

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA
DI IPNOSI CLINICA E SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.
Istituto Franco Granone**

***“L'Ipnosi in Psicoterapia
con particolare riferimento alla
Terapia Familiare”***

Anno 2013

Candidato

Dott. Laura Nannucci

Relatore

Dott. Laura Papi Grasso

Indice

Introduzione

Cap 1 L'ipnosi

- 1.1 Storia dell'ipnosi.....pag. 1
- 1.2 Definizione di ipnosi.....pag 5

Cap 2 Il contributo dell'ipnosi alla psicoterapia

- 2.1 L'ipnosi all'origine della psicoterapia moderna.....pag 8
- 2.2 Psicoterapia e ipnosi oggi.....pag 9
- 2.3 Evidenze scientifiche.....pag 11

Cap 3 Strumenti del cambiamento

- 3.1 Rapporto e Rapport.....pag 14
- 3.2 Il ricalco.....pag 16
- 3.3 La metafora.....pag 19
 - 3.3.1 I Vantaggi Della Metafora Nel Lavoro Del Terapeuta...pag 19
 - 3.3.2 Metafora e Ipnoterapia Eriksoniana.....pag 22

Cap 4 Terapia familiare e ipnosi

- 4.1 Sulla terapia della famiglia.....pag 24
 - 4.1.1 I modelli: gli assunti di base.....pag 25
- 4.2 L'ipnosi in terapia familiare.....pag 32
- 4.3 Strumenti dell'ipnosi in terapia familiare: ricalco, metafora e rapport.....pag 36
- 4.4 I fenomeni ipnotici in terapia familiare.....pag 38
- 4.5 Ipnosi diretta ed indiretta in terapia familiare.....pag 39
- 4.6 L'ipnodramma e il suo utilizzo in terapia familiare.....pag 41

Conclusioni

Bibliografia

Introduzione

Anche se la tecnica dell'ipnosi ha da sempre esercitato su di me un grosso fascino, non avevo mai preso l'iniziativa di avvicinarmi. A seguito di un incontro molto importante per me, per la mia formazione e la mia professione, con un affermato psicoterapeuta specialista in ipnosi che pratica da lunga data questa metodica, il Dott Antonio Grande, ho cominciato ad interessarmene, spinta dalla passione e dalla convinzione che questo serio e carismatico professionista mi ha comunicato. Ho scelto, anche consigliata dal mio mentore, di frequentare il corso di ipnosi clinica della scuola del Professor Granone, con grande curiosità ed interesse per una pratica della quale non possedevo alcuna conoscenza scientifica. Le lezioni frontali, la letteratura consultata, unite alle numerose esperienze dirette che caratterizzano questa scuola, mi hanno oltremodo appassionato e mi hanno portata alla decisione di affrontare, quale tesi finale, il presente lavoro che coniuga questa esperienza al mio percorso formativo in psicoterapia il quale riguarda appunto l'approccio sistemico.

Mi sono avvicinata a questo compito con un po' di scetticismo, chiedendomi se avrei trovato sufficienti dati per poter trattare il contenuto prefissatomi, ma man mano che mi sono addentrata nell'argomento, cercando tracce e ricerche utili al mio obiettivo, mi sono resa conto che esisteva più materiale di quello che mi sarei aspettata di trovare. La letteratura non può essere considerata "colma" di dati in questo ambito, ma ritengo siano stati adeguatamente consistenti per permettermi di fare un lavoro soddisfacente.

Ho affrontato l'argomento dapprima fornendo una serie di dati cronologici, una rivisitazione della storia dell'Ipnosi, ripercorrendone gli sviluppi nel tempo insieme ai principali fautori che hanno contribuito alla sua evoluzione. Successivamente ho cercato di dare una definizione di ipnosi che apparirà breve (la sensazione è stata che per essere sufficientemente esaustiva, considerata l'ampiezza dell'argomento, avrei dovuto trattare una tesi appositamente per essa)

ma di conseguenza alla necessità di dirigermi al nocciolo del problema ho ritenuto che potesse essere sufficiente. Il passo successivo è stato quello di considerare quale fosse stato il contributo dell'ipnosi alla psicoterapia in generale, senza considerare le differenze fra i vari approcci, ma dandone un assaggio generico, fornendo un quadro evolutivo dal passato al presente, elencando quali acquisizioni della psicoterapia fino ad oggi potessero essere messe in relazione con gli assunti e l'evoluzione dell'ipnosi.

Ho di seguito voluto esaminare quali fossero i concetti fondamentali e i metodi utilizzati dall'ipnotista, quali tecniche identificate come strumenti efficaci di cura, confrontandoli con quelli individuati come fondamentali nel colloquio psicoteraputico. Si ottiene, a mio avviso, un quadro affascinante e sorprendente di come svariati approcci psicoterapeutici utilizzino strumenti sovrapponibili a quelli considerati.

In ultima analisi, scopo dell'elaborato, ho introdotto alcune informazioni sulla terapia familiare. Inizialmente con un breve quadro storico, successivamente distinguendo nello specifico (ma in breve) alcuni dei modelli fondamentali dai quali si sono poi originati gli attuali modelli "integrati", ho cercato i collegamenti fra la tecnica ipnotica e quella peculiare degli approcci che si sono occupati e si occupano di terapia familiare. Il capitolo finale descrive quali tecniche ipnotiche sono attualmente utilizzate nella psicoterapia con la famiglia o con l'individuo ma, presupponendo nel caso di possedere nella mente un modello sistemico di approccio alla persona.

Rimando alle conclusioni il risultato di questo mio lavoro.

Capitolo 1

L'ipnosi

1.1 Storia dell'ipnosi

Nel corso dei secoli di interpretazioni sull'ipnotismo ne sono state date molte, di cui le principali, sono state differenziate nel "Trattato di Ipnosi" di Granone in quattro grandi periodi: a) il periodo mistico; b) il periodo magnetico; c) il periodo psicologico; d) il periodo fisiologico.

Questi periodi non sono ben definiti cronologicamente e spesso si trovano contemporanei e contrastanti.

-PERIODO MISTICO : I riti che l'umanità, fin dalle sue origini, ha utilizzato per aumentare il benessere dei partecipanti, consolidare la coesione della tribù, contrastare le situazioni difficili, mettevano in atto una serie di tecniche, volte a creare uno stato di coscienza modificato nei partecipanti. Questo fenomeno veniva ottenuto in varie maniere: mediante la recita ripetitiva di formule, l'uso di particolari tipi di musica, la preghiera di gruppo, il canto corale, il ballo, l'uso di sostanze psicotrope, l'ipnosi. Formule, musica, preghiere e canti che duravano molto a lungo, avevano la caratteristica di essere ritmici, monotoni, incessanti. L'utilizzo di queste tecniche, singolarmente o in combinazione tra di loro, permetteva ai partecipanti di perdere il contatto con la realtà, essere maggiormente sensibili alla situazione e più facilmente impressionabili da quanto avveniva nel rito. I primi reperti che testimoniano l'utilizzo dell'ipnosi in questo contesto sono di provenienza egiziana. La stele di Musès, risalente al regno di Ramses XII, circa 3000 anni fa', descrive l'utilizzo dell'ipnosi mediante tecniche vocali; il papiro magico demotico di Leidi, descrive una tecnica di induzione ipnotica, ottenuta facendo dondolare una lampada davanti agli occhi della persona.

-PERIODO MAGNETICO: l'ipnosi, da conseguenza spesso collettiva di un rituale magico, diventa un rapporto a due, cercato e voluto, spesso a scopo terapeutico. Secondo le concezioni nate in questo periodo soprattutto con Mesmer e la sua teoria del fluido magnetico l'ipnosi sarebbe determinata da agenti fisici ignoti che, dall'ipnotizzatore, agirebbero sull'ipnotizzato; esisterebbe dunque, un vero rapporto obiettivo e materiale tra ipnotizzatore e soggetto, di natura energetica.

Mesmer si ispirava ai concetti filosofici di Paracelso, a quelli metafisico-cosmologici di Leibniz e di altri pensatori del sedicesimo e diciassettesimo secolo. Mesmer pensò che esistesse un fluido che dall'operatore si trasmettesse al soggetto, e questi, a sua volta, acquisiva la virtù di comunicarlo a chiunque si mettesse in contatto con lui. Pensò inoltre che questo fluido magnetico animale determinasse oltre alla produzione di fenomeni straordinari nell'organismo, anche e soprattutto la guarigione dalle malattie. Nel 1800 l'idea mesmeriana del fluido magnetico come agente fisico che spiegasse i fenomeni ipnotici, venne sostituita dalla concezione di una forza radiante che attraversando lo spazio si trasmette dall'ipnotizzatore influenzando gli altri soggetti (Guidi, Dal Pozzo, Barèty).

Anche Charcot credeva alla reale esistenza dell'effetto magnetico nella produzione dei fenomeni ipnotici sostenendo spiegazioni fisiologiche di questi, su basi obiettive energetiche e contro le teorie psicologiche subiettivistiche; credeva all'influsso psichico che l'ipnotizzatore è capace di esercitare sull'ipnotizzato, ma tale effetto si poteva rilevare solo nei soggetti affetti da isteria nei quali una particolare disposizione patologica permetterebbe di accumulare facilmente l'afflusso psichico altrui. Nel ventesimo secolo si sono avanzate interpretazioni metapsichiche di cui fanno parte spiegazioni fisiche (Cazzamalli, ecc.), extrafisiche per cui l'ipnosi non sarebbe altro che <<una dissociazione delle cellule nervose nella parte superiore del cervello>> e <<l'insorgere immediato dell'attività fino allora quieta, dei centri inferiori >>, e

spiegazioni come quella di Cesare Lombroso che investigando sull'ipnotismo e lo spiritismo concluse per l'esistenza di energie psicofisiche potenti e sconosciute, e come quelle di B.

Disertori che prospetta la possibilità di influssi estremamente misteriosi, d'ordine metapsichico provenienti dal terapeuta.

PERIODO PSICOLOGICO: Nel 1842 J. Braid, chirurgo oculista, definì l'ipnotismo uno « stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali ». Egli riteneva che il fluido magnetico di Mesmer e seguaci, non era elemento necessario per influire sui pazienti, ma che era sufficiente che l'esperimentatore escogitasse mezzi atti a stancare l'attenzione del soggetto. Secondo Braid, i fatti prodotti con l'ipnotismo dovevano attribuirsi solo ad un turbamento cagionato al sistema nervoso, attraverso la concentrazione dello sguardo, il riposo assoluto del corpo, e la fissità dell'attenzione e non alla personalità, né alla volontà o ai passi dell'ipnotizzatore; per cui pensava che tutto dipendesse dallo stato psicofisico dell'ipnotizzato non avendo nulla a che fare né con il fluido magnetico né con agenti misteriosi universali.

Liébeault e Bernheim ritennero invece che, nelle operazioni di magnetismo, non ci fosse di attivo altro che il soggetto stesso, e che le modificazioni profonde del suo sistema nervoso avessero origine esclusivamente in lui, non essendo l'esperimentatore altro che l'ostetrico di questi prodigi.

Bernheim quindi modernizza l'ipnosi sostenendo l'inutilità e la falsità delle procedure teatrali fino ad allora usate, abbandona e respinge il contesto mistico, esoterico, magnetico e cerca di dimostrare che l'eterosuggestione verbale è sufficiente, da sola, ad ottenere lo stato ipnotico.

