento Integrato: Ipnosi + Terapia Strategica Breve

Seduta 1: Colloquio iniziale e costruzione dell'alleanza terapeutica

- Ricostruzione dettagliata dell'incidente e dei vissuti successivi.
- Normalizzazione delle reazioni post-traumatiche come "funzionamento protettivo".
- Introduzione del trattamento integrato: "useremo la mente per aiutarti a rielaborare ciò che il corpo ha già superato".
- Prima psicoeducazione sull'ipnosi come stato naturale di attenzione selettiva.
- Primo rilassamento guidato leggero (training immaginativo base).

Seduta 2: Induzione ipnotica profonda e creazione del luogo sicuro

- **Tecnica ipnotica:** induzione permissiva in grado di produrre la visualizzazione progressiva di un “luogo rifugio”.
- Il paziente identifica un posto “alto” ma sicuro (una terrazza sul mare), contrastando la paura del vuoto.
- Associazione a un segnale-ancora (stringere il pugno) per attivare la calma fuori dalla trance.
- Feedback positivo: miglioramento del sonno.

Seduta 3: Consolidamento del luogo sicuro e gestione dell’ansia

- Rafforzamento della padronanza del luogo sicuro con tecniche di ancoraggio.
- **Tecnica ipnotica:** esercizio di “assorbimento selettivo” ottenendo concentrazione sui dettagli sensoriali del luogo.
- Introduzione della respirazione diaframmatica dentro la trance.
- Prescrizione strategica: esercitarsi ogni sera con autoipnosi per 10 minuti.

Seduta 4: Analisi delle tentate soluzioni e prescrizione paradossale

- Mappatura strategica delle soluzioni disfunzionali: evitamento, controllo, ipervigilanza.
- Prescrizione paradossale: pianificare ogni giorno 10 minuti per “provocare” ansia in un contesto sicuro.
- Il paziente inizia a osservare che l’ansia è meno “improvvisa” e più gestibile.
- Sotto ipnosi: “esperimento mentale” immaginare di trovarsi in cantiere osservando da fuori, senza coinvolgimento emotivo.

Seduta 5: Prima esposizione simbolica al trauma in trance

- **Tecnica ipnotica:** *distanziamento percettivo* attraverso la visualizzazione della scena dell’incidente su uno schermo mentale.
- Il paziente osserva da “fuori”, come se fosse un film.
- Introduzione di un filtro protettivo (vetro, cornice, colore), che abbassa l’attivazione emotiva.
- Il paziente riferisce: “la scena mi fa meno effetto”.

Seduta 6: Ristrutturazione del ricordo traumatico

- In trance, il paziente ripercorre l'evento a rallentatore, introducendo nuove risorse immaginative (rete di salvataggio, rallentamento del tempo).
- Lavoro sulle narrazioni: da "è successo perché ho sbagliato" a "è successo nonostante la mia attenzione".
- De-colpevolizzazione guidata in stato alterato.
- Emergenza di emozioni più gestibili (tristezza, sorpresa) al posto della paura.

Seduta 7: Dialogo interno e ricostruzione identitaria

- In trance: dialogo tra il "sé spaventato" e il "sé protettivo".
- Tecnica delle "parti interne" in grado di favorire integrazione e resilienza.
- Introduzione della frase ipnotica: *"Io ho attraversato il vuoto, e sono ancora qui"*.
- Compito strategico: scrivere ogni sera una "testimonianza di resilienza" (cose fatte nonostante la paura).

Seduta 8: Inizio esposizione progressiva in vivo (fase strategica)

- Il paziente è guidato, tramite immagini mentali in ipnosi, a ripercorrere il tragitto verso il lavoro.
- Compito: avvicinarsi ogni giorno un po' di più al luogo dell'incidente (prima con un collega, poi da solo).
- In trance, si prepara ogni esposizione con suggestioni post-ipnotiche di calma e controllo.

