



ISTITUTO
FRANCO GRANONE
CIICS centro italiano ipnosi
clinico sperimentale

2016, Volume 1, No. 1.

NOTIZIARIO

L'ipnosi è trasformazione e realizzazione del Sé

L'editoriale del Direttore del CIICS



Nasce oggi per iniziativa del Dr. Rocco Iannini coadiuvato dalla Dr.ssa Nunzia Giordano, dal Dr. Ennio Foppiani, dalla Dr.ssa Milena Muro con la collaborazione indispensabile di Manuela Trincherò, responsabile della segreteria dell'Istituto Franco Granone questo notiziario che

vuole rendere conto della vita e dell'attività scientifica del nostro Istituto. Uscirà a cadenza quadrimestrale con la auspicabile collaborazione di un vasto gruppo di colleghi appassionati alla disciplina dell'ipnosi. I contributi proposti saranno ovviamente vagliati dal Comitato di Redazione che garantirà l'ortodossia del pensiero del nostro fondatore Franco Granone al quale tutti noi ci improntiamo nel nostro agire quotidiano. A tal proposito mi piace ricordare la scaletta dei suoi interventi pubblici che iniziava sempre spiegando cosa l'ipnosi non è, per poi precisare cosa sia, come si instaura e a cosa serve. L'Istituto Franco Granone ha la pretesa di collocarsi tra le più autorevoli e scientificamente corrette Scuole di Ipnosi italiane e internazionali. Invo un doveroso saluto alle scuole sorelle con le quali auspico una sempre maggiore e proficua collaborazione. Con questo spirito il Consiglio Direttivo ha recentemente

deciso di conferire nel prossimo novembre il "Premio Internazionale Franco Granone" alla presidentessa dell'ESH Professoressa Consuelo Casula, certamente da considerarsi una gloria italiana nel panorama internazionale dell'ipnosi.

Seguendo i dettami del nostro fondatore, sempre attento alla ricerca, particolare attenzione viene data al lavoro portato brillantemente avanti dall'instancabile Prof. Edoardo Casiglia dell'Università di Padova e dai suoi collaboratori. Uno dei più importanti obiettivi raggiunto in questi anni dal nostro Istituto è stata la realizzazione del nuovo Trattato di Ipnosi cui hanno partecipato moltissimi autori e curato dal già citato prof. Casiglia e che va visto non come superamento del Trattato del nostro Maestro che è sicuramente la pietra miliare del nostro procedere scientifico, ma piuttosto come attualizzazione dello stato dell'ipnosi nel ventunesimo secolo. Preciso che in ogni numero del notiziario verrà proposto un estratto da un capitolo del testo originale del nostro fondatore proprio per attualizzarne l'identificazione della nostra scuola. A tal proposito mi sembra doveroso ricordare in questo momento il sapiente e competente lavoro che per anni ha svolto la Dott. Maria Tosello nel redigere il bollettino in tempi non tecnologici e quindi di più difficile attuazione. Il mio plauso più sincero va a tutti coloro che collaboreranno alla stesura del notiziario, contribuendo a una maggiore diffusione della nostra disciplina nel solco tracciato dal Prof. Granone.

Il presidente dell'Istituto Franco Granone
Antonio Maria Lapenta



In Questo Numero

L'editoriale del Direttore del CIICS.....	1
Dal "Trattato di Ipnosi"	2
Ipnosi, Psicosi e Disturbi di Personalità	4
Ipnosi e Malattie Stress-correlate	12
L'agenda del CIICS	16
Calendario Eventi.....	16
Ha contribuito a questo numero.....	17
Lista degli Autori	17

Dal "Trattato di Ipnosi"

del Prof. Franco Granone

A testimonianza di quanto gli insegnamenti del Prof. Franco Granone siano imprescindibili per chi si occupa di Ipnosi e certi di far cosa gradata ai lettori, in ogni numero del notiziario verrà riportato un estratto di uno dei capitoli presenti nel "Trattato di Ipnosi". Tale opera, in due volumi, è disponibile per la vendita presso la Segreteria dell'Istituto Franco Granone. Gli interessati troveranno al fondo della rivista o sul sito www.ciics.it i riferimenti per ordinare la loro copia. In questo numero riportiamo l'estratto di uno dei primi capitoli dal titolo:

"Terminologia ed essenza dell'ipnosi"

Braid (1843) fu il primo a introdurre la parola ipnotismo, definendolo come uno «stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali». Successivamente Bernheim giudicò l'ipnotismo come un «grado di suggestibilità esaltata», intendendo per suggestibilità «l'attitudine a essere influenzati da un'idea e a realizzarla». Charcot lo definì come «una nevrosi sperimentale».

Altre definizioni sono state date ancora, a seconda delle diverse Scuole e dei modi con cui sono stati interpretati i fenomeni ipnotici. Su di esse ci soffermeremo nel capitolo in corso.

Lo stesso Braid ad esempio, avendo successivamente constatato che i soggetti che si «addormentavano» erano una minoranza, uno su dieci tutt'alpiù, e che polarizzare l'attenzione del pensiero su una sola idea procurava eccellenti risultati terapeutici senza l'intervento del sonno, ripudiava la parola ipnotismo nel 1847 sostituendola col termine di monoidismo per designare la condizione dell'intelletto dominato da una sola idea.

Per chiarezza di esposizione preciso subito che in questo trattato si intende per ipnotismo 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 questi e l'ipnotizzatore. Molti autori hanno ritenuto che tale definizione da me postulata nel 1961 sintetizzi bene l'essenza dei fenomeni sull'ipnotismo, tanto che l'hanno accettata e ripetuta integralmente nei propri lavori.

Citerò ad esempio il professor Gattuso e il professor Pero, cattedratico di malattie nervose e mentali dell'Università di Catania, che l'hanno riportata nella relazione sulla «Analgesia e terapia medica del dolore» tenuta al 15° Congresso di Neurologia.

Il termine di ipnosi è cronologicamente posteriore di una trentina d'anni a quello di ipnotismo.

Lungo il corso del Trattato si adopererà la parola ipnotismo quando si parlerà del fenomeno ipnotico, considerandolo in stretto rapporto con l'operatore, e la parola ipnosi quando ci si riferirà alla semplice sintomatologia ipnotica, come sindrome a sé stante e avulsa, in certo qual modo, dall'operatore.

Cosicché l'ipnosi è un modo di essere dell'organismo e l'ipnotismo quella tecnica che permette di attuare tale condizione. Così si dirà che si pratica l'ipnotismo e che





nella ipnosi si osservano modificazioni caratteristiche della memoria. Tale distinzione è molto utile in via nosografica e diagnostica ed è opportuno che venga rispettata per evitare confusioni, come in seguito si preciserà.

L'ipnosi può essere anche autoindotta mediante spontanei monoideismi suggestivi e altre tecniche che illustreremo più avanti (cap. 4 § 10).

Prima dell'introduzione del termine ipnotismo (Braid, 1843) si parlò di magnetismo (Mesmer, 1779), e per vari anni i due termini si sovrapposero. Secondo gli storiografi la parola magnetismo deriverebbe dal bovaro Magnet, del Monte Ida, che avrebbe scoperto le prestigiose caratteristiche di un minerale, poi denominato magnetite, o calamita naturale, il quale aveva la proprietà di attirare i chiodi delle sue scarpe. Secondo altri, la parola magnetismo deriverebbe da Magnesia, città dell'Asia Minore, dove sarebbe stato scoperto per la prima volta tale minerale (Daglio).

Da questa constatazione nacque l'idea di particolari fluidi provenienti dal mondo minerale, come si era già pensato a fluidi del mondo animale, tanto che gli antichi egizi e gli indiani curavano con l'imposizione delle mani.

Dato l'alone di diffidenza e di discredito da cui, a volte, fu accompagnato l'ipnotismo, alcuni cultori di questa disciplina vorrebbero oggi definirla con un altro nome, in modo da procurarle, sotto una nuova etichetta, quella fiducia e stima che essa merita.

È stata per essa, ad esempio, avanzata da Bernstein la parola tranceologia, uguale a scienza che si occupa degli stati di trance; Fry propose il termine di rilassamento per suggestione; altri ancora quello di terapia psicosomatica.

Chi scrive, desiderando rimuovere le concezioni erronee sull'ipnotismo e chiarire le idee in merito a esso, ha mantenuto a bella posta nella prima edizione di questo trattato tale vecchio termine, non grato ad alcuni, perché fosse subito, senza equivoco, precisato l'argomento. Ciò anche se, nella pratica terapeutica, può essere utile adoperare con i profani, almeno all'inizio, la frase indicativa di cura di rilassamento, suscitatrice di minori apprensioni.

Una delle condizioni che più frequentemente si attuano nell'esercizio dell'ipnotismo è quella cosiddetta del sonno ipnotico, durante il quale sono assai spiccate le possibilità di agire sulla psiche e che pertanto deve essere distinto dalla ipnosi indotta coi medicinali, o narcosi, e dal sonno fisiologico, dove tali possibilità non esistono. Ciò sebbene sia possibile passare da uno stato di coscienza all'altro, come si vedrà trattando dell'induzione dal sonno fisiologico (cap. 4 § 15) e dalla subnarcosi barbiturica (cap. 7 § Zc).

Perché sia subito respinta l'idea che ipnosi equivalga a sonno, si noterà quello che è già stato rilevato da molti altri autori e cioè che una persona addormentata reagisce solo a stimoli intensi, o particolari per lei, mentre un soggetto ipnotizzato può reagire a stimoli disparati, anche se deboli.

Nell'ipnosi non si osserva alcuna alterazione del regime dei riflessi, come nel sonno, dove essi sono diminuiti, o invertiti, quale il plantare cutaneo, con la comparsa a volte, del segno di Babinski. L'elettroencefalogramma in ipnosi ha delle caratteristiche che lo distinguono da quello del sonno fisiologico (si vedano le parti terza e quarta). Il metabolismo basale del cervello del soggetto

in stato d'ipnosi profondo non coincide con quello del sonno (cap. 10 § 13).

I dinamismi sensorio e intellettuale, quali si osservano durante la trance, non si osservano nel sonno, anche se parziale. Infine, per quanto possa sembrare una contraddizione in termini, e per notare come ipnosi non voglia sempre significare sonno, ricorderemo che esiste un'ipnosi vigile, in particolare identificata dall'Autore sin dal 1962, cioè uno stato di veglia, durante il quale possono lo stesso prodursi profonde alterazioni della suggestibilità, della volontà e somato-viscerali (si veda la parte quarta, sulla casistica).