Su posizioni diverse, negli stessi anni, Jean Martin Charcot (Parigi 1825-1893) si occupava di ipnosi presso l'ospedale parigino della Salpêtrière. Charcot, neurologo e professore di anatomia patologica, concentrò i suoi studi medici sulla anatomia clinica del sistema nervoso. Le sue ricerche portarono alla individuazione della sclerosi laterale amiotrofica (malattia di Charcot) e della

sindrome clinica della sclerosi multipla (triade di Charcot). Le differenze tra le due scuole sono riconducibili alla valutazione degli effetti ipnotici: Charcot trascura l'importanza della suggestione, e ritiene che gli effetti ipnotici siano sintomi collegati ad uno stato di isteria, oppure ad una situazione di patologia psicologica. Per Charcot uno stato di debolezza nervosa favorisce l'ipnosi, mentre la persona sana reagisce. Secondo Bernheim, invece, lo stato ipnotico è causato dalla suggestione dell'ipnotizzatore che trova riscontro nella suggestionabilità dell'ipnotizzato. Sigmund Freud (1856-1939) trascorse un periodo di studio e lavoro presso la clinica di Charcot, interessandosi allo "stato ipnoide" che rivela una scissione psichica tra conscio e inconscio non integrati, tipica dell'isteria. Freud applicò l'ipnosi alla cura dell'isteria, secondo il suo metodo "catartico" che si realizzava facendo sfogare (abreagire), verbalmente e fisicamente, la carica emotiva repressa e negata, impedendo così, che quella energia trovasse una strada patologica nella formazione di sintomi isterici. In seguito Freud abbandonò questo metodo, quando si accorse che il paziente ipnotizzato, proprio a causa dello stato di trance, non si trovava nelle condizioni di poter elaborare la propria vita. Il sintomo quindi spariva, anche in breve tempo, ma la causa continuava ad esistere. E la causa era la malattia stessa che, non curata in questa maniera, produceva ben presto sintomi diversi. Di fondo nell'interpretazione psicoanalitica dei diversi autori si evidenzia chiaramente l'idea comune per cui i fenomeni ipnotici possono essere letti secondo la dinamica del transfert. Quest'ultimo inteso, appunto, secondo l'accezione classica freudiana, come la ripetizione verso l'analista, di atteggiamenti emotivi inconsci, acquisiti dal paziente nel corso della sua infanzia, verso persone a lui più vicine e particolarmente i genitori; la relazione affettiva che ne risulta, di tipo amorevole (transfert positivo), o di tipo ostile (transfert negativo), deriva quindi in entrambi i casi dai rapporti amorevoli del paziente verso uno o entrambi i genitori o gli educatori e non dalle presenti condizioni di vita. Inoltre transfert sarebbe anche il ripristinarsi di condizioni in cui certe funzioni che erano svolte dal Super-io,

ritornano come nelle fasi primitive dello sviluppo, a essere esercitate nel mondo esterno da una persona reale. Da questa equazione ipnosi = transfert nasce dunque secondo la visione psicoanalitica, il concetto della normalità dell'ipnosi, dato che tutti possono trovarsi in certi momenti in stato di transfert, cioè in stato ipnotico e in condizioni di ipersuggestibilità. Altre ipotesi interpretativa vengono da autori anglosassoni e americani, secondo i quali, l'ipnosi rappresenta la regressione a un comportamento di tipo primordiale, atavico; l'induzione ipnotica avverrebbe per un assopimento delle facoltà critiche.

- PERIODO FISIOLÓGICO: Questo tipo di indirizzo nasce con la teoria sui riflessi condizionati di Pavlov e della sua scuola; secondo questa teoria l'ipnosi viene spiegata come una forma di inibizione corticale parziale condizionata, e la parola sarebbe lo stimolo a questi riflessi condizionati fisiologici.

1.2 Definizione di ipnosi

Granone nel suo "Trattato di Ipnosi" la definisce come "un modo di essere dell'organismo per l'azione di determinati stimoli dissociativi che lo fanno regredire a livelli di comportamenti parafisiologici " e la differenzia dall'ipnotismo che " è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questo e l'ipnotizzatore ".

Secondo Granone l'ipnosi si instaura *ogni qual volta si suscitano fenomeni di Ideoplasia più o meno controllata* (potendo andare l'ipnosi dallo stato vigile a quello sonnambulico) *con conseguente trasformazione in realtà subiettiva* (somato-viscerale) *od obiettiva* (deformazioni percettive ed allucinazioni tipo ipnagogiche o ipnopompiche) *di quanto viene intensamente immaginato*. L'ipnosi non sarebbe uno stato alterato della coscienza come veniva considerato in passato ma appunto uno stato fisiologico dell'organismo alla stessa stregua del

sonno, del sogno o dell'orgasmo.

Secondo il modello del Dott Granone non è possibile capire l'ipnotismo senza differenziare i due aspetti: l'induzione ed il fenomeno stesso. Essi si differenziano sia sul piano fisiologico sia su quello psicologico. Per indurre lo stato di ipnosi non è necessario il transfert, esso può essere indotto anche con manipolazioni esclusivamente fisiche mentre nel fenomeno ipnotico esso è necessario per creare quel particolare stato di relazione con il terapeuta (il *rapport*, del quale parleremo più dettagliatamente in seguito) che permette di raggiungere ciò che caratterizza il fenomeno ipnotico: il **monoideismo plastico**, cioè la focalizzazione dell'attenzione su una sola ed unica idea (con esclusione di tutte le altre) ricca di contenuto emozionale dotata di una forza ideoplastica, cioè di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado di suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerali e comportamentali.

Per indurre uno stato ipnotico esistono vari metodi; ogni operatore tende ad utilizzare maggiormente quello che più si addice alle proprie attitudini e alla propria personalità. Secondo Granone tutte le tecniche induttive avrebbero un comune denominatore, cioè quello di esaltare la suggestionabilità individuale, attenuando il controllo e i poteri di critica del paziente, in modo che egli possa accettare tutte le idee enunciate dall'operatore. Questo corrisponderebbe con l'esaltare le funzioni dell'emisfero cerebrale destro, immaginativo, creativo, artistico, con la sorveglianza quiescente del sinistro, emisfero della logica della critica, del linguaggio articolato.

I diversi metodi avrebbero inoltre in comune il fatto di provocare appunto il fenomeno del **monodeismo plastico**, che come suddetto focalizza l'attenzione del soggetto su una sola rappresentazione mentale, la quale imponendosi nella coscienza, si attua secondo il suo contenuto in movimento, in sensazione, in immagine.

L'ipnosi può essere indotta (o autoindotta) per fenomeni di monoideismo suggestivo o con l'aiuto di mezzi fisici, chimici e psicologici. lo stato di

coscienza può essere variabile a seconda della profondità della trance, essendo questa un fenomeno dinamico e non statico.

Un problema frequente sembra essere il fatto di non riuscire a provocare in soggetti diversi dei gradi di ipnosi paragonabili e in uno stesso soggetto degli stati di ipnosi simili in differenti occasioni.

Secondo Erickson queste difficoltà dipendono dal fatto che l'ipnosi è basata su rapporti inter e intrapersonali, che sono incostanti e variano secondo le reazioni di una data personalità a ogni sviluppo ipnotico. Inoltre ogni singola personalità è unica e i suoi quadri di comportamento spontaneo e responsivo variano necessariamente in rapporto al momento, alla situazione, agli scopi del caso e alle personalità che vi prendono parte. Da ciò e tenendo conto della difficoltà di standardizzare dei fattori come i rapporti inter e intrapersonali, ne risulta evidente la futilità di una tecnica ipnotica rigida. Dunque, per questo autore, la base di una tecnica ipnotica corrisponde con la consapevolezza e la necessità di tenere conto delle variabilità del comportamento umano. La letteratura è ricca di relazioni su tecniche di induzione ipnotica basate sull'uso di apparati tendenti a limitare e restringere il comportamento del soggetto, a provocare affaticamento, come sfere di cristallo tenute ad una certa distanza dagli occhi, specchi rotanti, metronomi, luci lampeggianti, ecc. In questo modo si dà troppa importanza ai fattori esterni e alle risposte che vi dà il soggetto. Invece, prima di tutto, si dovrebbe insistere sul comportamento intrapsichico del soggetto piuttosto che sui suoi rapporti con l'esterno.

Capitolo 2

Il contributo dell'ipnosi alla psicoterapia

2.1 L'ipnosi all'origine della psicoterapia moderna

Alcune delle prime acquisizioni fondamentali della psicoterapia, che hanno trovato conferma nell'ambito della moderna ricerca, appartengono al secolo in cui l'ipnosi si impose come strumento principale di cura psicologica. Di queste vengono di seguito citate quelle considerate più importanti alla luce di questa trattazione:

1. **L'esistenza di un'influenza interpersonale**, che viene comunemente fatta risalire a Mesmer, al giorno d'oggi rappresenta una delle tematiche maggiormente studiate all'interno della psicologia sociale;
2. **La potenzialità terapeutica della relazione**. La relazione medico-paziente in ipnosi, o "rapport", assume l'aspetto di una relazione esclusiva. Questa può raggiungere aspetti estremi che coinvolgono il funzionamento cognitivo e percettivo oltre che emotivo e relazionale del soggetto in ipnosi, fino al punto di allucinare negativamente gli aspetti dell'ambiente estranei al terapeuta (Ellenberger, 1970).
3. **L'efficacia della comunicazione**. Vedi la teoria della suggestione (Bernheim, 1886; Freud 1888) che viene definita come tendenza naturale della mente umana a "trasformare in atto" qualsiasi idea che fosse riuscita ad essere accettata, superando la barriera della critica razionale e che come processo ideodinamico interno all'individuo può e deve essere innescato da un'idea che viene dall'esterno, cioè comunicata.
4. **L'esistenza dell'inconscio**. La constatazione che la coscienza era discontinua e in queste discontinuità potevano evidenziarsi potenzialità della mente

addirittura superiori a quelle coscienti, ha fornito le basi per ipotizzare un livello di funzionamento parallelo della mente, alternativo e sconosciuto alla coscienza, “l’inconscio”, che è divenuto un assioma della “psichiatria dinamica” (Ellenberger, 1976). Le osservazioni sulle patologie mentali che attrassero l’attenzione dei clinici di allora (amnesie e fughe psicogene, le varie tipologie di personalità multiple e la stessa isteria) sembravano tutte confermare questa nuova acquisizione. La stessa psicoanalisi di Freud aprì la strada alla psicoterapia del Novecento delineando i meccanismi di funzionamento dell’Inconscio (Freud, 1900).

2.2 Psicoterapia e ipnosi oggi

La trance ipnotica è stata definita come uno stato *speciale ma normale* della mente (Erickson, 1967a; Granone, 1971), in contrasto con una concezione ampiamente superata che vedeva l’ipnosi come un equivalente dell’isteria (Charcot, 1882). La trance rappresenta, invece, una potenzialità della mente, un’amplificazione delle comuni potenzialità umane (Barber, 1974), che favorisce e spesso rende possibili processi trasformativi che possono essere messi a servizio dei fini terapeutici. Questi processi sono qui di seguito riportati.

La suggestione La suggestione può essere definita come “un processo mentale che risulta dall’accettazione non critica e dalla realizzazione, in atto o in credenza, d’idee che sorgono nella mente come effetto di parole, attitudini o atti di un’altra persona. In altre parole suggestione è un’idea che l’individuo accetta senza criticarla e che elicitava perciò un appropriato comportamento” (Pavesi e Mosconi, 1974). Come abbiamo notato, Freud aveva visto in questo meccanismo un pericolo per i risultati della psicoterapia. Non solo per motivi “deontologici”, cioè legati al rifiuto della manipolazione interpersonale come procedura eticamente non corretta, ma soprattutto perché stava prevalendo un’idea della terapia psicologica basata sullo svelamento di pensieri ed emozioni “rimosse”.

L'emergere di terapie più direttive (comportamentiste ed esperienziali) incentrate sull'incoraggiamento a fare esperienze diverse, ha riaperto la questione e ci si è chiesto se fosse veramente possibile non influenzare il comportamento del paziente (Haley, 1963). La suggestione come pratica terapeutica, diventa molto più complessa e raffinata grazie soprattutto all'opera di Erickson (1967).

Ideodinamismi. Strettamente collegato al concetto di suggestione è quello di "ideodinamismo". La naturale tendenza a "credere nell'immaginato" (Gulotta, 1980), tipica del processo ipnotico, che può essere facilmente considerata sottostante alla produzione dei fenomeni ipnotici classici, in particolare quelli ideomotori e ideosensori. Suggestioni come: "il tuo braccio . di legno", oppure come: "la tua mano è avvolta in un guanto di gomma massiccia", possono dare avvio a modificazioni dell'attività motoria o sensoria che realizzano la catalessia o l'analgia. Secondo l'esperienza degli ipnotisti, questa potenzialità può essere estesa a comportamenti molto più complessi, che rendono disponibile per la mente umana una sorta di "realtà virtuale", all'interno della quale è possibile anticipare e/o sperimentare comportamenti alternativi a quelli usuali, in grado di arricchire il bagaglio esperienziale e comportamentale di un individuo.

Fenomeni ipnotici. Le persone in ipnosi sono in grado di mettere in atto comportamenti che, per quanto in continuità con i normali comportamenti quotidiani, appaiono come un ampliamento del repertorio abituale che estende le potenzialità dell'essere umano. Questi fenomeni, che possono apparire in misura variabile tra le varie persone, vengono comunemente classificati in: fenomeni ideomotori (per esempio levitazione del braccio, scrittura automatica ecc.), alterazioni della memoria (amnesia, ipermnesia, regressione di et.), alterazioni della percezione (anestesia, analgesia, allucinazioni positive e negative in vari sistemi sensoriali), alterazioni della percezione del tempo (nel senso della contrazione o della dilatazione) (Del Castello e Casilli, 2007).