Seduta 9: Consolidamento dell'esposizione e rinforzo dell'autoefficacia

- Il paziente torna in cantiere per una visita, senza attacchi di panico.
- In trance: revisione dell'intero percorso terapeutico per la costruzione di una "linea del tempo" simbolica (dal trauma alla ripresa).
- Introduzione di una nuova immagine: *il ponte ricostruito* (rappresentazione interna del superamento).

Seduta 10: Autoipnosi e strumenti per l'autonomia

- Insegnamento formalizzato dell'**autoipnosi quotidiana** con script personalizzato.
- Elaborazione di "kit di emergenza" mentale: parola-ancora, visualizzazione e respirazione.
- Valutazione dei progressi: riduzione completa degli attacchi di panico, flashback solo lievi e gestibili.

Seduta 11: Chiusura e follow-up simbolico

- Revisione globale del processo.
- Visualizzazione del “sé futuro” in trance: tranquillo, sereno, operativo.
- Rinforzo post-ipnotico: “hai tutto dentro per continuare a costruire, anche dove c’è stato crollo”.
- Concordato follow-up a tre mesi.

4. Esito del Trattamento

- Scomparsa degli attacchi di panico.
- Riduzione significativa di flashback e ansia generalizzata.
- Ritorno graduale e stabile al lavoro in cantiere.
- Maggiore fiducia personale, capacità di autoregolazione emotiva.
- Paziente utilizza regolarmente autoipnosi per il rilassamento e il focus.

5. Considerazioni Finali

Questo caso mostra come, nei contesti di **traumi lavorativi**, l’ipnosi possa costituire uno **strumento fondamentale per l’integrazione corporea ed emotiva del ricordo traumatico**, mentre la **Terapia Strategica Breve consente di disinnescare i circoli viziosi comportamentali** legati all’evitamento e alla paura.

L’approccio integrato, distribuito su **11 sedute**, ha favorito un recupero stabile e profondamente interiorizzato.

6.10 Caso clinico 9: PTSD da Violenza Sessuale

1. Anamnesi e Presentazione del Caso

Paziente: Femmina, 29 anni, impiegata, single, vive sola.

Evento traumatico: Violenza sessuale subita due anni prima da parte di un conoscente. Non denunciato per paura e vergogna.

Precedenti psicopatologici: Nessuna diagnosi psichiatrica pregressa, ma storia familiare con relazioni disfunzionali e ipercritiche.

Sintomatologia riferita:

- Episodi dissociativi (sensazione di distacco dal corpo, annebbiamento percettivo) innescati da contatti fisici o situazioni relazionali.
- Flashback visivi e somatici legati all'evento traumatico.
- Evitamento di relazioni intime e ritiro sociale.
- Marcato senso di colpa, autosvalutazione, sentimenti di vergogna.
- Umore depresso e demotivazione generalizzata.

Diagnosi suggerita: PTSD con componente dissociativa secondo DSM-5.

2. Obiettivi Terapeutici

- Stabilizzare e ridurre i sintomi dissociativi.
- Rielaborare il ricordo traumatico in modo protetto.
- Interrompere i circoli viziosi di evitamento e auto-colpevolizzazione.
- Rafforzare l'autoefficacia, l'autostima e la capacità relazionale.

3. Trattamento Integrato in 12 Sedute

Seduta 1 – Colloquio iniziale e costruzione dell'alleanza terapeutica

- Accoglienza empatica, attenzione all'ascolto non direttivo.
- Costruzione del primo "contratto terapeutico implicito": lavoro sul rispetto del ritmo interno della paziente.
- Introduzione graduale dell'approccio ipnotico come esperienza di "protezione e padronanza mentale".
- Raccolta dettagliata del vissuto, con attenzione ai punti di rottura dissociativi.