Il primo ad adoperare il termine di sonno per indicare la condizione ipnotica fu l'abate Faria, che lo definì sonno lucido. Successivamente si è ricorso ai termini di sonno ipnotica, sonno provocato, sonno psicosomatica, neorosi sperimentale eccetera. Riteniamo peraltro che sia un errore voler far rientrare nei quadri già conosciuti della fisiologia (sonno) o della patologia (nevrosi, isterismo) l'ipnosi. Questa è una sindrome clinica a sé stante, che ha dei punti di contatto e altri di divergenza con quelle cliniche classiche note (cap. 9 § 2c). Essa è distinta dalla prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico-intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e da condizioni fisiologiche di inibizione cerebrale sinistra con esaltazione dell'attività dell'emisfero destro, che assicurano il rapporto con l'ipnotista nella ipnosi eteroindotta. L'ipnosi deve essere considerata come un fatto eminentemente dinamico e non statico (cap. 8 § 2). Con essa si realizza una dissociazione psichica che, in virtù di un rapporto interpersonale di tipo eminentemente regressivo, tende a stabilire una condizione per cui si può agire sulle funzioni psichiche e organiche del soggetto.

Per narcoipnosi si intende uno stato nel quale la suggestione viene imposta, approfittando della subnarcosi, con conseguenti possibilità ipnotiche sul soggetto, prima seminarcoizzato. Nel capitolo 7 § Zb tratteremo delle differenze fra subnarcosi e trance ipnotica.

Per autoipnosi si intende un'ipnosi che il paziente si induce da solo, mediante progressivi esercizi di rilassamento, o elaborando suggestioni postipnotiche, dategli precedentemente da un operatore.

Per ipnoanalisi si intende qualunque tipo di analisi della personalità profonda, praticata in trance ipnotica, anche se non interpretata sempre alla luce di un dottrinale ortodosso psicoanalitico. Lo studio sistematico della fenomenologia neuro e psicofisiologica in ipnosi (parte terza) giustifica, secondo chi scrive, tale concezione; cosicché la ipnoanalisi (come del resto molti autori, Alema, Gomirato e altri, hanno fatto già per la narcoanalisi) deve essere considerata quale un mezzo clinico, a sé stante, di esplorazione delle varie strutture psichiche della personalità e non solo dell'inconscio freudiano.

Si chiamerà per brevità narcoipnoanalisi un'analisi iniziata nello stato di subnarcosi e continuata nello stato di trance ipnotica successiva alla subnarcosi. Per narcoterapia si intendono quei procedimenti che sfruttano lo stato crepuscolare indotto da un narcotico, per compiere, a scopi curativi, una particolare analisi psichica (narcoanalisi) e psicoterapia.

Questa azione sulla psiche va distinta da quella semplice medicamentosa rilassante, del tutto



secondaria e non sufficiente da sola a qualificare tale mezzo come psicoterapeutico.

Siccome si usa genericamente il termine di ipnoterapia per indicare tutti quei procedimenti che si avvalgono del sonno come mezzo di cura, sia esso prodotto da farmaci o dall'ipnosi, si ritiene più esatto adoperare il termine di ipnositerapia per ogni cura eseguita mediante tecniche ipnotiche, con o senza il sonno. Ciò perché questo nulla ha a che fare con il sonno da medicamenti.

Così esistono una ipnopedia e una ipnosipedia, e cioè due procedimenti ben diversi con i quali si cerca di imparare più facilmente delle nozioni, nel primo caso durante il sonno fisiologico e nel secondo servendosi invece della trance indotta da un ipnotista (cap. 19 § 2).

Ci guardiamo, infine, dal chiamare ipnosi quei torpori della coscienza che possono essere causati da mezzi chimici o fisici (metronomo, luce intermittente o abbagliante, trauma cranico ecc.), in quanto che in essi è esclusa la psicogenesi rappresentativa, suggestiva e riproduttiva del fenomeno stesso, come nella vera ipnosi, sia essa auto o eteroindotta.

Questioni terminologiche. Teorie interpretative 5 Riteniamo che insistere per un'esatta terminologia non sia una pedanteria semantica, ma un'indispensabile necessità per meglio intenderci ed evitare grossolani errori.

Ne ricordo ad esempio uno in cui sono incorsi tutti i quotidiani italiani del 1970 e anche purtroppo la stampa forense, a proposito di un delitto compiuto in stato di tossicosi da farmaci e che fu definito come delitto in ipnosi.

L'equivoco si trascina dall'Ottocento ad oggi per colpa dei medici di quell'epoca che hanno etichettato con ipnosi, dal greco Bravo; che vuol dire sonno, uno stato che sonno non è; e dei successivi anestesisti, farmacologi, i quali a loro volta hanno adoperato il termine di ipnosi per indicare una condizione che ipnosi non è. Difatti, con questo termine tutti gli ipnotisti del mondo intendono, come abbiamo precedentemente spiegato, un particolare stato psicofisico instaurato con l'ipnotismo contraddistinto quindi da un rapporto con l'ipnotista e non dovuto all'assunzione di farmaci. Il soggetto che ingerisce medicinali vari, droghe più o meno allucinanti, alcool, sostanze psicoattive ecc. potrà trovarsi in uno stato di narcosi o subnarcosi, in una condizione delirante o subdelirante, di confusione mentale, di agitazione psicomotoria ecc., ma per fatti di neurotossicosi che nulla hanno a vedere con la condizione ipnotica, ben conosciuta sul piano neurofisiologico e psicologico da ogni ipnositerapeuta.

Si deve tenere ben presente che quando si arriva all'ipnosi con l'aiuto di un farmaco, essa è imposta dall'operatore, approfittando di quello stato di coscienza crepuscolare procurato dal medicamento, e non è affatto dovuta a questo soltanto. Il farmaco, ripeto, dà uno stato similnarcotico o di ebbrezza, ma non ipnosi, per la quale si richiede usualmente il rapporto del soggetto con l'ipnotista.

La questione è importante non solo dal lato terminologico, ma anche e più da quello medico-legale, perché riteniamo difficile durante una vera ipnosi imporre a un soggetto comportamenti antisociali o delittuosi contro le sue stesse radicate convinzioni

etiche e morali e le sue usuali tendenze istintive-affettive. Se così fosse, potremmo con l'ipnosi cambiare i criminali in galantuomini e questi in quelli con estrema facilità (vedasi cap. 13 § 2).

Tanto scrissi sul quotidiano La Stampa del 12 febbraio 1970, N. 33, e la precisazione fu riportata successivamente da La Sesia; ma, a quanto mi consta, con pochi risultati.

Ipnosi, Psicosi e Disturbi di Personalità

di Ennio Foppiani



Generalmente si avverte una prospettiva pessimistica riguardo la possibilità di utilizzare l'ipnosi nella terapia dei disturbi psicotici, radicando il discorso nel temuto timore che essa sia in grado di slatentizzare quadri psicotici silenti o di peggiorare la sintomatologia già presente. Una ulteriore estensione di tali apprensioni potrebbe essere compiuta anche verso quei disturbi di

personalità in specie quelli del tipo. Del gruppo A o B del DSM-5

Ulteriore motivo di tale pessimismo nell'uso dell'ipnosi deriva poi dal convincimento della scarsa capacità ipnotica di soggetti affetti da tali quadri psicopatologici. Nella sua revisione sugli effetti collaterali dell'ipnosi Macovec¹ ha riportato in generale che mentre la maggior parte degli effetti collaterali sono lievi e transitori, quelli moderati, gravi e/o persistenti sono pari al 7% in ambito clinico e di ricerca e al 15% in relazione all'ipnosi da spettacolo; inoltre non vi è evidenza, a suo dire, che l'ipnosi sia di per sé la causa di questi effetti deleteri bensì che le reazioni avverse possano derivare da vulnerabilità¹ preesistenti nel paziente oppure da imperizie od inesperienza del terapeuta.

West e Dekert², che citano alcuni casi in cui l'ipnosi avrebbe intensificato una sintomatologia schizofrenica già presente, sono assai criticati da Conn in quanto tali valutazioni, in assenza di confronto con altri interventi terapeutici, equivalgono a semplici post hoc, ergo propter hoc: per Conn infatti è possibile "diventare psicotico successivamente all'ipnosi, ma mai, a mio parere, a causa dell'ipnosi"³ dato che non vi è alcun supporto empirico per un rapporto positivo tra la suscettibilità ipnotica e la vulnerabilità alla schizofrenia^{4 5}.

L'unico studio con un gruppo di controllo è quello effettuato da Faw, Sellers e Wilcox⁶ su 207 soggetti assegnati con modalità random a una condizione di ipnosi o a una condizione di controllo non-ipnotico. I

¹ Si veda ad esempio quanto stabilito nel caso Gates vs McKenna cfr. Toulson R (1998) Judgment on Christopher Gates vs Paul McKenna. High Court of Justice, Queen's Bench Division. London: Royal Courts of Justice.



risultati hanno mostrato che i soggetti del gruppo ipnotico mostravano risultati migliori sulle differenti rating scales valutative, mentre il solo soggetto che subì un crollo psicotico, nel follow up dell'esperimento, apparteneva al gruppo di controllo non-ipnotico.

Judd, Burrows e Dennerstein⁷ sottolineano come un uso distruttivo dell'ipnositerapia sia spesso secondario a problematiche di controtransfert - acting-out del terapeuta, fantasie di onnipotenza, eccessiva dipendenza, etc.- in accordo con Sydney⁸ che individuava tre fattori causali nel verificarsi dei deliri post ipnotici:

- (a) l'innalzamento delle fantasie transferali dovuta principalmente alla regressione dello stato ipnotico;
- (b) la presenza di difetti strutturali dell'Io, difese proiettive, o altri fattori predisponenti nella struttura caratteriale del paziente;
- (c) il verificarsi di reazioni controtransferali da parte dell'ipnotizzatore che toccano una determinata area di conflitto all'interno del paziente.

Come può vedersi due cause riguardano una cattiva gestione del rapporto transfert/controtransfert e la restante sottolinea elementi di vulnerabilità già esistenti.

In conclusione non vi è finora alcuna evidenza scientifica che possa sostenere la tesi di un nesso di causalità tra la l'uso di procedure ipnotiche e qualsivoglia instaurarsi di gravi disturbi mentali.

Resta dunque da stabilire se le psicosi e i disturbi di personalità si avvantaggino terapeutamente dell'ipnosi ed è qui che si inserisce il discorso della loro ipnotizzabilità.

Fu Esquirol nel 1838, a segnalare il primo successo con un paziente psicotico ed a presentare gli esperimenti dell'ipnosi nei gravi disturbi mentali, in collaborazione con l'abate Faria nel 1816 e nel 1818⁹. A seguire furono riferiti i risultati positivi da parte di Andries Hoek¹⁰ e di August Voisin^{11 12} il quale, pur nell'entusiasmo dei risultati ottenuti con pazienti deliranti, lucidamente evidenziò come solo il 10% degli psicotici fosse ipnotizzabile¹³.

Tuttavia la maggior parte degli autori sosteneva che l'ipnositerapia non apportasse alcun beneficio al di fuori dell'isteria od del disturbo isterico-ossessivo, divenendo questo l'orientamento predominante per tutto il finire del secolo¹⁴.