In un approccio psicoterapeutico fondato sull'ipnosi, come può essere considerato per quello di Milton H. Erickson, l'uso strategico di queste

potenzialità (la suggestione, gli ideodinamismi, i fenomeni ipnotici) rende la psicoterapia del tutto peculiare, in quanto utilizza sistemi autodifensivi, autocorrettivi e autoregolativi presenti all'interno del patrimonio psicobiologico e antropologico-culturale degli esseri umani (Del Castello, Casilli 2007) per produrre cambiamenti cognitivi, emozionali, comportamentali e relazionali nei pazienti.

2.3 Evidenze scientifiche

La Divisione 30 dell'American Psychological Association afferma: "L'ipnosi non è un tipo di psicoterapia. Non è neanche un trattamento in e di per se stessa; piuttosto, essa è una procedura che può essere usata per facilitare altri tipi di terapie e trattamenti" (APA, 2005).

Tuttavia l'affermarsi degli approcci evidence-based in psicoterapia ha consentito all'ipnosi, seppure in combinazione con approcci soprattutto di tipo cognitivo-comportamentale, di ottenere una validazione empirica della sua efficacia, che le garantiscono una posizione ormai inalienabile nell'ambito della psicoterapia. Recentemente, l'International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, ha pubblicato una raccolta di articoli che supportano empiricamente l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento di specifici disturbi: la depressione (Alladin e Alibhai, 2007), l'agorafobia indotta dalla sindrome del colon irritabile (Golden, 2007), disturbi ossessivo-compulsivi (Frederick, 2007), disturbi post-traumatici (Lynn e Cardena, 2007), disturbi alimentari (Barabasz, 2007), disturbi del sonno (Graci e Hardie, 2007), nonché diverse problematiche di interesse medico.

Tipicamente, in questo approccio tecniche di già provata efficacia, come per esempio l'esposizione e la prevenzione della risposta nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, vengono rese più accessibili ai pazienti, mediante l'ausilio dell'ipnosi (Frederick, 2007).

L'esperienza plurisecolare degli studiosi dell'ipnosi non è tuttavia riuscita a

costruire un modello di funzionamento della mente nè patologico, nè tantomeno normale. Anche se non vanno sottovalutate le potenzialità dell'ipnosi nella ricerca sperimentale in psicopatologia (Erickson, 1967; Halligan et al., 2000; Oakley, 2006), è evidente che l'ipnosi si è posta, nel campo delle discipline psicologiche, essenzialmente come “scienza clinica” dei cambiamenti psicobiologici prodotti dalla. Tuttavia, quello che potrebbe sembrare un limite, pu. rivelarsi un vantaggio. L'assenza di un modello forte della mente consente un rapporto più diretto con la ricerca di base che, lungi dal vincolarla a concezioni della mente (come spesso accade in altre forme di psicoterapia) che si scontrano e mal si integrano con le moderne acquisizioni delle scienze cognitive, rende la psicoterapia fondata sull'ipnosi più in sintonia con i rapidi progressi nella conoscenza della mente e del cervello che stanno caratterizzando la nostra epoca (De Benedictis et al., 2008).

Inoltre, come abbiamo già visto, la possibilità di introdurre all'interno della competenza clinica dell'ipnotista protocolli di provata efficacia, fornisce un supporto empirico a una forma di terapia consolidata nel tempo.

Un ultimo, ma non per importanza, elemento caratterizzante la psicoterapia ipnotica riguarda la “conoscenza” procedurale che lo psicoterapeuta acquisisce durante il proprio addestramento, prima, durante e dopo la sua pratica. L'induzione e l'utilizzazione dell'ipnosi, infatti, impone al terapeuta l'acquisizione di abilità cognitive di osservazione ed emotive di sintonizzazione, senza le quali rischierebbe continuamente lo scoraggiamento e l'abbandono della tecnica di fronte al ripetersi degli insuccessi. Gli sforzi comunicativi che gli sono imposti dalla pratica clinica lo rendono un terapeuta particolarmente consapevole dei livelli multipli e degli effetti della comunicazione, nonché delle suggestioni che involontariamente si scambiano gli esseri umani (Del Castello et al., 1987; Del Castello, 1991; Del Castello e Casilli, 2007; Del Castello e La Manna, 1987).

In conclusione, l'ipnosi – o meglio le caratteristiche psicobiologiche che rendono

possibile tutta la fenomenologia a essa collegata – costituisce un adattamento evolucionistico della specie umana al proprio ambiente naturale (Spiegel, 2008) e sociale. La dimensione universale, sul piano antropologico-culturale, delle “tecnologie” della trance, colloca l’ipnosi in continuità con la tradizione millenaria delle pratiche terapeutiche delle civiltà umane (Lapassade, 1976; Del Castello, 2008).

Essa rappresenta, inoltre, un contributo a quella disciplina che Bernheim (1903) aveva definito “psicoterapeutica”, e altri, più recentemente, “psicoterapia senza aggettivi” (Aquilar e Del Castello, 2005).

Capitolo 3

Strumenti del cambiamento

Di conseguenza a quanto sopra riportato emerge l'importanza di descrivere alcuni strumenti che trovano applicazione sia nelle tecniche psicoterapeutiche (soprattutto nei nuovi modelli psicoterapici che si basano sulla comunicazione, sul simbolismo e sull'importanza della dimensione esperienziale della terapia) sia nell'ipnosi. Essi rappresentano l'evoluzione di concetti utilizzati già negli anni '50 a partire dagli studi sul linguaggio e sull'influenza reciproca fra paziente e terapeuta.

3.1 Rapporto e rapport

A dispetto delle differenze esistenti fra i vari modelli psicoterapeutici, una buona capacità di sviluppare in profondità, cogliere ed utilizzare propriamente gli elementi essenziali della relazione terapeutica in corso, è il fattore di cura intrinseco di maggiore efficacia in tutti i tipi di psicoterapia. (Gulotta e Del Castello, 1998). Questa relazione assume in ipnosi, come abbiamo già visto, aspetti peculiari e la sua esclusività e la selettività giustifica la scelta di una specifica denominazione per questo tipo di relazione: il *rapport*.

Janet, al contrario di Freud, non era rimasto sconvolto dal legame personale che veniva a instaurarsi tra l'ipnotista e le sue pazienti. Non aveva dato a questo legame un'interpretazione sessuale e, pertanto, non se ne era spaventato e considerava il tenero attaccamento che i pazienti sonnambulici mostravano nei confronti dell'ipnotista, paragonabile all'amore del bambino verso i genitori, e, come tale, un fattore terapeutico prezioso. La ridefinizione del *rapport* da parte di Janet rimanda a una concezione più moderna della relazione terapeutica basata sulla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1989).

Quello che va notato, tuttavia, è che nella psicoterapia fondata sull'ipnosi il terapeuta svolge un ruolo più attivo nella costruzione del rapporto (Ducci, 2000; Loriedo e Valerio, 2008): di quanto veniva utilizzato in passato. Lo sforzo continuo per condividere la visione del mondo dell'altro nei suoi aspetti più concreti e sensoriali, mediante un'osservazione accurata delle comunicazioni del paziente a ogni livello, produce in modo più rapido e accentuato una sintonizzazione emotiva e comportamentale (Del Castello e Casilli, 2007) che, oltre a essere tipica della relazione ipnotica, ricorda molto da vicino la relazione primaria con la madre. Una relazione dotata di queste caratteristiche esalta la responsabilità reciproca tra soggetto e ipnotista. Granone afferma infatti che il rapporto terapeuta paziente contribuisce non solo ad avviare ma anche a mantenere lo stato ipnotico analogamente a quanto succede in altre situazioni interpersonali: un'influenza reciproca fra due soggetti in relazione che si potenziano vicendevolmente (Granone, 1983)

Erickson sosteneva che il *rapport* può essere definito come una modalità relazionale caratterizzata da fiducia ed empatia. Creare *rapport* fa sì che il nostro interlocutore diventi molto ricettivo nei confronti degli approcci terapeutici. Erickson lo utilizzava principalmente per favorire uno stato psico-emozionale preparatorio all'induzione ipnotica. Nel momento in cui si crea il *rapport*, l'uno sarà portato inconsciamente e più facilmente a rispondere in modo positivo agli stimoli dell'altro, in questo caso del terapeuta. Da Erickson infatti il *rapport* in ipnosi viene definito come: "lo stato in cui il soggetto risponde solo all'ipnotista e sembra incapace di udire, vedere, percepire o rispondere ad alcunché, a meno che non ne riceva l'ordine da lui. In pratica la concentrazione e la consapevolezza del soggetto sono dirette unicamente sull'ipnotista e su quanto l'ipnotista desidera inserire nella situazione di trance, con l'effetto di dissociare il soggetto stesso da ogni altra cosa" (1984, p. 36). Egli si rende conto inoltre della bilateralità ipnotica del *rapport*: non è solo il soggetto a sviluppare una peculiare relazione verso l'ipnotista, ma è anche l'ipnotista a sviluppare una

relazione altrettanto specifica e selettiva verso il soggetto.

Il concetto di *rapport*, declinato in maniere differenti ma abbastanza univoche, è stato usato anche da altri terapeuti di provenienza teorica differente fra loro. Da Carl Rogers (Teorico dell'Approccio centrato sulla persona), fino a Fritz Perls (teorico della Gestalt che parla di un *rapporto* "autentico e creativo fra paziente e terapeuta") e Virginia Satir (considerata uno dei pionieri della Terapia Familiare e ispiratrice dei modelli della PNL).

Una curiosità, in ambito sistemico, ci viene fornita da Rodolfo De Bernart il quale identifica la presenza dell'induzione di una trance ipnotica nel terapeuta nel corso dei colloqui psicoterapici. Il modello sistemico che prevede l'utilizzo di particolari strumenti, quali le videoregistrazioni delle sedute, ha permesso di cogliere una serie di aspetti indicativi dello stato di coscienza del terapeuta e del suo modo di essere presente nella relazione. Tramite la visione contemporanea di filmati del terapeuta e della famiglia, De Bernart fa notare come si possa osservare il rapido instaurarsi dell'induzione ipnotica: "...uno dei familiari comincia a dondolarsi sulla sedia e, pochi istanti dopo, anche il terapeuta comincia a dondolarsi con lo stesso ritmo: l'induzione è già avvenuta. Si tratta ovviamente di una trance leggera; oltre alle oscillazioni del corpo, si nota che lo sguardo è perso nel vuoto, le palpebre si fanno pesanti e sbattono ripetutamente; il tono, il volume ed il ritmo della voce ricalcano quelli dei membri presenti....".

3.2 Il ricalco

La tecnica dell'intervento a specchio, o rispecchiamento, detta oggi anche *ricalco*, è stata prima messa a punto nel campo del colloquio psicoterapeutico da **Rogers** (1942) poi è stata ampiamente studiata ed utilizzata in molti altri modelli della psicoterapia ed ampliata da diverse discipline, principalmente dall'approccio della PNL (Programmazione Neuro Linguistica - Bandler, Grindler, 1970). Secondo i dettami della PNL, le tecniche per creare il *rapport*,

che viene definito come "una tecnica basilare che fonde comunicazione e relazione, quella condizione generale al cui interno soltanto è possibile la comunicazione efficace" è quella del *rispecchiamento* o *ricalco*. Questa viene utilizzata con i parametri che questi teorici derivano dallo studio della comunicazione verbale e non verbale. Sapendo che il linguaggio dell'interlocutore riflette la sua rappresentazione interna dell'esperienza, il praticante ascolta, assimila e lo *ricalca*, così come la postura, la respirazione, la gestualità, il tono della voce, il battito delle ciglia ed altri suoi atteggiamenti. Volendo differenziare i due termini potremmo dire che se il rispecchiamento rimanda più ad un concetto empatico, di "essere in sintonia" espresso tramite la riedizione delle espressioni verbali del soggetto (vedi approccio rogersiano), il *ricalco* si riferisce maggiormente ad una vera e propria emulazione di tutto ciò che il paziente mostra essere in quel momento il suo modo di vivere quello stato d'animo. Anche Erickson modella il concetto di ricalco con l'analisi del suo personale "allineamento" alla fisiologia, al linguaggio e alla qualità vocale dei suoi clienti. Sebbene fosse limitato nelle sue abilità fisiche, egli utilizzava diversi aspetti dei componenti della tecnica per adattarsi alla fisiologia di qualcun altro. Ad esempio, se un cliente era agitato, camminando su e giù per la stanza, egli avrebbe imitato il ritmo della camminata e il senso di agitazione, così come il ritmo del discorso, enfatizzando ulteriormente il tutto picchettando le dita e accennando con il capo. I suoi studenti osservarono inoltre che Erickson si sarebbe autoindotto ad entrare in uno stato di trance, portando anche l'interlocutore in trance e in un profondo stato di rilassamento usando i suoi stessi processi fisiologici inducendo così nel paziente una sorta di *ricalco* automatico. Il terapeuta sottolinea che i fattori che rendono così potente il ricalco sono: 1) che il paziente *per poterlo rifiutare dovrebbe rifiutare il suo stesso modo d'essere*; 2) la sua utilizzabilità: per operarlo non è necessario avere già chiaro il *contenuto* dell'esperienza altrui, è sufficiente soffermarsi, almeno momentaneamente, sulla *forma*.