Seduta 2 – Induzione ipnotica e costruzione del luogo sicuro

- Tecnica ipnotica: induzione indiretta (utilizzando immagini guida e voce modulata), secondo il modello di Granone.
- Costruzione del "luogo sicuro" come spazio mentale protetto, individuale, regolativo.
- Introduzione di un gesto-segnale da utilizzare in trance e fuori (es. tocco sul polso) per recuperare uno stato di sicurezza.
- Compito a casa: evocare il luogo sicuro ogni sera per 5 minuti.

Seduta 3 – Lavoro su un radicamento delle proprie percezioni sul piano fisico qui e ora e la regolazione emotiva in trance

- Sviluppo di tecniche ipnotiche focalizzate sul radicamento corporeo (“sentire i piedi”, “respirare nei confini del corpo”).
- Utilizzo dell’immaginazione guidata per “sentire di essere presente e integra”.
- Suggestioni post-ipnotici per il recupero della consapevolezza corporea nei momenti di dissociazione.

Seduta 4 – Analisi delle tentate soluzioni e prescrizione paradossale

- Approccio strategico breve: identificazione delle tentate soluzioni disfunzionali (evitamento relazionale, colpevolizzazione interna).
- Prescrizione paradossale: scrivere ogni sera per 10 minuti “tutte le colpe che si attribuisce”, da leggere ad alta voce la mattina.
- Scopo: esasperare e rendere evidente l’assurdità del pensiero disfunzionale.

Seduta 5 – dialogo con la parte ferita

- Induzione ipnotica profonda e dissociazione controllata degli stati dell’Io.
- La paziente incontra in trance la “parte ferita” che ha vissuto l’abuso: si facilita un dialogo compassionevole.
- La parte adulta viene guidata ad accogliere, proteggere e integrare la parte traumatizzata.
- Forte reazione emotiva, seguita da senso di liberazione.

Seduta 6 – Ristrutturazione del ricordo traumatico (visualizzazione protetta)

- Rappresentazione mentale dell’evento in uno “schermo mentale” distante e protetto.
- L’immagine traumatica viene sfocata, colorata diversamente, compressa nel tempo.
- Cambiamento di significato a livello simbolico: la paziente diventa osservatrice e non più vittima impotente.

Seduta 7 – Consolidamento dell’integrazione e rinforzo del Sé adulto

- In trance, si lavora sul Sé adulto competente: viene evocata l’immagine di sé come donna capace, forte e autonoma.
- Tecnica del doppio: la paziente osserva se stessa agire con padronanza.
- Suggestioni post-ipnotici per “attivare la parte adulta” nei momenti di regressione emotiva.

Seduta 8 – Esposizione immaginativa guidata e in vivo graduale

- Simulazione immaginativa di situazioni relazionali intime o sociali temute.
- Costruzione di un piano graduale di esposizione in vivo (es. contatto visivo prolungato, conversazioni più personali).
- Compito strategico: annotare ogni situazione affrontata e il livello di ansia percepito.

Seduta 9 – Ristrutturazione della narrazione interna

- Tecnica ipnotica di “rinarrazione guidata”: la paziente rielabora in trance la sua storia di vita, includendo il trauma come evento significativo ma non totalizzante.
- Inserimento nella narrazione di risorse, resilienze, momenti di forza.
- Obiettivo: modificare la percezione identitaria da “vittima fragile” a “sopravvissuta consapevole”.

Seduta 10 – Ridefinizione dell’autostima e della femminilità

- In trance, si lavora sull’immagine corporea e sull’identità femminile (aspetti spesso colpiti dalla violenza).
- Visualizzazione: la paziente si osserva mentre si prende cura di sé, si guarda con occhi gentili.
- Compito: praticare quotidianamente piccoli gesti di auto-cura simbolica (truccarsi, vestirsi con attenzione, parlarsi bene allo specchio).