Nel 1902 il fronte fu spezzato da Wetterstrand¹⁵ il quale sostenne come la difficoltà più grande, nell'utilizzare l'ipnosi nei disturbi mentali gravi, fosse legata all'ottenere il pieno e pienamente consapevole consenso e a mantenere l'attenzione e la partecipazione per un lasso di tempo più o meno lungo. Wetterstrad, che riportò alcuni successi in pazienti psicotici plurisintomatici, con presenza di allucinazioni e manie di persecuzione, rimarcò come fosse necessario, per ottenere risultati positivi, entrare nella soggettività del mondo del paziente.

Quella di Wetterstrad risultò però una posizione minoritaria in quanto si giunse alla conclusione che il vero psicotico non poteva esser ipnotizzato e che, nel caso fosse potuto esserlo, si imponesse di necessità una revisione diagnostica¹⁶.

Nel 1959 Gill e Brenman notarono che mentre la maggior parte dei pazienti schizofrenici non erano conducibili all'ipnosi, paradossalmente, alcuni fra loro davano una risposta positiva¹⁷.

Nel 1964 Abrams pubblicò una revisione della letteratura dell'uso dell'ipnosi con i pazienti psicotici la cui generale conclusione fu che come gruppo, anche se alcuni pazienti psicotici sembravano ipnotizzabili, erano nettamente meno ipnotizzabili rispetto alla popolazione generale a causa di alcuni fattori quali lo scarso contatto con la realtà, la cronicità, il deterioramento cognitivo e la mancanza di cooperazione¹⁸.

Nel 1985 Lavoie e Elie pubblicano uno studio, basato sui loro precedenti lavori^{19 20}, nei quali viene suggerito che l'ipnotizzabilità potrebbe essere correlato alla prognosi, concordando con le tesi di Gill e Brenman, e affermato che "gli schizofrenici hanno le stesse possibilità di essere ipnotizzati"²¹.

Secondo Spiegel le gravi alterazioni psicopatologiche compromettono le capacità ipnotiche del soggetto, per cui è possibile differenziare²², con l'Hypnotic Induction Profile (HIP), due sotto categorie di soggetti:

- a scarsa risposta ipnotica (Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbi Schizofrenico, Disturbi di Personalità Schizoide, Schizotipica, Paranoide, Narcisistica, Evitante, Ossessivo-Compulsivo) e
- a media risposta ipnotica (Disturbo del Controllo degli Impulsi, Disturbo Depressivo, Disturbo Bipolare, Disturbo di Personalità Borderline e Antisociale);

Se in letteratura vengono descritti pazienti psicotici che rispondono molto bene alla tecnica ipnotica per Spiegel si è di fronte ad una psicosi breve da stress o psicosi isterica²³ o ad un disturbo dissociativo²⁴ piuttosto che ad una schizofrenia.

Murray-Jobis²⁵ approfondisce questo disaccordo di posizioni intrapreso con uno studio esplorativo della ipnotizzabilità di pazienti schizofrenici e borderline in un ambiente clinico, utilizzando la Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Forms A e l'Hypnotic Induction Profile, e ipotizza che una possibile spiegazione per alcune delle differenze nei risultati del test risieda nella influenza sulle norme di prova esercitata dagli effetti del transfert e dai modelli di risposta, talvolta singolari, dei pazienti gravemente disturbati.

A chiusura di queste due tematiche vale la pena di ricordare la metaanalisi, del 2003, effettuata da Izquierdo de Santiago e Khan su tutti gli studi randomizzati o controllati in doppio cieco implicanti l'ipnositerapia e la schizofrenia²⁶.

Gli Autori concludono che, pur non esistendo prove inconfutabili che l'ipnosi porti qualche beneficio ai pazienti affetti da schizofrenia, il ruolo dell'ipnosi, che sembra dare buoni frutti in alcuni sottogruppi di schizofrenia², ha una sua validità come trattamento,

² Izquierdo de Santiago e Khan segnalano il lavoro di Lancaster in cui la media dei punteggi alla BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) mostra una riduzione di circa tre punti nella prima settimana di trattamento nel gruppo di ipnosi. Lancaster riporta le variabili BPRS di appiattimento affettivo, disorganizzazione e rinuncia come elementi indicatori di possibili cambiamenti di stato dell'umore. Questo fa pensare che alcuni sottogruppi di pazienti affetti da schizofrenia potrebbero trarre maggior vantaggio dall'ipnosi rispetto ad altri. Lancaster D. Hypnotizability and the effects of hypnotic suggestions on the cognitive style, behavior patterns, and mood states of hospitalized schizophrenics. PhD dissertation submitted to the University of Mississippi, USA 1983:214.



non è pericoloso in sé, ha scarso rischio di drop-out e quindi dovrebbe essere vista come supporto di altre terapie più fondate nella loro efficacia.

Nuovi impulsi nella terapia si ebbero da parte di Wolberg²⁷ di Danis²⁸ e successivamente della Bowers - per la quale la psicosi era una difesa e che compito del terapeuta fosse quello di assistere ed aiutare il paziente nel riappropriarsi della supremazia della parte sana a discapito della facciata difensiva psicotica²⁹ - che riportò discreti risultati con l'utilizzo dell'ipnositerapia su gravi disturbi di personalità³⁰, in particolare borderline e dipendenti, e su disturbi schizofrenici³¹ spesso ricorrendo, nei paranoici, alla regressione ipnotica.

Sulla spinta di codesti case report Illovsky³² ottenne interessanti risultati con un gruppo di 80 schizofrenici cronici, ospedalizzati in media dai sei agli otto anni: trattati con suggestioni di rilassamento e tecniche di rinforzo dell'io, in concomitanza con una terapia farmacologica, si evidenziava come il decorso di questi fosse clinicamente migliore rispetto ai pazienti non trattati con l'ipnosi.

Nel 1967 Guze³³ fornì alcune linee guida del trattamento: riduzione dei sintomi negativi³ per poi potenziare le capacità di coping e di resilienza, operando sull'immaginario del paziente.

Lo scopo principale era quello di portare l'io del paziente ad un livello realistico di integrazione, magari ripristinando tratti caratteriali nevrotici, consolidare il rapporto interpersonale, dilazionare le eventuali proiezioni psicotiche.

A breve la Scagnelli³⁴ pubblicò una serie di studi sull'integrazione dell'ipnosi con la terapia a orientamento psicodinamico applicata alla schizofrenia e al disturbo borderline.

Scagnelli utilizzò inizialmente l'ipnosi principalmente come un mezzo per indurre uno stato di rilassato piacere, rafforzando e utilizzando, in tal modo, il rapporto semi-simbiotico del terapeuta col paziente³⁵, avendo cura di evitare sia di dare suggestioni dirette per la rimozione dei sintomi sia l'uso dell'ipnosi per una esplorazione analitica³⁶. Successivamente mutò opinione e sviluppò, sempre all'interno di una terapia farmacologica, la libera associazione e il miglioramento dell'insight in stato ipnotico, l'utilizzo dei sogni ipnotici³⁷, rimarcando sempre che una grande attenzione deve essere posta alla forza dell'io e alle capacità dell'io di integrare il materiale più facilmente disvelato dall'approccio ipnotico³⁸.

Dunque è necessario rinforzare l'io con suggestioni di ricostruzione e di rinforzo dell'io, con tecniche volte alla riduzione della sintomatologia ansiosa, con modificazioni comportamentali, attraverso l'imagery, per aprirsi a nuove strategie di coping o verso calibrazione dei rapporti famigliari, con l'utilizzo del

Control Creator che fornisce al paziente la sensazione di avere il controllo nel processo ipnotico e successivamente di essere essenziale nel poter affrontare la psicosi senza essere travolto da deliri, reazioni di transfert eccessive, acting-out di impulsi inconsci, etc³⁹.

Ove possibile, sempre col paziente borderline occasionalmente con lo schizofrenico, si sostiene l'uso dell'autoipnosi col preciso obiettivo di diminuire la angoscia di perdita di controllo migliorando così la risposta alle sollecitazioni ambientali.

In opposizione al lavoro innovativo ma sempre rivolto ad un principio di realtà clinica citiamo le esperienze di Berwick e Douglas e di Sexton e Maddox come esempi di interventi difficilmente applicabili nella quotidiana pratica clinica, in quanto la loro collusività col quadro delirante dei soggetti pone serie problematiche di generalizzazione.

Infatti Berwick e Douglas⁴⁰, nel 1977, lavorando con paranoici, senza pretesa di ottenere una presa di coscienza, si sintonizzarono sul delirio dei pazienti, suggerendo loro di utilizzare il loro potere interiore per sconfiggere quello esterno, con risultati positivi. Strategia opposta, ma sostanzialmente eguale nell'essenza, fu quella di Sexton e Maddox⁴¹ che in tre casi di depressione psicotica utilizzarono l'escamotage tecnico di un aiuto esterno (Dio oppure un amato caro defunto), di un deus ex machina, con il ritorno, a loro dire, ad un io funzionante e ad una diminuzione della sintomatologia psicotica in tutte e tre le situazioni.

Nel 1984 Baker⁴² introduce l'integrazione fra la psicologia dell'io e l'ipnosi nell'ottica delle relazioni oggettuali per ottimizzare la gestione dei specifici sintomi psicotici, per rafforzare i confini e migliorare il funzionamento dell'io, tramite l'utilizzo di ipnotica fantasmatica, e gestire le manifestazioni del transfert psicotico⁴³.

Baker⁴⁴ illustra il caso di un paziente narcisista borderline psicotico ove era stato implementato l'uso del sogno ipnotico come oggetto di transizione, al fine di facilitare il contatto terapeuta/paziente.

Il processo onirico poteva venire utilizzato dal paziente, al di fuori della seduta terapeutica, per aumentarne l'autonomia e l'indipendenza.

Il suo lavoro venne sviluppato dalla Copland⁴⁵ (1986), che accentuò gli aspetti del processo di attaccamento-separazione-individuazione propri dell'esperienza ipnotica e della relazione terapeutica, tra cui il transfert, la regressione, e l'interiorizzazione di aspetti positivi dell'alleanza terapeutica.

Anche Brown^{46 47} e la Fromm^{48 49} si orientarono in direzione della teoria dello sviluppo cognitivo-evolutivo e presentarono nuove tecniche specifiche basate sulla visualizzazione di rappresentazioni di un Sé coeso e dello sviluppo del rapporto paziente/terapeuta.

L'approccio ipnositerapeutico di Daniel Brown nel trattare le patologie inerenti ai disturbi dell'attaccamento segue il modello della creazione di una base sicura seguita, spontaneamente, da una fase di esplorazione delle relazioni oggettuali.

In seguito visualizzazioni ipnotiche delle figure genitoriali ideali vengono opportunamente strutturate ed utilizzate per sviluppare nuove e positive rappresentazioni interne di attaccamento sicuro.