Il concetto di ricalco è stato scientificamente validato dagli studi sull'attivazione dei cosiddetti neuroni specchio (*mirror neurons*). Questa tipologia di neuroni scoperti nel 1995 dai ricercatori dell'Università di Parma, si attiverebbero sia nel momento in cui una persona compie un'azione o prova un'emozione, sia nel vedere compiere un'azione da un'altra persona od osservare mimiche facciali che esprimano un'emozione (Rizzolatti G., Fadiga L., Gallese V., Fogassi L. 1996). Studi approfonditi hanno portato ad accertare che la funzione fondamentale dei neuroni specchio è di consentirci di comprendere le azioni altrui, intuendone intimamente lo scopo grazie all'attivazione delle stesse aree cerebrali che si attiverebbero se fossimo noi a compiere quell'azione (Damasio 2003; Gallese, Keysers, Rizzolatti 2004; Rizzolatti G., Sinigaglia C., 2006).

Questo consente però non solo di interpretare le azioni altrui per predirne le intenzioni, per darsi una spiegazione sull'intenzione dell' agente in modo da predire il suo comportamento futuro , ma permette anche di identificarsi con la persona che si sta osservando e di viverne direttamente le emozioni. Questo aspetto rende la funzione di ricalco validata anche dalle neuroscienze e sottolinea come questo strumento sia potente agendo ad un livello estremamente arcaico ed inconsapevole. I neuroni specchio implicano infatti l'esistenza di un meccanismo che consente di comprendere immediatamente il significato delle azioni altrui e persino delle intenzioni ad esse sottese senza porre in atto alcun tipo di ragionamento.

Il sentimento altrui, inconsapevole quindi, di essere riconosciuto in maniera profonda dal proprio interlocutore generato dal vedersi rispecchiare la propria esperienza crea il vissuto profondo del co-sentire “quel momento in cui siamo presso il soggetto altro da noi e siamo volti con esso verso il suo oggetto” (Stein, 1937).

3.3 La metafora

La metafora è stata usata da sempre nella comunicazione umana.

Aristotele dice: “La metafora consiste nel trasferire ad un oggetto il nome che è proprio di un altro. Questo trasferimento avviene o dal genere alla specie, o da specie a specie, o per analogia”.

Forme di metafora le troviamo nella Bibbia dove viene usata la figura del serpente tentatore per far riflettere il lettore sul fascino esercitato dal male e sulle conseguenze che scaturiscono dal cedere alla tentazione. Nel Nuovo Testamento Gesù ricorre alle parabole. Marco, dice: “Quando fu solo i suoi dodici insieme lo interrogarono sulle parabole ed egli disse loro: a voi è stato confidato il mistero del regno di Dio, a quelli di fuori tutto viene esposto in parabole perché guardino ma non vedano, ascoltino ma non intendano, perché non si convertano e venga loro perdonato....”.

Si parla in metafora anche quando si usa la similitudine o si ricorre al proverbio. Quelle di cui abbiamo parlato sono metafore letterarie, ma esistono altre forme di comunicazione metaforica come ad esempio i quadri pittorici, i diagrammi, oggetti usati dai bambini nei giochi o infine espressioni facciali o corporee che accompagnano la comunicazione.

3.3.1 I vantaggi della metafora nel lavoro del terapeuta

Il termine metafora deriva dal greco “trasporto” , cioè la metafora aiuta il trasporto di significato da una cosa all'altra. Affrontare una situazione attraverso una metafora è il modo più veloce per aiutare il cambiamento diretto e inconscio, senza razionalizzazione o ricerca di motivi e spiegazioni in quanto permette di trasportare un significato emotivamente inaffrontabile in un campo neutro così da poter affrontare un problema.

L'inconscio parla e reagisce con immagini , simboli e quindi metafore; perciò è il linguaggio analogico (quello cioè dell'emisfero cerebrale non dominante) quello che meglio si adatta all'inconscio. In psicoterapia è molto più efficace una buona immagine mentale che tante analisi, spiegazioni, definizioni. Watzlawick fa una distinzione tra quelli che chiama schemi di linguaggio dell'emisfero destro e dell'emisfero sinistro. Secondo quest'autore noi sogniamo nel linguaggio dell'emisfero destro e anche le battute, i paradossi, la poesia, gli aforismi... le ambiguità, le allusioni e naturalmente le metafore vengono comprese...nell'emisfero cerebrale destro. Nessuna di queste forme di comunicazione si affida alla comunicazione diretta, digitale, logica delle idee, che è compito dell'emisfero sinistro. E' nell'emisfero destro, afferma Watzlawick, che avvengono i processi responsabili del cambiamento di secondo ordine, che va oltre alla logica e quindi è più profondo. Per entrare in contatto con l'emisfero destro, l'emisfero sinistro deve essere bloccato. Watzlawick considera l'emisfero sinistro come una specie di guardiano logico che mantiene i sistemi relativi alla risoluzione dei problemi della persona lungo certe linee predeterminate.

Gli interventi terapeutici che fanno leva sulle metafore generate dal cliente aiutano sia il terapeuta che il cliente ad allargare e approfondire la loro comprensione del sistema di pensiero di quest'ultimo, sistema che rispecchia nel suo uso delle metafore.

Come si utilizzano le metafore? Se il soggetto oppone una resistenza ad A, il terapeuta può parlare di B e quando A e B sono in rapporto metaforico, il soggetto farà questo collegamento "spontaneamente" e risponderà in maniera adeguata.

Nella situazione ipnotica, ad esempio, è tipico che quando l'ipnotista vuole suggerire che la mano diventi più leggera e si sollevi, alzi il capo e la voce, indicando metaforicamente che la mano deve muoversi. Il soggetto risponderà adeguatamente a quel cambiamento spaziale e vocale. Se un soggetto è stato

ipnotizzato altre volte e l'ipnotista desidera che egli entri in trance "spontaneamente" potrebbe iniziare a parlare di come la stanza e la situazione siano simili a quelle in cui il paziente è già stato ipnotizzato. Il soggetto risponderà all'analogia riproducendo lo stesso comportamento.

Nell'uso delle metafore in terapia non viene utilizzata nessuna interpretazione né quadri di riferimento (frames o reference) esterni (modelli teorici o quadri mentali del terapeuta) durante il processo di esplorazione/trasformazione. Il terapeuta facilita nel cliente la ricerca interiore delle proprie immagini metaforiche, evitando di introdurre qualsiasi altro contenuto aggiuntivo. Se il terapeuta propone una sua idea lo fa solo per aiutare il cliente a prendere in considerazione ulteriori possibili significati o immagini di una metafora da lui già presentata. Se il cliente rifiuta il suggerimento, questo viene lasciato cadere dal terapeuta. Sono quindi i clienti che hanno il potere di elaborare e di modificare le loro immagini metaforiche: i terapeuti rispettano l'esperienza e le scelte soggettive dei clienti, accettando ciò che si rivela durante il processo di esplorazione e trasformazione.

In secondo luogo il linguaggio metaforico è influenzato dalla "cultura" individuale di ciascuno e in qualche modo la riflette. Le metafore generate dal cliente portano in luce la personale esperienza e il personale sistema di significati di ciascun cliente individualmente inteso, dato che la metafora tipicamente incorpora influenze culturali soggettive piuttosto che generalizzazioni e stereotipi culturali diffusi. Allo stesso modo le metafore dei primi ricordi infantili sono immagini dell'infanzia dell'individuo che rispecchiano i quadri mentali di una persona nella sua unicità, i quali a loro volta risentono dell'influenza della cultura e dell'appartenenza etnica, a loro volta mediate dalla famiglia e dal sistema sociale in cui la persona è cresciuta..

In conclusione le metafore generate dal cliente sono "prossimali" all'interazione tra cliente e terapeuta, e dovrebbero quindi poter essere correlate a un risultato terapeutico positivo (Sue e Zane, 1987). Inoltre, dato che il processo di

esplorazione e di trasformazione delle metafore generate dal cliente si verifica all'interno della sua visione del mondo, gli interventi metaforici generati dal cliente sembrano adattarsi particolarmente bene alla psicoterapia con popolazioni culturalmente differenti. La psicoterapia con le metafore offre un modo per esprimere empatia, ascoltare e accedere a processi inconsci, facilitare una maggiore comprensione e un migliore contatto nella relazione terapeutica e affina la capacità del terapeuta di “vedere con gli occhi di un altro, ascoltare con le orecchie di un altro e sentire con il cuore di un altro” (Adler, 1956). Tale metodo aiuta il terapeuta ad evitare gli atteggiamenti di onnipotenza, fare attenzione sia al procedimento che al contenuto, mostrare rispetto e acquisire una comprensione dell'unicità di ogni cliente, aggirare la sua resistenza, dargli la capacità di iniziare un movimento e un cambiamento, aumentare la consapevolezza del terapeuta rispetto alle sue aspettative e ai suoi vissuti (controtransfert), nonché sviluppare abilità di psicoterapia breve.

3.3.2 Metafora e Ipnoterapia Eriksoniana

Erikson per primo esplorò l'uso di storie e aneddoti come metafore, la sua popolarità ha portato molti a considerare gli aneddoti l'unico modo per utilizzare le metafore in terapia. Erikson era estremamente abile nel campo della metafora. Nel modo in cui egli ascoltava e osservava un soggetto e nella maniera in cui gli rispondeva, teneva sempre conto dei messaggi metaforici che vengono costantemente comunicati nell'ambito di un rapporto tra due persone.

Egli utilizzava le metafore sia per indurre uno stato di trance nel paziente sia per condurre colloqui che apparentemente non avevano nulla di ipnotico ma che in realtà tramite il suo cosiddetto “depotenziamento degli schemi rituali” trasportava il paziente in una sorta di ambiente onirico e induceva una sorta di rilassamento utile ad abbassare il livello difensivo.

Aveva una straordinaria abilità nel congegnare quella che è stata definita

‘comunicazione a due livelli’: un modo di comunicare simultaneamente con la mente conscia e con la mente inconscia. Mentre si dà alla mente conscia un messaggio che la tiene ‘occupata’, si invia di nascosto alla mente inconscia un altro messaggio terapeutico. L’approccio eriksoniano utilizza la metafora per comunicare con i processi inconsci del cliente, per attivarli e per spostare ed elaborare le informazioni da una conoscenza verbale-logica ad una immaginifico-analogica. Per Erikson è il terapeuta che costruisce aneddoti che contengono metafore simili alla situazione reale. Egli è convinto che il comportamento del terapeuta debba adeguarsi alle singole persone che entrano in terapia e quindi non cerca di adattare tutti i pazienti allo stesso modello terapeutico; con alcune persone usa termini piuttosto pesanti, con altre invece dice le cose in modo che il paziente si renda conto solo più tardi del loro significato; può discutere apertamente argomenti sessuali provocando uno shock psicologico, mentre in altri casi preferisce affrontare il problema indirettamente e lasciare che sia il paziente a scoprire che il sesso era l’oggetto della discussione; in altri casi ancora, può discutere un problema senza che ci sia un rapporto esplicito con l’argomento di cui intende parlare, per esempio, parlare dei piaceri della tavola per poter parlare, sotto forma di metafora, di argomenti sessuali. Quello che distingue Erickson dagli altri terapeuti è la sua volontà di non interpretare alle persone il significato della metafora, non traduce il messaggio inconsapevole in uno consapevole. Egli lavora con le metafore per produrre il cambiamento ed evita di interpretare non solo le espressioni verbali, ma anche i movimenti del corpo.