Seduta 11 – Tecnica strategica del “come peggiorare”

- Prescrizione paradossale: “Per una settimana, ogni volta che senti che stai migliorando, prova a peggiorare intenzionalmente: sentiti in colpa, nasconditi, svalutati”.
- Risultato atteso: la paziente si rende conto che non riesce più a “rientrare nel ruolo di vittima”, perché ha cambiato struttura interna.
- Rinforzo dell’autoefficacia e dello scarto identitario.

Seduta 12 – Chiusura, rituale di separazione e prevenzione delle ricadute

- Revisione delle strategie apprese, costruzione di una “cassetta degli attrezzi” mentale.
- Rito simbolico: bruciare (in visualizzazione) la “lista delle colpe” scritta nelle prime sedute.
- Trance finale orientata al futuro: la paziente visualizza sé stessa tra 6 mesi, stabile, libera, relazionale.
- Invito all’uso dell’autoipnosi in momenti di difficoltà.

4. Esito del Trattamento

- **Riduzione significativa dei sintomi dissociativi** (da quotidiani a sporadici e gestibili).
- **Scomparsa dei flashback spontanei** e miglioramento nella qualità del sonno.
- **Apertura alle relazioni sociali e intime**, con prime esperienze positive.
- **Senso di identità più stabile**, incremento dell’autostima e del senso di padronanza interna.
- La paziente si definisce: “più integra, presente, viva”.

5. Considerazioni Finali

Questo caso clinico evidenzia la potenza trasformativa dell’integrazione tra **ipnosi** e **Terapia Strategica Breve** nel trattamento del PTSD complesso.

L’approccio ipnotico secondo Granone e il CIICS ha permesso di modulare l’emotività, accedere all’inconscio in modo sicuro e guidare l’integrazione dei frammenti dissociativi.

Parallelamente, le tecniche strategiche hanno scardinato i circoli viziosi che mantenevano il trauma attivo nel presente, facilitando un cambiamento strutturale e rapido.

CAPITOLO 7

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

7.1 Sintesi dei risultati

Il percorso terapeutico integrato che combina **ipnosi** e **psicoterapia strategica breve** si è dimostrato efficace nel trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), grazie alla capacità di agire sia sui processi inconsci profondi che sulle manifestazioni comportamentali disfunzionali.

L'ipnosi, con le sue tecniche di induzione trance, creazione di luoghi sicuri, dialogo con parti dissociate e ristrutturazione percettiva, facilita l'accesso a risorse interne spesso difficili da raggiungere con metodi verbali tradizionali. La psicoterapia strategica breve, con la sua attenzione al "qui e ora" e l'utilizzo di prescrizioni mirate, permette di interrompere rapidamente i circoli viziosi di mantenimento del sintomo e di modificare le tentate soluzioni disfunzionali.

I casi clinici presentati hanno illustrato come questa sinergia consenta un approccio flessibile, personalizzato e orientato al cambiamento concreto e duraturo, anche in presenza di traumi complessi o di lunga durata.

7.2 Vantaggi dell'integrazione ipnosi e terapia strategica breve

- **Velocità e efficacia:** la combinazione permette di ottenere risultati in tempi relativamente brevi, rispettando i limiti e le resistenze del paziente.
- **Profondità e concretezza:** l'ipnosi lavora a livello profondo sull'elaborazione emozionale, mentre la strategia breve agisce sui comportamenti e sulle dinamiche di mantenimento.
- **Personalizzazione:** il modello si adatta alle esigenze specifiche di ogni paziente, modulando gli interventi in base alle risposte terapeutiche.
- **Gestione del rischio dissociativo:** l'ipnosi consente una stabilizzazione sicura anche in presenza di dissociazioni, facilitando un'integrazione graduale.

7.3 Limiti e criticità

Nonostante i risultati promettenti, è importante considerare alcune criticità:

- **Formazione specialistica:** l'utilizzo integrato richiede competenze specifiche sia in ipnosi clinica che in terapia strategica breve, con un percorso formativo dedicato.
- **Variabilità individuale:** non tutti i pazienti rispondono allo stesso modo; è fondamentale monitorare attentamente il progresso e adattare il protocollo.