Murray e Jobsis⁵⁰ crearono ulteriori procedure, basate sulla struttura evolutivo-psicanalitica, atte a

³ Nei sintomi negativi si includono l'inadeguatezza nel comportamento della persona, il distacco emotivo o assenza di emozioni, l'appiattimento affettivo, l'appiattimento della volontà (sindrome avolizionale), la povertà di linguaggio (alogia) e delle funzioni comunicative, l'incapacità di provare piacere (anedonia), la mancanza di motivazione (abulia..) e la mancanza del desiderio di instaurare relazioni (asocialità). I sintomi positivi includono le idee fisse, le allucinazioni, i deliri, i disturbi formali del pensiero, la disorganizzazione del linguaggio e il comportamento bizzarro.



compensare le esperienze evolutive mancanti, a nutrire la parte positiva del paziente, a rinforzare la sua consapevolezza a scapito della paura abbandonica, elaborando tecniche ipnotiche di figurazione retorica atte a sviluppare i rapporti emotivo relazionali, che enfatizzano l'uso delle immagini guida attraverso cui, i pazienti, potessero ricostruire positivamente, a compensazione delle trascorse esperienze vissute, il proprio passato⁵¹.

Il lavoro di questi autori ha permesso di individuare due grandi temi delle problematiche relazionali presenti in molti disturbi di personalità e/o psicotici affrontabili con l'ipnositerapia: i problemi con le relazioni, indicanti problematiche relative all'attaccamento^{4 - 52 53 54 55}, e i problemi all'interno delle relazioni, indicanti temi relazionali conflittuali centrali o Core Conflictual Relationship Theme (CCRT).^{56 57}

Dal punto di vista teorico-clinico, il costrutto di Modelli Operativi Interni (MOI) formulato da Bowlby⁵⁸ rappresenta un'importante rielaborazione del concetto freudiano di coazione a ripetere⁵⁹: considerando che le rappresentazioni di attaccamento si sviluppano prima dello sviluppo della memoria narrativa, mentre le mappe CCRT si sviluppano in concomitanza con lo sviluppo della memoria narrativa tra il terzo e il quarto anno, e quindi interpretabili, si possono differenziare due settori con differenti modalità di intervento.

Nel primo caso si lavora sull'interpretazione⁵⁻⁶⁰ dello stile di attaccamento attraverso una stabile e coerente

⁴ Mary Ainsworth, Mary Main, Judith Salomon e Donna Weston identificano quattro tipologie fondamentali di attaccamento: (Main e Weston, 1981; Main e Solomon, 1990).

1. Attaccamento sicuro (B);
2. Attaccamento insicuro-evitante (A).
3. Attaccamento insicuro-ambivalente (insicuro-resistente) (C).
4. Attaccamento Disorganizzato (D).

È stato osservato che gli Evitanti sono più predisposti a sviluppare disturbi di personalità con disturbo schizoide, disturbo narcisistico, disturbo evitante; gli Ambivalenti si associano con personalità evitante, personalità dipendente, disturbi del comportamento alimentare, disturbo borderline della personalità, sovente sviluppano ansia generalizzata, panico sociale, fobia sociale, agorafobia, disturbi post traumatici da stress, disturbi ossessivo-compulsivi, tendenze paranoide, psicotismo, somatizzazioni, distimia, depressione, dipendenza da sostanze, sintomi, disturbi istrionici; la disorganizzazione dell'attaccamento è associata con disturbo schizoide, disturbo narcisistico, disturbo schizotipico, personalità evitante, disturbo borderline di personalità, disturbo ossessivo-compulsivo, autolesionismo, sindromi paranoide.

L'attaccamento disorganizzato produce l'incapacità di regolare le proprie emozioni, di sapersi calmare o di cercare conforto negli altri nei momenti di disagio, l'assenza di una strategia per fronteggiare l'ansia e le situazioni stressanti.

La rappresentazione di sé è frammentata e dissociata e mentre quella dell'altro oscilla fra caratteristiche contrastanti positive e negative

⁵ Strachey ha distinto l'interpretazione descrittiva da quella mutativa, che è la sola a produrre un vero cambiamento nel paziente. L'interpretazione descrittiva, equivale a dare un nome. È un modo di far diventare conscio l'inconscio, ma non è di per sé sufficiente a produrre un cambiamento come trasformazione del senso.

L'interpretazione mutative agisce quindi sui presupposti in base ai quali un paziente, a partire dai propri impulsi, tende a interpretare l'interazione con l'altro nel quadro di un certo schema. Essa non si

relazione terapeutica, per creare una base per lo sviluppo di nuovi modelli operativi interni di attaccamento sicuro.

Nel secondo caso l'approccio tipico è quello di modificare, quanto possibile, i temi del CCRT attraverso l'interpretazione, ma anche l'imagery in senso ampio, del manifestarsi degli elementi del CCRT nel qui-e-ora della relazione con il terapeuta.

L'ipnoterapia può qui svolgere un ruolo utile nel tentare di cambiare due delle tre componenti del CCRT, ovvero le risposte degli Altri e le risposte del Sé.

Utilizzando metodi ipnoproiettivi che aiutino nella formulazione del CCRT, ricostruendo rappresentazioni in qualche modo simili al tipo di problematiche che continuano a presentarsi nelle relazioni, oppure effettuando immaginazioni ipnotiche più strutturate, volte a rappresentare le reazioni degli altri, ad articolare gli aspetti migliori del Sé, ad esprimere adeguate reazioni di coping, nell'ottica di messa a punto di una mappa interna del CCRT più funzionale: pertanto qui la rappresentazione sarà orientata verso il tipo di rapporto che si desidera, verso i modi alternativi delle risposte degli altri, verso il differente stile con cui noi potremmo rispondere agli altri.

Se il deficit dello sviluppo di attaccamento, nella formazione di un positivo senso di Sé, e della dinamica separazione-individuazione sono presunti essere elementi importanti nella genesi della patologia psicotica e borderline, nei disturbi di personalità borderline e narcisistico si evidenzia inoltre un deficit nello sviluppo metacognitivo da cui dipende la capacità del Sé di riflettere sugli stati mentali (pensieri, emozioni, convinzioni, ricordi) propri ed altrui come entità discrete, relative e soggettive⁶¹.

La metacognizione e la teoria della mente⁶ si pongono, dunque, al centro di quel sistema mentale di regolazione delle emozioni che Marsha Linehan⁶², nell'ambito delle psicoterapie cognitive, considera deficitario: il nucleo del disturbo borderline consiste in un grave deficit del sistema di regolazione dell'affettività, per cui tutte le emozioni tendono a manifestarsi con eccessiva intensità, sia nell'esperienza soggettiva che nel comportamento e nella comunicazione. Il paziente non possiede quindi la capacità di richiamare alla mente, nei momenti di stress emotivo, immagini tranquillizzanti, derivandone un'estrema vulnerabilità alle esperienze emotive dolorose ed una instabilità timica.

L'altra, più nota, teoria del disturbo borderline è quella di Kenberg⁶³ che vede il nucleo del disturbo in un conflitto fra pulsioni libidiche ed aggressive, insorto nei primi due anni di vita e affrontato attraverso il meccanismo di difesa della scissione, meccanismo che impedisce di confrontare fra loro, nella coscienza, le rappresentazioni positive e negative di sé e delle altre

limita a individuare il significato affettivo di un racconto, ma cerca di cambiarne i presupposti, mostrandone modelli alternativi.

All'interpretazione come fattore terapeutico spesso è stata contrapposta l'esperienza emozionale correttiva di Alexander

⁶ La Teoria della Mente (Theory of Mind, ToM) si riferisce alla capacità del bambino di attribuire stati mentali a sé e agli altri e di prevedere, sulla base di tali inferenze, il proprio ed altrui comportamento.



persone, instaurando un sentimento di diffusione dell'identità, pur nel generale mantenimento dell'esame di realtà, che si perde nella psicosi.

Questi due modelli apparentemente opposti, e secondo alcuni inconciliabili fra loro, trovano nell'attaccamento disorganizzato un punto di unione⁶⁴ in quanto la molteplicità rappresentativa del Sé con Modelli Operativi Interni (MOI) multipli, e il deficit metacognitivo appaiono infatti come due aspetti in grado di dare ragione sia agli aspetti clinici del disturbo di personalità borderline spiegati dal modello psicoanalitico di Kernberg che a quelli spiegati dal modello di Linehan, quali, ad esempio, impulsività, oscillazioni fra idealizzazione e svalutazione di sé e degli altri, senso di vuoto, collera immotivata ed intensa, comportamenti autolesivi, reazioni affettive instabili ed intense.

Il soggetto borderline, ogni volta che sperimenta disagio e vulnerabilità personale, è condotto, mediamente dal MOI disorganizzato, ad interazioni emotivamente molto intense, e anche dolorose, con gli altri a cui tende a chiedere cura, con l'eventualità anche di esperienze dissociative (sensazioni di annichimento, stati alterati di coscienza) connesse all'ingestibilità, da parte delle funzioni integratrici della coscienza, delle rappresentazioni incompatibili, sviluppando così uno stile di relazione emotivamente instabile che il soggetto tenderà ad inibire difensivamente. Tale inibizione si può articolare o nello sforzo di raggiungere una condizione di distacco emotivo o nell'attivazione arbitraria di altre modalità di relazione (modalità seduttivo-sessuali, competitive, aggressive). Ecco allora il presentarsi di esperienze di distacco emozionale, di vuoto, di tendenze a condotte sessuali promiscue e rischiose, a esplosioni immotivate di collera competitiva o, all'inverso, un distacco emozionale ottenuto tramite stimoli distraenti (abuso di cibo, droghe, alcool o comportamenti del tipo sensation-seeking).⁶⁵

L'ipnoterapia è impegnata a creare e restituire esperienze correttive idonee a riempire le esperienze di vita mancanti. Il processo ipnotico è adatto a questo lavoro di creazione di siffatte esperienze in forza del suo accesso alle immagini, con il loro carico simbolico, e della sua capacità di sospensione logica, di spirito critico.

Certamente integrare l'ipnosi in terapia con i pazienti borderline e psicotici richiede competenze particolari oltre a doti di empatia, di capacità sia nutritive che negative^{7 66}, di accettazione dei limiti e coerenza.

Biddle⁶⁷, sottolinea, a proposito di limiti, che il primo in assoluto è quello sottolineare, al paziente ma anche al terapeuta, in modo molto chiaro ed esplicito che l'ipnosi non è un potere segreto o mistico, di selezionare adeguatamente i pazienti, indicando nella capacità di concentrazione ed in quella immaginativa due elementi essenziali, e raccomandando di effettuare l'induzione con la tecnica della levitazione della mano che permette al paziente di entrare in trance nei tempi

e nei modi che egli preferisce, in modo da non elevare l'ansia e il timore di essere controllato.

Il terapeuta che utilizzi il modello integrativo psicoanalitico e cognitivo-comportamentale può mirare tanto all'aumento delle capacità metacognitive del suo paziente, procedendo alla validazione dell'esperienza emotiva come suggerito da Linehan, quanto mirare all'integrazione di rappresentazioni scisse del Sé⁶⁸.