Capitolo 4

Terapia familiare e ipnosi

4.1 Sulla terapia della famiglia

La terapia familiare è un modello di intervento terapeutico che deriva dal **meta-modello** raggruppato nelle teorie sistemico-relazionali, simboliche, strutturali ed esperienziali che hanno sviluppato concetti e pratiche nuove sul significato del disagio e dei sintomi psichici espressi dagli individui. Esistono modelli di intervento familiare anche di derivazione psicoanalitica particolarmente sviluppati in Inghilterra (Tavistock Clinic), Francia (Kaes e altri) e Argentina, che hanno preso particolare ispirazione fra l'altro dai modelli psicoanalitici di funzionamento dei gruppi (Wilfred Bion e altri) e dei gruppi familiari (Donald Meltzer e Martha Harris). Il modello familiare ebbe origine a partire da un vasto movimento di teorie e idee diffuse negli Stati Uniti durante gli anni '50, in particolare le teorie della prima e seconda cibernetica. La "Scuola di Palo Alto" e il Mental Research Institute, con i loro maggiori esponenti (Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, Paul Watzlawick), furono i principali centri di sviluppo della terapia sistemica familiare. I terapeuti che seguono questo orientamento psicoterapeutico condividono la matrice pragmatica, di chiara origine americana, per cui il loro intervento si struttura in genere in un numero di sedute ridotte e in tempi relativamente rapidi. La psicoterapia ad indirizzo familiare si è molto diffusa in Italia e in Europa durante gli anni '80, in modo particolare nei servizi di salute pubblica, nel campo della patologia psichiatrica adulti, nella neuro-psichiatria infantile, nel campo delle tossicodipendenze e negli ultimi anni anche nelle problematiche che riguardano la separazione-divorzi e nelle problematiche scolastiche; inoltre nell'ambito della psicologia del lavoro ha trovato importanti e significative applicazioni. In ambito clinico,

proprio in Italia è nata e si è sviluppata una delle più importanti tradizioni di ricerca. Secondo questo approccio è più importante comprendere l'organizzazione, il controllo e la struttura dei rapporti tra fenomeni, piuttosto che descrivere questi ultimi come entità astratte e isolate. Infatti ad ogni livello di complessità i fenomeni osservati mostrano proprietà che non esistono a livello inferiore (il tutto è diverso dalla somma delle parti). Uno dei principali obiettivi è quello di migliorare la comunicazione all'interno del gruppo-famiglia (La teoria della comunicazione giudica un sintomo come un messaggio non verbale. Paul Watzlawick, *Pragmatica della comunicazione umana*, 1967) cioè le modalità con le quali soggetti si scambiano messaggi verbali e non verbali, influenzandosi reciprocamente, al fine di rendere stabili i cambiamenti ottenuti. I sistemi interpersonali, gruppi di estranei, coppie sposate, famiglie, possono essere considerati circuiti di retroazione, poiché il comportamento di ogni membro influenza ed è influenzato dal comportamento di ogni altro membro.

4.1.1 I modelli: gli assunti di base

Segue un'analisi dei vari modelli di terapia nati dagli anni '50 ad oggi. Questa analisi sarà utile ad evidenziare successivamente le assonanze fra gli assunti di base di questi modelli e i concetti essenziali della terapia ipnotica.

Il Modello di terapia familiare ad orientamento psicoanalitico

I rappresentanti più autorevoli della scuola americana la quale prese il nome di culturalismo neofreudiano (Karen Horney, Frieda Fromm - Reichmann, Erich Fromm e Harry Stack Sullivan), mostrarono una comune attenzione alla cultura, ai fattori sociali, all'ambiente, nell'analisi del disagio e dei disturbi psichici. Il discorso iniziale di Freud fu rielaborato da Harry Stack Sullivan, all'interno di una teoria e di una pratica che mettevano l'accento sulla interdipendenza dei comportamenti umani e sulla necessità di lavorare, per ottenere modificazioni significative dei comportamenti, a livello del contesto interpersonale di

appartenenza. Società e cultura appaiono determinanti fondamentali per il costituirsi della psiche e la prima infanzia cessa di essere, nell'impianto teorico, l'origine unica della personalità. John Bowlby pubblicò, nel 1949, un articolo, in cui descrisse il caso di un ragazzo, seguito senza successo per due anni nel suo lavoro di analista, che lo portò alla decisione di sperimentare una seduta familiare.

Nathan Ackerman affinò un metodo di lavoro con le famiglie, che progressivamente finì col considerare la vera unità su cui impostare diagnosi e terapia. La sua lettura del contesto rimase psicodinamica ma egli promosse una posizione attiva e direttiva del terapeuta; si rese infatti conto che *la posizione di ascolto puro è inutilizzabile per il terapeuta della famiglia*, che si troverebbe in quel modo ad assistere al conflitto familiare senza influenzarlo, anzi spesso colludendo con esso. La famiglia è un particolare tipo di gruppo in cui, come nei gruppi in generale, ostacoli al funzionamento possono derivare da conflitti fra le funzioni, i compiti e i ruoli dei vari membri. Nella famiglia, in particolare, assumono importanza nel creare disfunzioni e disturbi le confusioni fra ruoli e funzioni adulte ed infantili. L'intervento tende a diminuire le confusioni ed a favorire la maturazione di funzioni genitoriali distinte dalle componenti infantili, per ricostituire un contenimento sufficiente che riduca gli ostacoli e faciliti l'evoluzione del gruppo-famiglia e dei suoi membri.

Il modello simbolico-esperienziale

Gli autori (Whitaker, Malone e Warkentin) si concentrarono sul fatto che gli eventi evolutivi, le esperienze simboliche emotive originarie, derivano dalla unicità delle percezioni, della vulnerabilità e dei limiti di ciascun individuo all'interno di contesti determinati socialmente e culturalmente in tempi specifici. In questo approccio quindi gli autori assumono che si impari molto più dall'esperienza diretta e, in secondo luogo, che non è possibile "insegnare" alla famiglia la maniera di cambiare i processi che regolano la sua esistenza. *Il terapeuta si considera come un semplice catalizzatore* del processo di scambio:

la famiglia è la sola responsabile della sua crescita. *questo approccio terapeutico non si basa* sulla comprensione intellettuale ma *sul linguaggio figurato e sull'interazione personale*. La terapia pone l'accento sul coinvolgimento emozionale che avviene all'interno del sistema terapeutico. L'esperienza emotiva centrale del terapeuta deve essere quella di assumere un impegno affettivo nei confronti dei pazienti.

Quindi è importante soprattutto, nel contesto terapeutico simbolico-esperienziale, avere una *visione focalizzata sulle emozioni, sull' hic et nunc* e orientata verso l'ecologia dei sintomi emotivi, inquadrati come strumento per raggiungere l'adattamento o ottenere padronanza nelle relazioni.

La teoria simbolico-esperienziale assume che ogni coppia o famiglia abbia un'organizzazione unica che serve sia all'adattamento che a bloccare il cambiamento necessario, in quest'ottica solo i problemi persistenti interferiscono con il funzionamento sano.

Whitaker utilizzò un termine specifico per definire la sua modalità terapeutica: *psicoterapia dell'assurdo*. Nell'offrire uno stato di cose assurdo, egli sostiene che questo verrà accettato e portato avanti dalla famiglia in maniera da ampliare i meccanismi distorti della famiglia fino a che questi, come una crescente Torre di Pisa, cadranno di comune accordo.

Il modello strutturale

Approccio, promosso e sviluppato da Salvador Minuchin poco dopo la metà del secolo scorso, che concettualizza il funzionamento familiare in termini di modelli contesto sociale di riferimento.

La famiglia, ambito elettivo di studio, viene considerata come un “*gruppo sociale naturale che regola le reazioni dei suoi componenti*”. La *regolazione* avverrebbe come conseguenza a stimoli che provengono sia dall'interno, che dall'esterno del gruppo. L'*organizzazione* e la *struttura* della famiglia che conseguono a questi stimoli, si possono considerare come la proiezione esterna

della mente del “gruppo” famiglia: *la mente extracerebrale*. Tale mente extracerebrale è quindi il prodotto dell’influenza della famiglia sui suoi membri.

La differenziazione dell’individuo e la relazione con gli altri membri all’interno del sistema familiare, si connota e si costruisce anche grazie all’appartenenza a sottosistemi (coniugi, genitori, fratelli), fra i quali è necessaria la definizione dei confini, che devono essere ben chiari, ma allo stesso tempo permettere lo scambio fra i sottosistemi. E’ appunto attraverso la definizione dei confini che Minuchin colloca le famiglie rispetto ad un continuum: dal polo estremo della *famiglia disimpegnata* (in cui i confini tra sottosistemi sono rigidi o impenetrabili, mentre sono vaghi i confini che isolano la famiglia dai sistemi extrafamiliari), passa per la famiglia “normale”, definita in altri testi come *midrange* (dove i confini sono chiari) e arriva all’altro polo dove troviamo *la famiglia invischiata* (in cui i confini tra sottosistemi sono fragili e fluidi, mentre sono rigidi ed impermeabili quelli tra interno ed esterno).

La terapia strutturale, per quanto attiene alla localizzazione della patologia, si rifà a tre assiomi che descrivono come ***il contesto influenza i processi interiori, come i cambiamenti di contesto provocano cambiamenti nell’individuo e infine come il comportamento del terapeuta sia significativo nell’attuare un cambiamento.***

Quest’ultimo assunto ha delle ripercussioni sul processo terapeutico e definisce il campo d’azione del terapeuta. ***Il terapeuta familiare strutturale, descritto da Minuchin, ha un ruolo attivo e potente:*** sostiene, educa e guida la famiglia a mobilitare le proprie risorse per il cambiamento. Si associa alla famiglia, entra in relazione con essa, con lo scopo di cambiarne l’organizzazione; si concentra sul presente tenendo bene a mente però che questo include gli effetti del passato. Il mutamento dell’organizzazione e della struttura familiare (tramite operazioni di *accomodamento* e *ristrutturazione*) cambia l’esperienza dei membri della famiglia, ***produce nuove occasioni e prospettive***, mettendo ciascuno di fronte alla propria condizione.

Il risultato della terapia deve essere la trasformazione della famiglia. I movimenti del terapeuta strutturale sono molteplici: *squilibrare* il sistema, *ripristinare l'equilibrio*, utilizzare alleanze, spostamenti e appoggi, cercando di aumentare la flessibilità ma anche con tutti i rischi di incorrere nella cristallizzazione delle rigidità del sistema.

Modello familiare strategico

Si sviluppa negli anni 70 a partire dagli studi del gruppo di Palo Alto (Haley, 1973; Madanes, 1981). Jay Haley Partito come ricercatore puro con il progetto Bateson, si costruisce con gli anni una pratica di terapeuta privato, scegliendosi come supervisore Milton Erickson. Sotto l'influenza di Minuchin e di Erickson con i quali collabora per alcuni anni in periodi differenti, Haley costruisce (affiancato qualche anno dopo dalla moglie Cloè) un modello della terapia che unisce intuizioni strategiche (da Erickson) con elementi strutturali (da Minuchin).

I terapeuti familiari strategici sostengono che i problemi persistono in quanto mantenuti dalla persona che manifesta il sintomo e da coloro che le vivono accanto. ***Il sintomo*** è una parte positiva del circuito controreattivo, in cui la soluzione mantiene il problema che porta alla soluzione medesima. Esso ***manifesta metaforicamente il problema familiare*** Uno degli obiettivi iniziali è dunque quello di interrompere questo ciclo controreattivo cercando quella soluzione che la famiglia aveva tentato di attuare in un primo momento. Nella concezione personale di Haley le relazioni umane sono una lotta incessante per decidere chi detta le regole delle relazioni stesse. Anche i sintomi psichiatrici sono manovre di potere all'interno di una relazione e il terapeuta deve riuscire a sua volta a disfare queste lotte guadagnando e mantenendo, con ogni mezzo, la propria posizione di potere. Il sintomo, sotto questo profilo, è perciò nuovamente una modalità comunicativa utile per controllare gli altri. Ciò significa che il paziente designato è il controllore, che usa il potere a lui concesso dal sintomo, e gli altri membri della famiglia sono i controllati che subiscono il potere del

sintomo, anche se questa lettura non è da intendersi in modo semplicistico: «L'importante qui non è la lotta per controllare l'altro, ma piuttosto la lotta per controllare la definizione della relazione» (Haley, 1963). Per Haley le regole familiari definiscono una struttura di potere. Le persone creano gerarchie e poi lottano per sovvertirle. Allo stesso modo clienti e terapeuti s'impegnano in una battaglia per definire la gerarchia in terapia. Se il terapeuta riesce a sventare le manovre dei clienti, la terapia ha successo. Il modello è gerarchico, perché la struttura della famiglia, come di ogni altro insieme umano, compresa la diade terapeuta/cliente, è letta come gerarchia, in cui ogni persona utilizza strategie e tattiche per mantenere, quant'è possibile, il potere di definire la relazione con l'altro. Inoltre è normativo, perché prevede la possibilità di una struttura gerarchica "corretta", che non produce patologia. I sintomi sono così leggibili tramite un doppio criterio: da un lato modi di stabilizzare le strutture gerarchiche nella famiglia, e dall'altro tattiche di potere personale. Il terapeuta riorganizza le strutture squilibrate adottando a sua volta, all'interno della terapia, strategie e tattiche che vanificano i continui tentativi del cliente di mantenere il controllo della relazione.