7.4 Prospettive future

L'integrazione tra ipnosi e psicoterapia strategica breve apre nuove strade per il trattamento del PTSD e di altri disturbi psicologici legati al trauma. In particolare:

- **Sviluppo di protocolli standardizzati** che possano essere replicati e studiati su larga scala.
- **Formazione continua e supervisione** per i terapeuti, al fine di garantire la qualità e la sicurezza degli interventi.
- **Approfondimenti neuroscientifici** per comprendere meglio i meccanismi alla base dell'efficacia di questa integrazione.

7.5 Considerazioni finali

L'esperienza clinica e i dati raccolti indicano che la sinergia tra ipnosi e terapia strategica breve rappresenta un approccio innovativo e promettente nel trattamento del PTSD. Questa combinazione consente di superare i limiti di entrambi i modelli presi singolarmente, offrendo ai pazienti un percorso terapeutico che è allo stesso tempo profondo, efficace e rispettoso della loro unicità.

Il futuro della psicoterapia post-traumatica potrà beneficiare sempre più di questo tipo di integrazione, che mette al centro la persona e le sue risorse inconse, permettendo una vera trasformazione e un miglioramento duraturo della qualità di vita.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5TR th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bryant, R. A. (2019). *Post-Traumatic Stress Disorder: A State-of-the-Art Review of Evidence and Challenges*. *World Psychiatry*, 18(3), 259-269.

Cagnoni F. Milanese S. (2009) *Cambiare il passato*. Superare le esperienze traumatiche con la terapia strategica. Milano, Ponte alle Grazie.

Casiglia E. (2024). *Dove e come agisce l'ipnosi. Aree recettori e sistemi endogeni*. Padova: CLEUP

Casiglia E. (2022). *Le cose accadono*. Padova: CLEUP

Erickson M. H., Rossi E. L., & Rossi S. I. (1976). *Hypnotic Realities: The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion*. New York: Irvington.

Granone F. (1994). *Trattato di Ipnosi (1,2)* . Torino: UTET.

Milanese R. Milanese S. (2015) *Il tocco, il rimedio, la parola* La comunicazione tra medico e paziente come strumento terapeutico Milano, Ponte alle Grazie.

Meringolo P. Chiodini M. (2016) *Che le lacrime diventino perle*. Sviluppare la resilienza per trasformare le nostre ferite in opportunità. Milano: Ponte alle Grazie.

Monti M. (2021) *Psicologia per volontari di protezione civile, operatori 118, volontari di soccorso, vigili del fuoco e forze dell'ordine*. Cesena: Prima Pagina

Nardone, G. (2015). *La Terapia Breve Strategica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Nardone, G. (2018). *Psicotrappole ovvero le sofferenze che ci costruiamo da soli: imparare a riconoscerle e a combatterle*. Milano: Editore Ponte alle grazie.

Nardone, G. (2020). *Ipnoterapia senza trance*. Milano: Editore Ponte alle grazie.

Polizzi, C., Lynn, S. J., & Bryant, R. A. (2016). Hypnosis and Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(2), 137-163.

Pintar, J., & Lynn, S. J. (2007). Hypnosis in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 307-329.

Scaramuzzino, M. (2016). *Ipnosi clinica e psicoterapia*. Roma: Alpes.

Siegel DJ (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience.* New York: Guilford. Tr. It. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale.* Milano: Raffaello Cortina Editore 2001.

Spiegel, D., & Spiegel, H. (2004). *Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Terr, L. C. (January 01, 1991). *Childhood traumas: An outline and overview.* The American Journal of Psychiatry : Official Journal of the American Psychiatric Association, 148, 1, 10-20.

Van Der Kolk, B. (2015) *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche.* Milano Raffaello Cortina Editore.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution.* New York: Norton

Watkins J.G. e Watkins H.H (1997) *Ego States: Theory and Therapy;* New York: Norton