Inoltre, sapendo che la maggior parte delle difficoltà relazionali e delle esperienze soggettive abnormi del paziente borderline sono riconducibili, in ultima analisi, all'attivazione del sistema di attaccamento, il terapeuta può trarre notevoli vantaggi dal prestare particolare attenzione ai modi con cui la dimensione motivazionale dell'attaccamento viene implicata nella relazione terapeutica e alle modalità narrative esprimimenti il CCRT.

In quest'ottica il compito della terapia in generale e, in particolare, dell'ipnositerapia è impegnato a correggere gli aspetti carenziali e deficitari.

L'ipnositerapia quindi si potrà applicare su tre linee direttrici:

La prima è il promuovere lo sviluppo di una rappresentazione di un Sé coeso (Self-Definition), di una rappresentazione del Sé come gente attivo sull'ambiente fisico, sugli eventi e nello suscitare risposte desiderate dagli altri (Self-Agency), e al collegamento degli stati affettivi positivi alla rappresentazione del Sé (Self-Esteem), per mezzo del rapporto terapeutico e di visualizzazioni strutturate che si ripetono in sessioni di trattamento e al di fuori delle sessioni, con autoipnosi, nell'intento di favorire una stabile e positiva rappresentazione interna di questi tre parametri.

Il sostegno fiducioso e empatico è progettato per fornire l'ambiente quell'ambiente sufficientemente buono, per dirla con Bion, quel rapporto, che consenta una solida alleanza terapeutica, non esimendosi dalla fissazione di limiti ragionevoli, stabili e ben definiti.

Tali limiti potrebbero però essere percepiti negativamente dal paziente, minando la dinamica relazionale, e dunque è compito del terapeuta trovare il giusto equilibrio, la giusta distanza, modulare la dipendenza.

In tutte le relazioni, ancor di più in questo particolare tipo di relazione, è presente l'ansia della perdita del controllo. Questa paura tende a manifestarsi con la paura dell'abbandono oppure col suo opposto, la paura a creare legami profondi.

Si può placare la paura attraverso l'ipnosi e l'autoipnosi incoraggiando l'autonomia del paziente.

Si può consentire al paziente di tenere gli occhi aperti per poter controllare la distanza fisica. Si può far sperimentare come il fenomeno ipnotico non sia perdita di controllo, sia etero che auto, bensì che il controllo è nelle mani del soggetto e di come esso possa addiventare collaborativo, cooperativo nel processo terapeutico.

Questo rapporto sufficientemente buono è concepito per consentire far sorgere un concetto di Sé positivo che consenta l'accettazione dei sentimenti irrisolti di disperazione, rabbia e ansia, per permettere il riesperire correttivamente le passate esperienze vissute, per colmare le esperienze di vita mancanti, per promuovere la crescita in autonomia positiva superando la problematica della separazione.

⁷ Le prime riguardano la capacità a rispondere ai bisogni, desideri e intenzioni dell'altro, la seconda la possibilità di tollerare la temporanea assenza di senso e di forma, mantenendo la fiducia che il processo attivato conduca a qualcosa di significativo, come ebbe a dire Keats "Quando l'uomo è capace di stare nelle incertezze, nei Misteri, nei dubbi senza essere impaziente di pervenire a fatti e a ragioni".



Il percorso del paziente è seguito empaticamente, non forzandolo, permettendogli di camminare con suo passo, proteggendolo dall'esser sopraffatto dal materiale traumatico o da prematuri tentativi di introspezione, accogliendo i sintomi come manifestazioni contingenti di intoppi di percorso dello sviluppo terapeutico.

In parallelo si cercherà di identificare gli schemi disfunzionali e di delineare gli stili di coping del paziente.

Lo schema disfunzionale è uno dei concetti operativi fondamentali nella terapia col paziente psicotico o con disturbo della personalità^{69 70}. Esso è un tema generale e pervasivo che comprende memorie, emozioni, pensieri, sensazioni somatiche, riguardanti Sé e gli altri.

Si sviluppa a seguito di esperienze nocive vissute nell'infanzia e/o nell'adolescenza e nell'età adulta viene innescato da eventi percepiti simili alle situazioni da cui origina.

Per Young⁷¹ la frustrazione di uno o più bisogni emotivi⁸ dà origine a una serie di schemi disfunzionali riassumibili nella tabella seguente:

BISOGNI EMOTIVI	DOMINIO	SCHEMA DISFUNZIONALE
Attaccamento sicuro agli altri	Distacco e Rifiuto	Abbandono Sfiducia/Abuso Deprivazione emotiva Inadeguatezza Sociale
Autonomia, competenza e senso di identità	Svilimento dell'autonomia e della performance	Dipendenza Vulnerabilità Eccessivo Coinvolgimento Fallimento
Limiti realistici e auto-controllo	Indebolimento dei limiti	Pretese Autodisciplina insufficiente
Libertà di esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni	Gestione da parte degli altri	Sottomissione Sacrificio di Sé Ricerca di approvazione
Spontaneità e gioco	Ipervigilanza ed Inibizione	Negatività Inibizione Emotiva Standard Severi Tendenza ad esser puniti

⁸ Young parla di quattro modalità di frustrazione emotiva:

1. Troppo poco di una cosa buona, da cui vissuti di Deprivazione emotiva e Abbandono.
2. Troppo di una cosa buona, da cui vissuti di Dipendenza e Pretese.
3. Traumatizzazione, da cui vissuti di Inadeguatezza Sfiducia, Abuso.
4. Internalizzazione selettiva da cui vissuti di Standard severi e Iperidealizzazione dell'Io.

Il rivolgere selettivamente la nostra attenzione agli eventi con lo schema coerente è uno dei meccanismi di mantenimento più frequenti al perpetuarsi di un coping disfunzionale.

La modificazione dello schema include necessariamente un cambiamento comportamentale: il paziente impara a sostituire stili di coping disfunzionali con comportamenti più funzionali

Per Lazarus il coping, che "consiste negli sforzi, orientati all'azione ed intrapsichici, per gestire (cioè controllare, tollerare, ridurre, minimizzare) le richieste ambientali ed interne, ed i conflitti tra esse che mettono alla prova o vanno al di là delle risorse personali",⁷² va distinto in un coping centrato sulle azioni (qualcosa può essere fatto) ed uno sulle emozioni (non si può fare niente).

Young si rifà, invece, al modello di coping di Inge Seiffge-Krenke⁷³ individuando tre stili disfunzionali: la resa, l'evitamento, l'ipercompensazione o contrattacco. Dato che lo schema è un insieme di ricordi, emozioni, sensazioni corporee e pensieri, il suo cambiamento implica un intervento sull'intensità dei ricordi, sull'aspetto emozionale dello schema, sulla intensità, sulla qualità delle percezioni corporee e sulle idee disfunzionali.

È qui che si inserisce l'intervento ipnoterapico, stante la sua potenzialità a modulare aspetti mnescici, emotivi, percettivi, nella consapevolezza che il processo di trasformazione dello schema è arduo e richiede tempo. Gli schemi sono un set cognitivo-esperienziale instauratosi precocemente che forniscono un senso di sicurezza, prevedibilità e identità nel mondo e del mondo, e in tal senso la resistenza al cambiamento può esser vista come un tentativo di mantenere un senso di controllo e coerenza interna, un continuare a sapere chi si è e cosa è il mondo.

Ecco allora la seconda linea di intervento che promuove, nella consapevolezza che i soggetti con sintomi psicotici non sono al totalmente disturbati o folli ma posseggono, sempre una parte integra che può collaborare con lo psicoterapeuta^{74 75}, la gestione della sintomatologia psichica e fisica.

Che i sintomi schizofrenici paranoici siano associati con l'ansia, la paura, il terrore è ben noto^{76 77 78 79} come è noto siano eliminati o ridotti, riducendo l'ansia attraverso farmaci ansiolitici o altri mezzi^{80 81} e che aumentino con elevato livello di ansia e diminuiscano con il rilassamento⁸².

Altrettanto rilevante è la gestione della emotività espressa in base ai dati che indicano come pazienti che vivono con un alta emotività espressa (EE-alto) hanno mostrato un tasso di recidiva più alto rispetto ai pazienti che vivono a bassa emotività espressa (bassa EE)^{83 84}.

Come è importante identificare e controllare i sintomi dissociativi, riconcettualizzati come stati ipnotici negativi, assai spesso presenti nel disturbo borderline e narcisistico avendo cura di utilizzare la griglia di Cohen⁹ che fornisce un pratico sistema di

⁹ Cohen organizza la dissociazione secondo quattro dimensioni:

- not me che segnala lo sviluppo di parti separate
- not now che caratterizza l'incapacità a rimanere nel o a sperimentare il presente



visualizzazione del processo di negare me stesso, la mia essenza passata, presente e futura⁸⁵.

Cruciale è quindi l'elevazione della speranza con un intervento a livello del tono timico, essendo la disperazione un indice prognostico negativo, come il sostegno e il rinforzo alla socializzazione attraverso la formazione di competenze sociali, la riduzione della emotività espressa, la diminuzione dell'ansia e la comprensione dei meccanismi che iniziano o perpetuano i sintomi attraverso terapia insight-orientata.

Sul piano fisico, esemplificativamente, Glover indica come sia l'ipnosi che il rilassamento si siano mostrati più efficaci della terapia farmacologica nel trattamento dei disturbi della discinesia tardiva e dello pseudo-parkinsonismo e, solamente l'ipnosi, della discinesia diffusa⁸⁶ ma attenzione va anche prestata alle alterazioni delle risposte somatiche della persona a stimoli interni o esterni.

Infine, la terza direttrice ossia promuovere il collegamento fra il substrato viscerale degli stati affettivi con le immagini e con il pensiero, per avviare il cambiamento.

Per quanto riguarda le specifiche tecniche ipnositerapiche praticamente tutte le tradizionali possono essere adattate in codesta situazione clinica. Tecniche di modificazione del comportamento, come il rilassamento progressivo, inibizione reciproca e desensibilizzazione, e prove di ruolo per la competenza, tecniche psicodinamiche come la libera associazione, la produzione e l'analisi dei sogni o le tecniche proiettive tutte si fondono naturalmente e con il setting integrato. Anche la regressione e la regressione d'età possono essere utilizzate con il paziente gravemente disturbato, non in fase acuta. Soprattutto nella regressione è fondamentale assecondare il timing del paziente, per evitare ulteriori traumi, nella consapevolezza del dover essere in grado di gestire intensi turbamenti d'animo, tramite la creazioni di immagini che possano traghettare il paziente verso un approdo sicuro nel caso in cui il ricordare diventi terrifico o insostenibile.