Il modello sistemico

Sebbene il gruppo di Palo Alto abbia concettualmente introdotto il modello sistemico, questo viene visto dai membri del gruppo stesso come essenzialmente strategico.

Mara Selvini Palazzoli, Luigi Cancrini, Mony Elkaim e Rodolfo De Bernart hanno sviluppato in Italia modalità che si focalizzano, nonostante l'impiego di tecniche strategiche o strutturali, per lo più sulla comprensione del sintomo in termini del suo significato e del suo ruolo in seno al sistema. Il loro obiettivo è quello di aiutare la famiglia a modificare l'assetto alla base del sintomo, piuttosto che portarla a cambiare il sintomo stesso. Sono perciò questi ultimi approcci quelli propriamente sistemici.

Le differenze fra le correnti principali che caratterizzano le terapie familiari in Italia si distinguono in una modalità sistemico-strategica che ancora sopravvive in una parte delle scuole sistemiche che deriva direttamente dal gruppo di Palo Alto e una seconda modalità che presenta un approccio che mutua teoria e concetti anche dagli approcci strutturale e psicodinamico. Nel primo modello (che deriva essenzialmente dal modello della Scuola di Milano, Selvini Palazzoli, Boscolo e Cecchin) la famiglia viene pensata come un sistema in cui le comunicazioni sono disfunzionanti e quindi necessario capire come questo accade per intervenire per cambiare questo disfunzionamento attraverso prescrizioni, o attraverso interventi di tipo co-costruttivo. Nel secondo modello invece (Andolfi, Cigoli, Giacometti, De Bernart) il focus è sulla relazione terapeutica con la famiglia, e quindi si presume che il terapeuta debba essere anche preparato a usare se stesso, in seduta, per entrare in rapporto significativo con le famiglie.

I sintomi di una persona, oltre ad esprimere in maniera metaforica il conflitto psichico soggettivo, acquisiscono una funzione precisa all'interno del sistema relazionale in cui emergono. La famiglia, intesa come il sistema vivente di riferimento principale nell'esperienza emotiva di una persona, è il primo contesto esperienziale all'interno del quale questo accade. I conflitti che tendono a disgregare il sistema-famiglia creano una tensione emotiva che di solito viene vissuta in termini drammatici dal soggetto portatore del sintomo. Egli si fa carico, attraverso la manifestazione dei sintomi, di distogliere i membri della famiglia dall'affrontare in modo manifesto le proprie difficoltà di relazione, accentrando l'attenzione su di sé. Il sintomo ha quindi una doppia valenza: segnala alla famiglia l'esistenza di un disagio e, nello stesso tempo, rende innocuo il suo potere distruttivo accentrando su di sé tutte le preoccupazioni degli altri membri.

Ulteriori prospettive

Mentre si approfondisce l'approccio strategico della Scuola di Palo Alto con il superamento del sintomo patologico tramite tecniche paradossali e ,in Italia, il gruppo della Selvini Palazzoli si ispira ai puristi dei sistemi (concetti e linguaggio) e applica le teorie sistemiche alla comprensione delle dinamiche familiari, si accentua la necessità di considerare la profondità intergenerazionale su almeno tre generazioni (Framo), sviluppando al contempo il concetto di differenziazione del sé individuale dalla famiglia di origine (Bowen) e quello delle lealtà invisibili (debiti e crediti tra le generazioni) (Boszormenyi-Nagy e Spark). In Italia alcuni autori (Andolfi, Canevaro, De Bernart, Onnis) hanno acquisito, sviluppato ed utilizzato questa prospettiva. Spesso questo è avvenuto come integrazione ai vari modelli succitati (approccio strutturale, esperienziale, simbolico e strategico), dai quali ognuno ha tratto ispirazione e mutuato i concetti in modo e misura personalizzati. Sono stati così creati dei **meta-modelli** che si sono arricchiti dei contributi fondamentali dei vari pionieri e pensatori.

4.2 L'ipnosi in terapia familiare

Il rapporto fra ipnosi e terapia della famiglia è più profondo di quanto si possa pensare. Agli inizi degli anni Cinquanta, il gruppo di Palo Alto avvertì la necessità di un modello psicoterapeutico che, da un lato si dimostrasse una valida alternativa a quello psicoanalitico e che, dall'altro, fosse compatibile con la prospettiva relazionale e interattiva che proprio allora si andava sviluppando. La familiarità di Gregory Bateson con Milton Erickson, dovuta soprattutto alle frequentazioni, comuni anche a Margaret Mead, per esplorare i fenomeni della trance che si verificavano nel corso delle danze tradizionali balinesiane, rese possibili i primi incontri tra alcuni dei pionieri del gruppo ed il grande ipnotista.

Quando Jay Haley e John Weakland iniziarono a studiare il lavoro clinico di Erickson la loro attenzione fu colpita dal fatto che l'uso della trance e di tecniche ipnotiche (oltre a tecniche comunicative inconscie che si basavano sull'uso della metafora, del ricalco, dei paradossi e altri metodi "non comuni") riuscivano a determinare rapidi ed inattesi cambiamenti.

Il modo di praticare psicoterapia di Erickson rappresentò per il gruppo di Palo Alto un materiale clinico di rilevante importanza. Fu constatato, infatti, che Erickson aveva, al livello intuitivo ed empirico, messo a punto ed utilizzato strategie terapeutiche che rappresentavano l'applicazione diretta di molte delle formulazioni teorico-applicative che il gruppo di Bateson e Jackson aveva formalizzato al livello di modello. Ad esempio venne osservato che Erickson, basandosi sulla sua esperienza di ipnotista, utilizzando forme di azioni e prescrizioni paradossali metteva in atto da grande maestro forme di "doppio legame" terapeutico. Le osservazioni effettuate su questo tipo di interventi permisero ad Haley e Weakland di trovare la naturale continuazione agli studi sul doppio legame (ipotesi circa la natura e l'eziologia della comunicazione nella schizofrenia - Bateson, Jackson, Haley e Weakland, 1956) nelle metodiche di Erickson per le quali il concetto di "doppio legame" (sia in quanto tecnica sia in quanto concetto per comprendere la trance terapeutica e la suggestione ipnotica) deriva dalla possibilità di comunicare, a più di un livello, possibilità di comportamento che sono al di fuori della normale sfera di scelta e di controllo cosciente da parte del paziente. Lo studio delle metodiche utilizzate da Erickson permetteva di saldare solidamente, in un unico corpo interpretativo-applicativo, le incongruenze comunicative patogene e le strategie di cambiamento. Molti dei volumi pubblicati da Jay Haley, sono esplicitamente ispirati all'opera di Milton Erickson e contengono indicazioni della profonda influenza esercitata dall'approccio di Erickson sulla terapia della famiglia e sulla psicoterapia in generale.

Dunque egli, attraverso l'uso dell'ipnosi, era giunto ad esprimere in modo eccezionale e personalizzato una forma di psicoterapia in completa assonanza con la formulazione teorica interazionale e sistemica. Un approccio che gli permetteva di curare con successo e in tempi brevi singoli individui, coppie e famiglie (Nardone, Watzlawick, 1990).

Per Erickson l'ipnosi era più che altro comunicazione. Infatti l'utilizzo dei suoi cosiddetti metodi naturalistici (senza induzione formale) lo portarono ad utilizzare l'ipnosi non più come una serie di rituali standard, ma in modo creativo, cioè come un particolare stile comunicativo e una particolare «situazione comunicativa relazionale» (Haley, 1976). Sebbene in terapia familiare siano applicate anche forme di induzione diretta, questa variante rende l'ipnosi di più immediato ed intuitivo utilizzo anche in un contesto non individuale come appunto è quello familiare.

Per le ragioni fin qui esposte è di fatto la terapia ipnotica ericksoniana, con le sue tecniche e suoi assunti, che prendiamo qua in considerazione come trattamento ipnotico elettivo in terapia familiare. Questo approccio definisce infatti la trance ipnotica in rapporto ad una particolare modalità di relazione interpersonale e non alla condizione di un singolo individuo, quindi è corretto definire l'ipnosi, nell'ottica ericksoniana, come un modo in cui una persona comunica con un'altra. L'obiettivo dell'ipnotista è in primo luogo quello di cambiare il comportamento, le risposte sensoriali e lo stato di coscienza di un'altra persona. In seconda istanza, è quello di fornire nuovi modi di pensare, sentire, agire. Obiettivi che coincidono con quelli della psicoterapia familiare, tant'è che sia ipnotista che terapeuta cercano di introdurre elementi di varietà nell'ambito di un rapporto interpersonale e di estendere la gamma di capacità di un individuo. La terapia ha come obiettivo la crescita e il cambiamento della famiglia (o del paziente) e del terapeuta. Questo è l'obiettivo di qualsiasi psicoterapia ed in effetti "la psicoterapia, qualsiasi sia il modello che noi utilizziamo, è ipnosi, in

quanto la relazione fra il paziente e il terapeuta è il focus della terapia” (W.Trasarti Sponti).

Ma il motivo per cui terapia della famiglia e ipnosi si avvicinano va al di là sia della continuità storica sia della affinità teoriche fra gli assunti sistemici e quelli ericksoniani. Nella famiglia infatti si verificano spesso situazioni che agevolano o determinano lo stato di trance. La ninna nanna per raggiungere il sonno; favole per indurre modificazioni del comportamento o introdurre concetti educativi, la famiglia è sempre stata in grado di attivare modalità ipnotiche anche parecchio sofisticate.

Laing ha descritto il processo di “induzione”, mediante il quale la famiglia può fare incarnare ad uno dei suoi membri le proiezioni di un altro, e il processo di “rimozione transpersonale” che consente alla famiglia di dimenticare (o dimenticare di aver dimenticato) alcuni ricordi sgraditi attraverso l’induzione di una sorta di “amnesia ipnotica”. Ma questa visione unilaterale del fenomeno ipnotico è ormai superata, l’ipnosi è ormai considerata un fenomeno bilaterale in cui sia l’ipnotista che il soggetto sono legati da quella relazione esclusiva che è il *rapport* ipnotico. E’ l’impegno dell’ipnotista ad osservare talmente intensamente il soggetto da produrre in una forma più o meno evidente uno stato di trance. Nel sistema familiare si nota invece quanto i genitori siano in grado di inviare messaggi ipnotici ai figli, e i figli suggestioni ipnotiche ai propri genitori. Complice di questo effetto induttivo suscitato dal paziente designato è il sintomo, il quale è effettivamente dotato di una notevole qualità ipnotica (Loriedo, 1993).

Queste due trance (della famiglia e del terapeuta) sono spesso però di natura diversa in quanto il terapeuta efficace è anche in grado di utilizzare la trance per conseguire gli obiettivi terapeutici. Entrare quindi nello stato di ipnosi ma riuscire a riconoscerlo ed utilizzarlo è una delle indispensabili abilità che il terapeuta deve sviluppare (Loriedo, 1993).

4.3 Strumenti dell'ipnosi in terapia familiare: ricalco, metafora e rapport

È Minuchin a introdurre le metafore per identificare la realtà strutturata metaforicamente dalla famiglia.

Secondo Minuchin la famiglia costruisce la sua realtà attuale ed è compito del terapeuta selezionare “dalla cultura stessa della famiglia le metafore che simbolizzano la sua realtà specifica e usarle come un’etichetta che indica la realtà familiare e suggerisce la direzione del cambiamento”. L’ipotesi che la struttura metaforica della realtà intrapersonale e interpersonale può essere reciproca si basa sull’analogia che la famiglia è come un ologramma (olismo in questo caso significa: “il tutto è codificato in ognuna delle parti, e ognuna delle parti può generare il tutto”) che è simile al concetto di famiglia “il tutto è più della somma delle parti”. Questo è traducibile in “la struttura metaforica della realtà familiare è nella struttura metaforica della realtà individuale, e la realtà metaforica di ogni individuo è nella struttura metaforica della realtà familiare”. Minuchin, definisce “holon” l’individuo, il nucleo familiare, la famiglia estesa e la comunità affermando che ogni holon è sia un tutto che una parte.

Haley e Madanes sostengono che l’essenza dell’interscambio tra i membri di una famiglia sta proprio nelle caratteristiche metaforiche vs quelle logiche della comunicazione. Haley pone in contrasto la comunicazione metaforica rispetto a quella logica; per lui la comunicazione metaforica è analogica. Madanes afferma che ogni comportamento può essere o analogico o metaforico: è analogico quando assomiglia ad un altro comportamento per certi aspetti, è metaforico quando simbolizza o è usato al posto di un altro comportamento.