In fase di identificazione degli schemi funzionale spesso si usa l'imagery assessment che consente allo schema di insediarsi gradualmente in seduta. L'imagery assessment consiste, in una prima fase, nella nota tecnica del safe place per poi, in un secondo tempo, lasciare affiorare una situazione/immagine spiacevole che, una volta presentatasi, sarà descritta ed esplorata nella sua dimensione sensoriale-emozionale, e non concettuale-razionale, dal vertice osservativo del paziente e di tutti gli eventuali altri personaggi presenti nella scena.

Il terzo momento consisterà nel collegare i nessi fra gli schemi disfunzionale e i problemi attuali chiedendo di tornare all'immagine negativa emersa precedentemente per poi spostarsi verso una situazione/immagine attuale nella quale il paziente ritrova le stesse sensazioni ed emozioni e di descrivere ciò che vede, pensa, sente e, se nella scena ci sono altre persone, ciò che queste pensano e sentono. Col tempo, e

nuovamente col giusto timing, si può chiudere utilizzando il dialogo immaginario, dove il paziente è stimolato e autorizzato a esprimere le emozioni che prova, i propri bisogni e desideri, la propria rabbia e a difendere i propri diritti in un dialogo immaginario con i personaggi significativi della rappresentazione, così da distanziarsi dallo schema ed iniziare la sua trasformazione da ego-distonico ad ego-sintonico.

Si collocano a questo punto gli approcci di re-parenting e di re-parenting.

Nutrire il paziente attraverso le immagini, con l'ipnositerapia fantasmatica o con canovacci metaforici o mitologici rivolti al poppante saggio⁸⁷, serve a far germogliare un legame col terapeuta che è creazione di uno spazio/tempo composto e accogliente tale da consentire che il distacco sia vissuto non come evento abbandonico ma con un senso di consapevole padronanza e di progettualità di Sé coeso.

Il re-parenting parziale consiste nel cominciare a soddisfare, anche come imagery, all'interno della relazione terapeutica, i bisogni emotivi che sono stati frustrati nella vita del paziente, a coloro che hanno trovato difficoltà a relazionarsi con gli altri e i cui bisogni di sentirsi sicuri, amati, accolti e degni sono stati in gran parte disattesi.

Re-parenting parziale perché il paziente viene incoraggiato a cercare, evitando il cadere in situazioni transferali simbiotiche, fuori dal contesto terapeutico il rimedio ai bisogni non adeguatamente soddisfatti.

Concretamente si chiede al paziente di tornare nell'infanzia in una situazione spiacevole e, quando l'immagine si è formata, gli si chiede dove si trova, cosa sta facendo, cosa prova e pensa. Quindi, si chiede il permesso di poter entrare nell'immagine e parlare direttamente con il bambino. A questo punto il terapeuta domanda al piccolo se può fare qualcosa per lui e, in caso affermativo, cerca di soddisfarlo.

In un secondo momento sarà la parte sana del paziente a soddisfare il bambino durante l'esercizio immaginativo.

A livello del cambiamento assume rilevanza il confronto empatico di realtà ossia il dimostrarsi comprensivi allorché il paziente riferisce o mette in atto schemi disfunzionali, sottolineando come questo derivi da precedenti esperienze e ponendo l'attenzione sul fatto che quello che pensa potrebbe non essere così esatto e che il suo comportamento potrebbe portarlo ad esiti non soddisfacenti.

Il confronto empatico richiede, quindi, un costante passaggio tra l'empatia verso i vissuti, validandoli come comprensibili esiti delle proprie esperienze, ma, contemporaneamente, portando lo sguardo sulla critica di realtà, sulle loro attuali conseguenze negative.

A sostegno del confronto empatico può essere utilizzata, per superare gli stili di coping di evitamento e di ipercompensazione, l'Imagery for Pattern Breaking, invitando ad immaginarsi nell'attuale situazione critica mentre si comporta in un modo più funzionale e adattativo.

Va infine tenuto presente, specie nel caso di individui affetti da sintomi schizofrenici, l'importanza di essere in grado di saper cogliere la necessità e il saper utilizzare approcci diversi durante le diverse fasi del percorso del paziente, ma al limite anche durante la stessa sessione, in modo da offrire una terapia di

- not then che indica un disconoscimento della storia personale
- not ever come indice di mancanza di speranza o di orientamento futuro



supporto nei momenti di psicosi conclamata, una terapia cognitivo-comportamentale per il sollievo dei sintomi o viceversa un approccio insight-oriented per sviluppare la comprensione

Secondo Conte "una terapia di supporto generale, si concentra sul sollievo dei sintomi e di altri cambiamenti del comportamento attraverso il sostegno dei meccanismi di adattamento dei pazienti e delle risorse ambientali. Lo sviluppo del transfert viene evitato e l'accento non è posto sulla modifica della personalità o a risolvere i conflitti inconsci. Al contrario, la terapia insight-oriented, attraverso lo sviluppo del transfert, la sua interpretazione e la risoluzione, è progettato per risolvere il conflitto intrapsichico, che a sua volta dovrebbe facilitare il cambiamento di carattere. Questa differenza di fuoco e obiettivi non impedisce di passare dentro e fuori di entrambe le modalità, se necessario"⁸⁹.

In accordo con quanto sopra McGlashan asserisce, in un recente lavoro dal titolo "Che fine ha fatto la psicoterapia della schizofrenia", che la tendenza moderna è quella di integrare psicoterapie di sostegno con psicoterapie investigative⁹⁰.

Se dunque si volge lo sguardo ai modelli di psicoterapia integrati per il trattamento delle psicosi⁹¹ e dei disturbi di personalità⁹² si avrà una comprensione di come le tecniche ipnositerapiche possano essere naturalmente integrate ed utilizzate nel paziente gravemente disturbato.

1. ¹ Mac Hovec EJ, Hypnosis Complications: Prevention and Risk Management, Charles C Thomas, Springfield, Il, 1986.
2. ¹ West LJ, Dekert GH, Dangers of hypnosis Journal of the American Medical Association, 1965, 192: 95-8.
3. ¹ Conn JH, Is hypnosis really dangerous?, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 1972, 20: 61-79.
4. ¹ Lavoie GF, Elie R, The clinical relevance of hypnotizability in psychosis: With reference to thinking processes and sample variances, in Modern Trends in Hypnosis, Waxman D et al. eds., Plenum, New York, 1986.
5. ¹ Groth-Marnat G, Hypnotizability, suggestibility and psychopathology: An overview of research, in Human Suggestibility: Advances in Theory, Research and Application, Schumaker J eds., Routledge, New York, 1991.
6. ¹ Faw V et al., Psychopathological effects of hypnosis, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 1968, 16: 26-37.
7. ¹ Judd, FK et al., The dangers of hypnosis: A review, Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis, Vol 13(1), 1985, 1-15.
8. ¹ Sydney E, Delusions Following Hypnosis, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis Volume 11, Issue 1, 1963 pages 11-22.
9. ¹ Lavoie G, Sabourin M, Hypnosis and schizophrenia: A review of experimental and clinical studies, in Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, Burrows GD, Dennerstein I eds., Elsevier/North Holland Biomedical, New York, 1980.
10. ¹ Van der Hart O, Van der Velden K, The hypnotherapy of Dr Andries Hoek; Uncovering hypnotherapy before Janet, Breuer and Freud, Am. J. Clin. Hypn, 1987,29, 264-271.
11. ¹ Voisin A, Study on hypnotism and suggestions with a mentally ill patient, Annal. Med. Psychologique, 1884,12, 289- 304.
12. ¹ Voisin A, Treatment of certain types of insanity and related neuroses through suggestion during hypnotic sleep, Rev. Med., 1987, 6, 3-7.
13. ¹ Voisin A, On hypnotism and hypnotic suggestion in their application to the treatment of nervous and mental diseases, Rev. l'Hypnotisme, 1887, 1, 4.
14. ¹ Lavoie G, Sabourin M, Hypnosis and schizophrenia: A review of experimental and clinical studies, in Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, Burrows GD, Dennerstein I eds., Elsevier/North Holland Biomedical, New York, 1980.
15. ¹ Wetterstrand O G, Hypnotism and its Application to Practical Medicine. Knickerbocker, London, 1902.
16. ¹ Copeland CL, Kitching EH, Hypnosis in mental hospital practice, J Ment Sci, 83:216-329, 1937.
17. ¹ Gill MM, Brenman M, Hypnosis and Related States: Psychoanalytic Studies in Regression, International Universities Press, Madison, CT, 1959.
18. ¹ Abrams S, The use of hypnotic techniques with psychotics: a critical review, Am J Psychother 18:79-94, 1964.
19. ¹ Lavoie G et al., Hypnotizability as a function of adaptive regression among chronic psychotic patients. Int. J. Clin. Exp. Hypn., 1976, 24(3), 238-257.
20. ¹ Lavoie, G et al., Individual and group assessment of hypnotic responsivity in coerced volunteer chronic schizophrenics, in Hypnosis at its Bicentennial: Selected Papers, Frankel FH, Zamansky HS eds, Plenum Press, New York, 1978.
21. ¹ Lavoie G, Elie R, The clinical relevance of hypnotizability in psychosis: With reference to thinking processes and sample variances, Modern Trends in Hypnosis, Waxman D et al. eds, Plenum Press, New York, 1985.
22. ¹ Spiegel H et al., Hypnosis: An adjunct for psychotherapy, in Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Kaplan HI eds., Lippincott, Williams & Wilkins, Virginia, 2005.
23. ¹ Spiegel D, Fink R, Hysterical psychosis and hypnotizability, Am J Psychiatry, 136(6):777-781, 1979.
24. ¹ Steingard S, Frankel FH, Dissociation and psychotic symptoms, Am J Psychiatry, 142(8):953-955, 1985.
25. ¹ Murray-Jobsis J, An exploratory study of hypnotic capacity of schizophrenic and borderline patients in a clinical setting, American Journal of Clinical Hypnosis, Volume 33, Issue 3, 1991.
26. ¹ Izquierdo de Santiago A, Khan M, Hypnosis for schizophrenia, Cochrane Schizophrenia Group, Published Online: 17 OCT 2007.
27. ¹ Wolberg L., Hypoanalysis, Grune & Stratton, New York, 1945.
28. ¹ Danis G., Methodical psychotherapy in general practice: Medical hypnosis as applied in 500 cases. Br. J. Med. Hypn., 1961, 12, 23.
29. ¹ Bowers MK et al., Hypnosis in the study and treatment of schizophrenia: A case report, Int. J. Clin. Exp. Hypn., 1961, 9(3), 119-138.
30. ¹ Bowers MK et al., Hypnosis in severely dependent states, J. Clin. Exp. Hypn., 1954, 2(1), 2-12.
31. ¹ Bowers, M K, The use of hypnosis in the treatment of schizophrenia, Psychoanal. Rev., 1964, 51(3), 116-124.
32. ¹ Illowsky J, Experience with group hypnosis on schizophrenics, J. Ment. Sci., 1962, 108, 685-693.
33. ¹ Guze H, Toward a theory of schizophrenia and schizophrenic process: The border-line of hypnosis, in Psychodynamics and Hypnosis: New Contributions to the Practice and Theory of Hypnotherapy, Kline MV eEd., Charles C. Thomas, Springfield, IL, 1967.
34. ¹ Scagnelli J, Hypnosis with Psychotic Patients: A Review of the Literature and Presentation of a Theoretical Framework, American Journal of Clinical Hypnosis, Volume 25, Issue 1, 1982, pg. 33-45.
35. ¹ Scagnelli J, Therapy with eight schizophrenic and borderline patients: Summary of a therapy approach that employs a semi-symbiotic bond between patient and therapist, J. Clin. Psychol., 1975, 31, 519-525.
36. ¹ Scagnelli J, A case of hypnotherapy with an acute schizophrenic, Am. J. Clin. Hypn., 1974, 17, 60-63.
37. ¹ Scagnelli J, Hypnotic dream therapy with a borderline schizophrenic, Am. J. Clin. Hypn., 1977, 20, 136-145.
38. ¹ Scagnelli J, Hypnotherapy with schizophrenic and borderline patients: Summary of therapy with eight patients. Am. J. Clin. Hypn., 1976, 19, 33-38.
39. ¹ Scagnelli J, American Hypnotherapy with psychotic and borderline patients: the use of trance by patient and therapist, Am J Clin Hypn, 1980, 22(3):164-9.
40. ¹ Berwick E, Douglas D, Hypnosis, exorcism, and healing: A case report. Am. J. Clin. Hypn., 1977,31, 18-27.
41. ¹ Sexton R, Maddox R., Age regression and age progression in psychotic and neurotic depression, Am. J. Clin. Hypn., 1979, 22, 37-41.
42. ¹ Baker EL, The Use of Hypnotic Techniques with Psychotics, American Journal of Clinical Hypnosis Volume 25, Issue 4, 1983, pg. 283-288.
43. ¹ Baker EL., McColley S, Therapeutic strategies for the aftercare of the schizophrenic: an object relations perspective, International Journal of Partial Hospitalization, 1982, 1(2), 119-129.
44. ¹ Baker E L, The use of hypnotic dreaming in the treatment of the borderline patient: Some thoughts on resistance and transitional phenomena, Int. J. Clin. Exp. Hypn., 1983, 31(1), 19-27.
45. ¹ Copeland D R, (1986). The application of object relations theory to the hypnotherapy of developmental arrests: The borderline patient, Int. J. Clin. Exp. Hypn., 1986, 32, 157-168.
46. ¹ Brown D P, Hypnosis as an adjunct to the psychotherapy of the severely disturbed patient: An effective development approach, Int. J. Clin. Exp. Hypn., 1985, 33(4), 281-301.
47. ¹ Brown DP, Fromm E, Hypnotherapy and Hypnoanalysis, Erlbaum Hillsdale, NJ, 1986.
48. ¹ Fromm E, Hypnoanalysis with particular emphasis on the borderline patient. Psychoanal, Psychol., 1984, 1, 61-76.
49. ¹ Fromm E, Shor RE, Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives. Aldine, New York, 1972.
50. ¹ Murray-Jobsis J, Hypnosis with severely disturbed patients, in Clinical Hypnosis: A Multidisciplinary Approach, Wester WC, Smith AH eds., J.B. Lippincott, Philadelphia, 1983.
51. ¹ Murray-Jobsis J, An exploratory study of hypnotic capacity of schizo-phrenic and borderline patients in a clinical setting, The American Journal of Clinical Hypnosis, 1991, 33, 150-160.



52. ¹ Main M, Stadtman J, Infant response to rejection of physical contact with the mother: aggression, avoidance and conflict, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20, 2992-3007.
53. ¹ Main M, Stadtman J, The quality of the toddler's relationship's to mother and father: related to conflict behaviour and readiness to establish new relationships", *Child Development*, 1981, 52, 932-940.
54. ¹ Main M, Weston DR, Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations, in *The Place of Attachment in Human Behavior*, Parkes CM, Stevenson-Hinde's J eds, Tavistock, London, 1982.
55. ¹ Main M, Solomon J, Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the insworth Strange Situation, in *Attachment in the preschool years. Theory, research and intervention*, Greenberg MT et al. eds., University of Chicago Press, Chicago, 1990.
56. ¹ Luborsky L, *Principi di psicoterapia psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990.
57. ¹ Luborsky L, Crits-Christoph P, *Capire il transfert*. Raffaello Cortina, Milano 1992.
58. ¹ Bowlby J, *Attaccamento e perdita*. Vol. I-III, Bollati Boringhieri, Torino, 1972-83.
59. ¹ Freud S, *Al di là del principio di piacere*, in *Opere Complete*, Epub, Bollati Boringhieri, Torino, 2013.
60. ¹ Strachey J, *The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis (1934)*, in *Classics in Psychoanalytic Technique*, Langs RJ eds, Jason Aronson Incorporated, New York, 1977.
61. ¹ Fonagy P, Attachment, the development of the self and its pathology in personality disorders, in *Treatment of Personality Disorders*, Derksen J et al. eds, Springer Science & Business Media, New York, 1999.
62. ¹ Linehan M, *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
63. ¹ O.F. Kernberg, *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1987,
64. ¹ Liotti (1999a). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In Solomon, J. & George, C. (eds). *Disorganization of Attachment*. New York: Guilford Press. Trad it. *La disorganizzazione dell'attaccamento come modello per comprendere la psicopatologia dissociativa*. In Solomon, J. & George, C. (a cura di) *L'attaccamento disorganizzato*. Bologna: Il Mulino, 2007.).
65. ¹ Liotti G, *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
66. ¹ Keats J, *The Letters of John Keats: 1814 - 1821*, Rollins HD eds, Harvard Univ Press, Cambridge, MA, 1999.
67. ¹ Biddle WE., *Hypnosis in the Psychoses*, Thomas Springfield, Illinois, 1967.
68. ¹ Cotugno A, Monticelli F, *Disturbi dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità: Analogie e differenze, in Una sola moltitudine*, Cotugno A, Intreccialagli B, eds, Melusina, Roma, 1995.
69. ¹ Young J, *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*, Guilford Press, New York, 1999.
70. ¹ Arntz A, Van Genderen H, *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*, John Wiley and Son, Hoboken, NJ, 2009.
71. Chichester: ¹ Young J, Klosko J, *Schema Therapy, la terapia cognitivo-comportamentale integrata*, Eclipsi, Firenze, 2007.
72. ¹ Lazarus RS, Launier R, *Stress-related transactions between person and environment, in Perspectives in Interactional Psychology*, Pervin La, Lewis M eds, Plenum, New York, 1978.
73. ¹ Seiffge-Krenke I, *Stress, coping, and relationships in adolescence*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, 1995.
74. ¹ Amador XF et al., *Assessment of insight in Psychosis*. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150:873-879.
75. ¹ Amador XF, Strauss DH, *Poor insight in schizophrenia*, *Psychiatric Quarterly*, 1993,64:305-318.
76. ¹ Bettelheim B, *Schizophrenia as a reaction to extreme situations*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1956, 26:507-518.
77. ¹ McGlashan TH et al., *Issues of design and methodology in long-term follow-up studies*, *Schizophrenia Bulletin*, 1988,14:569-574.
78. ¹ Stein LI, *The effect of long-term outcome studies on the therapy of schizophrenia: A critique*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 1989, 15: 133-138.
79. ¹ Karon BP, *Current misconceptions about psychotherapy with schizophrenics*, *Dynamic Psychotherapy*, Vol.5, No.1, 1987.
80. ¹ Nestoros, JN, *Benzodiazepines in schizophrenia: A need for reassessment*, *International Pharmacopsychiatry*, 1980,15:171-179.
81. ¹ Lingjaerde O, *Benzodiazepines in the treatment of schizophrenia: an updated survey*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1981,84(5), 453-459.
82. ¹ Nestoros JN, et al., *Research results in the psychotherapy of schizophrenia*, *Proceedings of the 14th Panhellenic Congress of Psychiatry*, Heracklion, Crete. Abstract No. EA140, March 30 - April 3, 1996, pg. 105.
83. ¹ Niedermeier, T et al., *Prediction of Relapse of Schizophrenic Patients: Camberwell Family Interview Versus Content Analysis of Verbal Behavior*, *Psychiatry Research*, 1992,41: 275-282.
84. ¹ Kavanagh DJ, *Recent Developments in Expressed Emotion and Schizophrenia*, *British Journal of Psychiatry*, 1992,160: 601 - 620.).
85. ¹ Cohen B M, (1996). *Art and the dissociative paracosm: Uncommon realities*. In *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, Michelson LK, Ray WJ eds., Plenum Press, New York, 1996.
86. ¹ Glover O, *Alternative treatment modalities for drug induced psychomotor dysfunctions*, PhD dissertation submitted to the Wright Institute 1980:150, cit. in Izquierdo de Santiago A, Khan M, *Hypnosis for schizophrenia*, Cochrane Schizophrenia Group, Published Online: 17 OCT 2007.
87. ¹ Ferenczi S, *Analisi infantili con gli adulti*. in *Opere*, vol. 4, Raffaello Cortina, Milano 2002.
88. ¹ Ferenczi S, *Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino*. In: *Opere*, vol. 4. Milano, Raffaello Cortina, Milano 2002.
89. ¹ Conte HR, Plutchik R, *Controlled research in supportive psychotherapy*, *Psychiatric Annals*, 1986, 16:530-533.
90. ¹ McGlashan TH, *What has become of the psychotherapy of schizophrenia?* *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (Suppl. 384): 1994:147-152.
91. ¹ Ba G, Carta I, *Integrated psychotherapy in the project of the treatment of psychoses*, *Psychother. Psychosom.* 1989, 51:25-31.
92. ¹ Brenner HD et al., *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients (ITP)*, Hogrefe & Huber Publishers, Seattle, 1994.

Ipnosi e Malattie Stress-correlate

di Rocco Iannini



Da molti anni è noto che lo *stress* è dannoso alla salute.

Il termine "*stress*" è entrato a far parte del lessico quotidiano, ma il significato cui viene associato è spesso

generico o addirittura improprio, essendo utilizzato per descrivere stati di disagio, di rabbia, di preoccupazione o di ansia. In maniera semplice ed etimologicamente corretta si può identificare lo stress con tutte quelle situazioni ambientali (*stressor*) potenzialmente in grado di modificare in maniera significativa la stabilità psichica e mentale, ma anche chimico-fisica, dell'individuo.