Per Bateson la metafora è il principio con cui l’intera struttura degli esseri viventi è messa insieme. La metafora è una struttura che connette, una struttura che caratterizza l’evoluzione di tutti gli esseri viventi.

Per Watzlawick le metafore sono forme espressive che agiscono principalmente a livello analogico, aggirando le razionalizzazioni difensive dei pazienti ed

attivando in funzione terapeutica la sfera intuitiva ed emotiva della personalità. (Watzlawick et Al., Haley, 1974; 1976).

Anche Boscolo si è interessato alla metafora, sostenendo che il linguaggio proprio della metafora, i simboli, le immagini mentali tendono a stabilire un clima emotivo fluido ed intenso che facilita il cambiamento terapeutico (Boscolo ed Al., 1992).

Andolfi definisce l'”oggetto metaforico” quello strumento utile per entrare in rapporto con la famiglia e creare un codice che definisce ed interpreta ciò che sta accadendo (Andolfi, 1987).

Per quanto riguarda lo stato di rapport, e la funzione del ricalco nel costruirlo, è intuitivo fare dei collegamenti fra ciò che è stato affermato in precedenza a proposito di questi strumenti e gli assunti di base dei vari modelli.

Whitaker afferma che il processo di scambio fra la famiglia ed il terapeuta è il più importante fattore di crescita e cambiamento. L'autore definisce il linguaggio figurato e l'interazione personale come gli strumenti indispensabili per raggiungere lo stato di “scambio”, confermando così il ruolo centrale sia della metafora che del rapport.

Andolfi afferma quanto sia importante che il terapeuta si ponga come nesso relazionale sia fra i membri della famiglia, che fra loro ed il continuum del processo terapeutico sottolineando così la centralità dello stabilirsi di un rapporto intenso e stabile. Per l'autore il terapeuta interviene, in un continuo movimento di spola dall'individuo alla famiglia, nel momento in cui riconduce quanto emerge dal suo entrare in *rapporto* con ciascuna persona alle relazioni di quest'ultima con gli altri membri del sistema (Andolfi, 1987).

Per quanto riguarda il modello familiare strategico sembra irrilevante definire i collegamenti concettuali con la metafora ed il rapport in quanto la centralità di questi strumenti in terapia familiare nasce proprio all'interno di questo modello che anticipa in parte, ma anche mutua questi concetti, direttamente dal modello strategico di Erickson.

In ultima analisi ci sembra importante aggiungere una dimensione peculiare e significativa del *rapport* in questo ambito: per il terapeuta familiare entrare in rapporto con la famiglia in terapia significa anche entrare in rapporto con le generazioni precedenti e con quelle successive presenti nell'immaginario collettivo del qui ed ora del gruppo familiare. Il rapporto quindi si espande, nella rappresentazione dei membri partecipanti, ad una dimensione spaziale e temporale che va oltre il setting stesso.

4.4 I fenomeni ipnotici in terapia familiare

Lo stato di trance provoca peculiari fenomeni che nel sistema familiare possono essere definiti come segue (Loriedo, 1993):

- 1) *Riduzione degli scambi interattivi spontanei*: quindi l'interazione può diventare meno patologicamente "intensa" di quanto non sia abitualmente.
- 2) *Rallentamento del ritmo interattivo*: i patterns e gli "automatismi interattivi" tendono a scomparire, riducendo così gli scambi a modalità "corto circuito" che si presentano in molte famiglie disfunzionali.
- 3) *Sincronismo (fisico ed emotivo)*: questo facilita l'escuzione di compiti congiunti.
- 4) *Ridotta attenzione alle relazioni intrafamiliari*: l'impegno, a volte eccessivo, che li vincola viene ridotto dall'esperienza di trance.
- 5) *Incremento dell'attenzione ai patterns individuali*: tendenza a cercare significati al proprio interno e non all'esterno, demarcando i confini individuali e preservando dall'intromissione degli altri membri.
- 6) *Aumento dell'attenzione al contenuto*: viene considerato il punto di vista dell'altro per ciò che è piuttosto che per quello che potrebbe rappresentare all'intero di lotte di potere nella relazione.
- 7) *Interruzione dei modelli interattivi abituali*: ne emergono anche se solo temporaneamente, di nuovi. Possono essere sia utilizzati terapeutamente che

costituire dei modelli di cambiamento per la famiglia.

8) *Ridotta reattività agli altri membri della famiglia*: lasciando al terapeuta lo spazio (spesso altrimenti esiguo) di inserire i propri interventi.

9) *Aumentata responsività del terapeuta*: la variabilità di ricettività dei membri della famiglia al terapeuta è in genere estremamente variabile. In trance questa si riduce notevolmente, si crea un contesto di responsività che alimenta anche la retroazione terapeutica.

Risulta chiaro come il fenomeno della trance evochi molte delle risorse familiari utili al cambiamento. Ma con quali modalità si può indurre la trance in terapia familiare?

4.5 Ipnosi diretta ed indiretta in terapia familiare

Con *ipnosi diretta* si definisce quella modalità di induzione dello stato di trance, che prevede l'esplicitare formalmente al soggetto e alla famiglia che si sta per adottare delle tecniche ipnotiche utili al raggiungimento dello stato ipnotico mentre, nell'*ipnosi indiretta*, l'induzione della trance avviene senza alcuna esplicitazione formale, ovvero l'effetto ipnotico verrà raggiunto con un discorso, una storia, in cui verranno inserite suggestioni che possono attivare uno stato ipnotico che non viene però riconosciuto come tale.

Nell'intraprendere un percorso decisionale sulla possibile induzione ipnotica di una famiglia, il sintomo viene considerato centrale (nei suoi significati, nella forma che assume e nel come si manifesta) sia come portatore della patologia ma soprattutto come elemento catalizzatore dell'induzione ipnotica (che avviene già automaticamente in seno alla famiglia a causa di esso). Il sintomo come fattore controreattivo è un assunto che lega molti autori sistemici come Whitaker, Haley, Minuchin.

In terapia familiare possono essere utilizzate tutte le tecniche di induzione indiretta adottate da Erickson (metafore, aneddoti, tecnica della disseminazione, tecnica della confusione, interventi paradossali, il mirroring) nello stesso modo in cui esse vengono utilizzate nella terapia individuale. Per quanto riguarda l'induzione diretta invece è opportuno definire come essa venga utilizzata in terapia familiare.

Puo essere indotta in tre situazioni differenti:

1) *ipnosi diretta con la famiglia*: spesso l'ipnosi non viene utilizzata dai terapeuti che la ritengono più adatta ad un contesto individuale, ma l'esperienza dimostra che i timori sono infondati. L'ipnosi diretta con la famiglia può dimostrarsi molto utile a patto di selezionare le famiglie e scegliere l'approccio più idoneo per ogni famiglia. Le famiglie più idonee sono quelle in cui non c'è un paziente designato o in cui la designazione del paziente ancora non è evidente, quelle famiglie nelle quali tutti sono portatori di un sintomo o di un problema, che godono di un certo grado di insight relazionale e dove tutti i membri sono motivati a mettere in discussione le problematiche

2) *ipnosi con il paziente designato*: nel caso in cui ci si trovi di fronte famiglie molto problematiche, l'approccio più utile è quello di indurre in ipnosi il paziente designato. Il suo sintomo solitamente ha un ruolo così importante da focalizzare l'attenzione generale sul soggetto dando luogo a forme di ipnosi collettiva che perdurano finché perdurano i sintomi. Questa viene fatta di fronte ai familiari dei quali si rilevano le reazioni suscitate indirettamente dall'ipnosi. Questa condizione può essere utilizzata per inviare suggestioni che siano dirette per il paziente designato ma che possano avere un effetto indiretto sulla famiglia. Anche nel caso il paziente dimostri resistenza il comportamento può essere utilizzato in senso terapeutico nei confronti della famiglia.

3) *ipnosi con un altro membro della famiglia*: può essere utile soprattutto nel caso che il paziente designato abbia timore di sottoporsi all'ipnosi. Spesso l'induzione di un familiare che si offre al posto del paziente aiuta a stimolarne

successivamente la compliance. Oltre a questo effetto si assiste a volte ad una induzione di trance concomitante nel paziente designato che assiste (spesso si tratta di una condizione di trance vigile), questo porta il soggetto a sperimentare di riflesso l'induzione di trance, a rassicurarsi rispetto ai suoi effetti e a concedersi successivamente.

La modalità migliore consiste sicuramente nel saper combinare tecniche dirette ed indirette a seconda del tipo di sistema familiare che ci si trova di fronte.

4.5 L'ipnodramma e il suo utilizzo in terapia familiare

Si ritiene utile richiamare l'attenzione degli ipnotisti e dei terapeuti della famiglia su questo tipo di esperienza che a nostro avviso ha tutte le caratteristiche per rivelarsi una tecnica originale e geniale e, per come è articolata, estremamente adatta al setting familiare. Purtroppo lo spazio da dedicarle non sarà sufficiente a renderle onore ma si spera che possa essere efficace a far girare la testa in una direzione innovativa e potenzialmente costruttiva.

L'ipnodramma nasce come integrazione fra le tecniche ipnotiche e quelle proprie dello psicodramma.

Per introdurre l'argomento ci sembra indispensabile descriverlo brevemente.

Tra le possibili definizioni generali dello psicodramma proponiamo quella che lo indica come una "rappresentazione scenica spontanea che permette di rendere visibili nel quadro terapeutico e di far rivivere i conflitti interpersonali ed intrapsichici". Questo metodo che pone l'*azione* al centro dell'intervento, fu inaugurato dal medico viennese Jacob Levy Moreno (1889-1974).

Moreno impernia lo psicodramma sull'azione e sul gruppo. Per liberare i soggetti, rendendo loro la spontaneità, egli centra l'utilità del suo metodo sulla libertà con la quale ciascuno sarà in grado di assumere il proprio ruolo. Poiché a suo giudizio, non è possibile penetrare fino in fondo all'anima, né vedere ciò che

un individuo percepisce e sente, lo psicodramma tenta, con l'aiuto del paziente, di trasportare l'anima "al di fuori" dell'individuo. Gli obiettivi dello psicodramma comprendono anche l'esplorazione di nuovi ruoli interpersonali e facilitare l'insight. Utilizzato inizialmente per psicoterapia di gruppo le sue tecniche furono successivamente applicate a svariati ambiti (gruppi informali, in gravidanza, nella formazione) fra i quali la terapia familiare.

In questo ultimo campo lo psicodramma trova diverse analogie e collegamenti. In particolare nell'*approccio strategico* di Erickson, si riscontra l'utilizzo di molte tecniche impiegate dallo psicodramma come il doppio, l'inversione di ruolo, lo specchio, il role playing, inoltre il paziente viene spesso "spinto" ad agire, tramite le prescrizioni fatte dal terapeuta, per tentare di ottenere un cambiamento.

Per collegarci al "matrimonio" fra questa tecnica e quella ipnotica vogliamo citare l'introduzione al "Manuale di psicodramma" di Moreno, redatta da Ottavio Rosati, dove quest'ultimo scrive a proposito di Milton Erickson che egli "propone spesso al paziente di fare qualcosa pensando che il cambiamento di stato arriverà tramite il cambiamento di azione. In questo è possibile scorgere un'analogia col pragmatismo di Moreno e la sua concezione di "regia terapeutica". Solo che per Moreno spetta al palcoscenico e al gioco psicodrammatico, stabilire la dimensione alterata di coscienza che Erickson ottiene con l'induzione ipnotica. La dimensione attiva è comunque evidente, a partire dai primi casi (...) dove Erickson realizza l'acting-out sotto ipnosi di fantasie sessuali o di gravidanza isterica, fino alla sua celebre invenzione delle tecniche di pantomima per indurre la trance: tecniche extra-verbali, analogiche, dunque basate sull'acting, sulla recitazione".

Moreno prese in considerazione l'induzione ipnotica come integrazione al suo strumento. Egli verificò come l'ipnosi:

- 1) Facilitasse una più rapida identificazione nel ruolo.
- 2) Liberasse il paziente da molte delle sue inibizioni e lo ponesse in una

condizione di disponibilità verso uno stato di maggior spontaneità.

- 3) Rivelasse la struttura più profonda della personalità del paziente.
- 4) Permettesse una integrazione più rapida del materiale rimosso presentatosi all'interno della coscienza.

Anche James Enneis (1870-1928) collaborò con Moreno all'elaborazione dell'ipnodramma e osservò che durante l'ipnosi nello psicodramma, il paziente è trattenuto e le sue azioni sono inibite. Nell'ipnodramma il paziente è maggiormente libero di agire la propria interiorità di essere maggiormente e più spontaneamente espressivo a causa della caduta delle inibizioni. Inoltre le memorie dei comportamenti che si presentavano durante le sessioni ipnodrammatiche erano più ampie che nel solo psicodramma.

Granone a proposito dell'ipnodramma cita “Questo metodo si segue ogni qualvolta si vuole ottenere catarsi, facendo rivivere al soggetto episodi trascorsi, intensamente emozionanti per lui. Si riporta il paziente con la memoria al tempo in cui si è prodotto il fatto lesivo con la conseguente insorgenza dei sintomi nevrotici e, preparatogli lo scenario, lo si lascia libero di dare sfogo alle sue emozioni represses e di recitare a occhi aperti quanto egli stesso desidera, o che l'operatore opportunamente suggerisce. Tale metodo permette al soggetto di esteriorizzare nell'azione i suoi conflitti e di integrarli entro determinati limiti.”

Ci sembrano intuitive i collegamenti (alcuni già accenati sopra) e le possibili applicazioni dell'ipnodramma in terapia familiare. E' significativo a questo proposito citare anche Anne Ancelin Schützenberger, pioniera della psicoterapia transgenerazionale (che prevede *genosociogrammi* da cinque a sette generazioni), che è stata allieva di Enneis. L'autrice di formazione prettamente sistemica, aveva lavorato con Carl Rogers, Margaret Mead, Gregory Bateson, Leon Festinger, e il gruppo di Palo Alto sulla comunicazione non verbale.

Già Andolfi e Angelo nell'articolo “*Il terapeuta come regista del dramma familiare*” (Andolfi, Angelo 1980) paragonano il ruolo del terapeuta familiare a quello di un regista teatrale che ha il compito di rielaborare la sceneggiatura del

“dramma familiare” portato dai pazienti. Gli autori sottolineano come la famiglia che arriva in terapia porti la richiesta paradossale di aiutarla a “*muoversi, facendola restare ferma*”. Infatti la famiglia che viene in terapia porta con se una sofferenza che la induce a chiedere un cambiamento, una trasformazione, ma, contemporaneamente esprime una tendenza all’“omeostasi”, al rispetto delle vecchie regole che hanno assicurato la “sopravvivenza” del sistema fino a quel momento. Il terapeuta ha, quindi, la funzione di “*offrire una lettura diversa del «canovaccio» proposto dalla famiglia, cambiando o ampliando il significato delle singole funzioni*”(Cigoli 1989). L’intervento sarà efficace se il terapeuta saprà cogliere gli *elementi nodali* di “quella famiglia” che forniscano, per così dire, la “chiave” per accedere alla possibilità di cambiamento dell’equilibrio familiare. Questi obiettivi possono essere raggiunti durante la rappresentazione ipnodrammatica durante la quale (come generalmente accade nelle terapie orientate sul gruppo) non viene effettuata un’esplicita induzione ipnotica ma con tecniche indirette si cerca di ottenere uno stato che agevoli il cambiamento tramite:

- 1) un generale e proficuo rilassamento;
- 2) un abbassamento del livello difensivo;
- 3) una riattualizzazione della situazione familiare (conosciuta e in quanto tale rassicurante nei confronti dei sentimenti ambivalenti verso il terapeuta che viene percepito come pericoloso in quanto possibile “attentatore” dell’omeostasi);
- 4) un aumento dell’insight cognitivo-affettivo;
- 5) un maggiore riconoscimento di quello che sta accadendo;
- 6) una maggiore facilità a identificarsi nel ruolo;
- 7) una maggiore facilità a identificare nuove modalità di relazione.

Conclusioni

Lo scopo di questo elaborato è stato quello di analizzare il contributo dell'ipnosi alla psicoterapia, soprattutto in riferimento alla psicoterapia ad orientamento familiare.

Gli aspetti storici e teorici esaminati hanno fornito sufficienti prove circa l'utilità terapeutica dell'ipnosi nella storia della psicoterapia.

Si è evidenziato inoltre come alcuni dei concetti di base sui quali si basa la terapia ipnotica (rapport, ricalco e metafora) possano essere sovrapponibili (anche se a volte sotto forme diverse) a quelli sui quali sono stati costruiti gli strumenti di cura che si sono rivelati di maggior efficacia trasversalmente ai vari modelli psicoterapeutici e nelle neuroscienze. Nello specifico però, si è notato che l'approccio psicoterapeutico che storicamente e attualmente prende in considerazione in maggior misura queste dimensioni è quello sistemico-familiare. Come riferimento principale, per valutare i contributi e l'utilizzo dell'ipnosi nella terapia della famiglia, è stata presa in considerazione l'opera di una delle più grandi personalità della psicoterapia degli ultimi tempi: Milton H. Erickson. Il suo approccio all'ipnosi è stato ritenuto il più adatto ai fini di questa trattazione, in quanto derivante dal suo modello strategico il quale è stato ampiamente rielaborato per essere utilizzato nei setting ad orientamento sistemico-familiare. L'ipnosi ericksoniana infatti si definisce non come la condizione di un singolo individuo, ma come una particolare modalità di relazione. Analizzando i vari modelli di terapia della famiglia che si sono sviluppati dagli anni '50 ad oggi si è approfondito e verificato quanto per un terapeuta che utilizzi un approccio sistemico alla terapia, sia che si trovi ad operare in un contesto individuale, sia che il setting sia concretamente sistemico (con la famiglia fisicamente in terapia), si riveli indispensabile utilizzare un focus sul "rapport" che si sta instaurando fra il sistema e sé stesso. Nel modello che ha nella mente è insito, proprio in quanto si basa sulla convinzione che la crescita e la patologia si strutturino nel rapporto

dell'individuo con l'ambiente, con ciò che lo circonda, che anche la relazione attuale in terapia sia fondamentale per l'evoluzione riparativa che si auspica possa verificarsi in ogni percorso di cura.

Emerge altresì come anche l'utilizzo della metafora sia imprescindibilmente presente nella mente del terapeuta ad indirizzo sistemico. La teoria che si basa sull'esperienza infatti, sottolinea quanto essa, nel suo evolvere, ma nello stesso tempo costruendosi e strutturandosi sulla propria storia e tradizione multigenerazionale, sarà enormemente sensibile ai miti e alle narrazioni che potranno evocare in maniera indiretta (e quindi adatta a superare le barriere della consapevolezza) eventuali comportamenti e rituali disfunzionali ed avere la possibilità di modificarli.

Nel discutere sull'ipnosi in terapia familiare si sono evidenziate quali tecniche possono essere utilizzate ed è stata verificata la loro utilità facendo collegamenti fra gli effetti dell'induzione (diretta ed indiretta) e le possibilità di fruttifere applicazioni di questi alle premesse del modello familiare.

Per ultimo si è introdotto, anche se solo superficialmente e con il fine di suggerire spunti per trattazioni più approfondite, la possibile applicazione dell'ipnodramma in terapia familiare.

Il terapeuta familiare si trova infatti più volte a lavorare sulla "sceneggiatura" portata dai pazienti nella stanza di terapia, cercando di far sperimentare alle persone che si presentano i loro "personaggi", imprigionati in rigidi copioni, diversi ruoli, funzioni ed emozioni.

La tecnica ipnotica applicata alla "scena" psicodrammatica sembra dimostrare di poter metter in atto il copione in maniera più autentica, facilitare le identificazioni di ruolo, agevolare la rappresentazione di nuovi ruoli interpersonali, permettere di ricordare più profondamente e dettagliatamente i comportamenti manifestatisi durante le sessioni, facilitando così la manifestazione, visualizzazione e la comprensione dei meccanismi rigidi e ripetuti. La famiglia sarà rassicurata nel poter assistere alla riattualizzazione dei propri schemi e nel sentire di poter

“scegliere” successivamente fra la propria disfunzionale “omeostasi” ed il cambiamento proposto dalla rappresentazione di possibili nuovi ruoli.

Bibliografia

- Ackerman N. (1999) *Psicodinamica della vita familiare*. Diagnosi e trattamento delle relazioni familiari. Bollati boringhieri
- Andolfi M., Angelo C., (1987), *Tempo e mito in terapia familiare*. Bollati boringhieri
- Andolfi M., Angelo C., (1980), *Il terapeuta come regista del dramma familiare*, in, *Terapia Familiare*, n. 7, giugno 1980, Roma, p. 22.
- Andolfi, M., (1994) *Il colloquio relazionale*, Accademia di Psicoterapia della Famiglia, Roma
- Aquilar F., Del Castello E. (2005), *Progettare, realizzare e stabilizzare il cambiamento*. In F. Aquilar, E. Del Castello, R. Esposito (a cura di), *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia*. Milano: Franco Angeli, pp 175-82.
- Bandler, R., Grinder, J., (1981). *La metamorfosi terapeutica*. Editrice Astrolabio, Roma
- Barker, P. (1987), *L'uso della metafora in psicoterapia*, Editrice Astrolabio Roma
- Bateson, G. (1977) *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano
- Boszormenyi, I.J.L. Framo, (a cura di) (1965) , *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Boringhieri, Torino, 1968.
- Bowen, M. (1980) *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel*

sistema familiare. Editrice Astrolabio, Roma

Bowlby, J. (1989) *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Cigoli, V., (1989), *Dalla verifica al confronto. Ruoli narrativi, intreccio, processo di modificazione e protezione*, in *Terapia Familiare, Famiglia, individuo e scelte cliniche*, n.31, A.P.F., Roma, novembre 1989.

Damasio A.R., (2003) *Looking for Spinoza*, Orlando (Flo.)-London

De Bernart, R. (1989) *Tecniche relazionali con la famiglia e l'individuo*, in *Terapia Familiare* 31.

Del Castello E., Casilli C. (2007), *L'induzione ipnotica. Manuale pratico*. Franco Angeli, Milano.

Del Castello E., La Manna M., (1987) *L'ipnosi nel training del terapeuta familiare*. Atti del Congresso Internazionale di Ipno si e Terapia della Famiglia, Casa Editrice Libreria "L'Antologia", Napoli, 1987.

Elkaim, M. (1981), *Non equilibrio, caso e cambiamento*, in *Terapia Familiare* 9

Ellenberger H. (1976), *La Scoperta dell'Inconscio*. Bollati Boringhieri, Torino,

Erickson M. H., *Le nuove vie dell'ipnosi. Induzione della trance, ricerca sperimentale, tecniche di psicoterapia*, a cura di Jay Haley,. Roma, Astrolabio-Ubaldini ed., 1978.

Erickson, M.H., Rossi, E.L., (1982). *Ipnoterapia*. Roma: Astrolabio.

Gallese V., Keyzers Ch., Rizzolatti G., *A unifying view of the basis of social cognition*, «*Trends in cognitive sciences*», 2004, 8, 9, pp. 396-403.

Granone, F., (1983 V°Ed.). *Trattato di Ipnosi*. Vol.I-II. Torino: Utet

Gulotta, G., (1980). *Ipnosi: aspetti psicologici, clinici, legali, criminologici*. Milano, Giuffrè Editore

Gurman A., Kniskern D., (1995) *Manuale di Terapia della famiglia* - Boringhieri, Torino

Haley, J., (1976). *Terapie non comuni: tecniche ipnotiche e terapia della*

famiglia. Roma: Astrolabio.

Loriedo C., Nardone G., Watzlawick P., Zeig J. K., (2002) *Strategie e stratagemmi della psicoterapia*, Milano, Franco Angeli, 2002.

Loriedo C., (1993) in Mosconi, G. *Psicoterapia Ipnotica*. Padova, Piccin

Minuchin, S., (1977) *Famiglie e terapia della famiglia*, Editrice Astrolabio, Roma

Moreno, J.L. (1985) *Manuale di psicodramma: il teatro come terapia*, Editrice Astrolabio, Roma

Mosconi, G. (1993) *Psicoterapia Ipnotica*. Padova: Piccin

Napier, A.Y., Whitaker C., (1978) *Il crogiolo della famiglia*. Editrice Astrolabio, Roma

Nardone G., Loriedo C., Zeig J.K., Watzlawick P., (2006) *Ipnosi e terapie ipnotiche. Misteri svelati e miti sfatati*, Milano, Ed. Ponte alle Grazie

Rittermann M., (1986), *L'ipnosi nella terapia della famiglia*. Editrice Astrolabio, Roma

Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. and Fogassi, L. (1996), 'Premotor cortex and the recognition of motor actions.' *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141

Valerio C., Mammini C. (a cura di), (2009) *L'evoluzione clinica dell'ipnosi*, Milano, Franco Angeli

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio

Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1974). *Change. La formazione e la soluzione dei problemi*. Roma: Astrolabio

Watzlawick, P., Weakland, J.H. (1978). *La prospettiva relazionale*. Roma: Astrolabio