Il neurofisiologo americano Walter Bradford Cannon (1871-1945), riprendendo il concetto di *milieu interieur* (ossia di ambiente organico interno) elaborato dal fisiologo Claude Bernard (1813- 1878), utilizza il termine "omeostasi" per indicare il processo di continuo adattamento dell'organismo nel tentativo di mantenere costanti le condizioni del suo ambiente interno di fronte agli insulti ambientali. Egli sostiene che il cervello è in grado di coordinare diversi sistemi del corpo al fine di mantenere ed eventualmente ripristinare la fisiologica omeostasi ed individua una specifica forma di adattamento che chiama "reazione d'allarme". Di fronte a qualunque situazione ambientale potenzialmente in grado di modificare l'omeostasi, l'organismo mette in atto un meccanismo che Cannon definisce di "Fuga-Aggressione" (*fight or fly*) che provoca un aumento della secrezione di adrenalina, di noradrenalina e di corticosteroidi.¹ Tale reazione, determinando l'aumento della pressione sanguigna, l'incremento della frequenza cardiaca, la vasocostrizione periferica, la dilatazione pupillare, la riduzione della salivazione, l'incremento della funzionalità respiratoria, l'aumento della sudorazione, la trasformazione epatica del glicogeno in glucosio, ecc., consente all'individuo di gestire in maniera ottimale l'insulto ambientale. Quando la situazione



critica viene superata vi è un rientro alle normali funzioni fisiologiche attraverso una fase che Cannon definisce di "riposo e digestione" (*rest and digest*) con un ripristino della omeostasi.[□] In pratica, secondo la teoria di Cannon, il cervello risponde a tutte le emergenze nello stesso modo, determinando, cioè, un aumento della secrezione di catecolamine. (Fig.1)

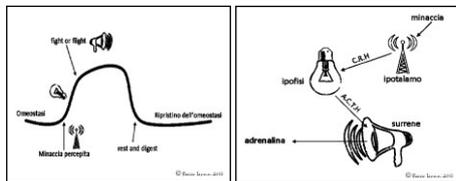


Fig. 1 Reazione Fuga-Aggressione

Le risposte fisiologiche attivate dagli *stressors* non inducono effetti negativi sulla salute se sono di breve durata o di scarsa intensità. Il limite delle teorie di Cannon risiede nel fatto che egli non considera che le situazioni ambientali potenzialmente pericolose possono persistere a lungo, determinando una risposta da stress costante.

Hans Selye(1907-1982) ha dimostrato che se gli *stressors* si protraggono oltre il limite fisiologico di risposta, possono costituire un fattore importante nello sviluppo di quadri morbosi di diversa natura, individuati quindi come patologie stress-correlate. Selye dimostrò scientificamente che esisteva nei meccanismi biologici che presiedono alle risposte di adattamento di un organismo a fronte di un agente nocivo, un insieme di segni e di sintomi tra loro correlati e coerenti, tale da far pensare all'esistenza di una **sindrome generalizzata** di risposte, denominata, successivamente, **"sindrome generale di adattamento" (SGA)**. La definizione scientifica che ne diede, vede lo stress (o SGA) come "una risposta (generale) aspecifica a qualsiasi richiesta (*demand*) proveniente dall'ambiente".³

Con il termine "aspecifico" egli rivoluziona la vecchia visione secondo cui un effetto, una risposta biologica, sia sempre riconducibile a una causa specifica. Enfatizza, invece, il fatto che stimoli diversi possano indurre una risposta simile, chiamata stress, determinata non tanto dalla natura della causa quanto dalla sua intensità. Col termine "qualsiasi", infatti, sottolinea proprio come la medesima risposta sia causata anche da stimoli diversi, qualsiasi ne sia la natura: la SGA può essere attivata non solo da eventi straordinari, ma anche da richieste ambientali solite, purché accentuate o percepite come soggettivamente intense.⁴

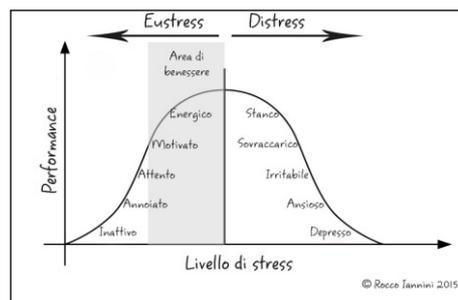


Fig. 2 Eustress e Distress

In pratica un individuo può manifestare, in risposta a stimoli stressogeni, una condizione di Eustress, (dal greco *eu* = buono) che si instaura quando le pressioni dell'ambiente rimangono entro un limite vissuto come tollerabile. In questo stato l'individuo è in grado di ottimizzare le proprie risorse migliorando le capacità di attenzione, concentrazione, percezione, memoria ed apprendimento. Al contrario, quando per un periodo più o meno lungo l'individuo viene sottoposto a situazioni che superano la propria capacità fisiologica di farvi fronte, si instaura quel quadro morboso definito Distress (dal greco *dis* = cattivo) (Fig2).Il Distress non dipende solo dall'accumularsi degli eventi, ma anche da come vengono vissuti soggettivamente dall'individuo. Questa precisazione è necessaria per comprendere il motivo per cui ciò che è stressante per alcuni può invece non esserlo per altri.

Il passaggio dalla fase reattiva e positiva dell'eustress alla fase degenerativa e negativa del distress è causato dall'instaurarsi di un circolo vizioso che si autoalimenta e che, se non adeguatamente corretto, porterà il paziente a slentizzare un quadro patologico (Fig.3). A tal proposito è interessante notare, come aveva già sottolineato Selye nella sua descrizione di Sindrome Generale di Adattamento³, che pazienti diversi sottoposti a distress manifestano quadri clinici diversi. Per comprenderne il motivo bisogna recuperare, e rivedere, il vecchio concetto di *Locus Minoris Resistentiae*: la patologia colpirà l'individuo in quell'apparato o organo che risulterà più debole, e questo dipenderà dall'interazione del proprio patrimonio genetico, dalle interferenze ambientali e dal vissuto soggettivo del paziente.

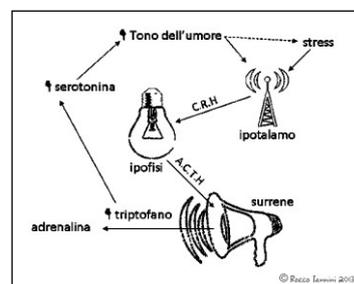


Fig. 3 Il circolo vizioso dello stress

Lo stress può presentarsi sotto diversi aspetti: fisico o psichico, acuto o cronico. E' possibile e probabile che diversi tipi di stress possano avere diversi effetti sulla increzione degli ormoni "stress-correlati" e sulle funzioni immunologiche. Questi studi hanno dimostrato che lo stress può causare il rilascio di

□ Cannon era fermamente convinto dell'effetto positivo della risposta fisiologica agli stimoli ambientali al punto che pubblicò i suoi lavori in un volume dal titolo "La Saggezza del Corpo" (Bompiani, 1956)



diversi ormoni, principalmente glucocorticoidi, attraverso l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisurrene, e catecolamine attraverso il Sistema Nervoso Simpatico con conseguenze significative sul sistema endocrino e sulla funzione immunitaria.

Negli anni immediatamente successivi agli studi sullo stress si sviluppa la PsicoNeuroEndocrinologia (PNEI), disciplina che raccoglie tutti i contributi di studio in merito alle "reti di connessione" psicosomatica, alla relazione mente-corpo, che coinvolgono appunto la psiche, il sistema nervoso, il sistema endocrino e quello immunitario. Nel 1981 viene pubblicata la prima edizione di *Psychoneuroimmunology*⁷ a cura di Robert Ader (1932 – 2011), professore di Psichiatria e Psicologia alla University of Rochester School of Medicine and Dentistry. Ader, considerato a buon diritto il vero padre di questa disciplina, già nel 1975 pubblicò un lavoro⁸ in cui dimostrò che la psiche è in grado di influenzare il sistema immunitario. □ In realtà non è stato un unico studio ad avviare questa disciplina, ma il convergere di numerosi lavori che hanno confermato la complessa relazione tra fenomeni psichici, attivazioni neuronali ed effetti sui sistemi endocrino ed immunitario, con tutta una serie successiva di effetti sulla fisiologia generale, evidenziando sempre più chiaramente quanto sia improprio considerare questi sistemi come disgiunti.

I successivi studi della farmacologa e neurofisiologa statunitense Candace Beebe Pert (1946-2013), candidata al premio Nobel per la Medicina, si rivelano uno dei maggiori contributi alla comprensione delle basi molecolari della relazione mente-corpo e, di conseguenza, delle malattie stress-correlate⁹. La Pert dimostrò la presenza nelle cellule nervose di recettori per gli oppiacei e per le endorfine, ma soprattutto scopre numerosi neuropeptidi e la presenza dei loro siti recettoriali anche al di fuori del Sistema Nervoso¹⁰. I neuropeptidi sono polipeptidi, di dimensioni maggiori dei neurotrasmettitori classici, rilasciati dalle cellule nervose in seguito ai più disparati stimoli (ad esempio lo stress o le emozioni)¹¹ che si legano a specifici recettori di membrana presenti sulle cellule afferenti che da tali sostanze vengono attivate o inibite. Attualmente sono stati individuati circa un centinaio di siti genici che codificano per precursori di tali molecole, e si conoscono un numero ancora maggiore di neuropeptidi. Per molte di queste sostanze si è individuata anche il loro meccanismo d'azione (Tab 1).

Principali funzioni dei neuropeptidi

peptidi modulatori del dolore e nella nocicezione (per es., peptidi oppioidi e tachichinine);

peptidi coinvolti nelle dipendenze da droghe e nelle alterazioni alimentari (per es., NPY, gastrina, grelina, bombesina);

peptidi coinvolti nel controllo cardiovascolare e degli stati ansiosi (per es., peptidi natriuretici, endotelina, vasopressina, ecc.)

peptidi rilasciati in risposta ad eventi depressogeni e stressogeni (es. urocortine, nociceptine, ssostanza P, e neuropeptide S

Tab.1 Principali funzioni dei neuropeptidi.

L'importanza di questo elaborato network di comunicazione del corpo viene chiarita dalla Pert quando sostiene che "Mentre i nostri sentimenti cambiano, questa miscela di peptidi viaggia in tutto il corpo e nel cervello. E cambiano letteralmente la chimica di ogni cellula dell'organismo.", e che "Quando documenteremo il ruolo centrale che le emozioni, espresse attraverso i neuropeptidi, hanno nell'influencare il corpo, diverrà chiaro come le emozioni possano trasformarsi in una chiave di comprensione della malattia"¹¹ confermando la intima relazione mente-corpo e la necessità di considerare questi sistemi come un'unica entità integrata.

Per capire come l'ipnosi può svolgere un ruolo importante nel trattamento dei pazienti affetti da patologie correlate allo stress si provi a confrontare le principali funzioni dei neuropeptidi con le indicazioni cliniche più comuni dell'ipnosi clinica. (Tab. 2)

Principali indicazioni cliniche dell'ipnosi

Analgesia e controllo del dolore cronico

Dissuasione e controllo delle patologie alimentari

Controllo dell'Ansia

Disturbi post – traumatici e patologie da stress

Tab.2 Le principali indicazioni cliniche dell'ipnosi

Alla luce di quanto esposto appare ovvio che l'ipnosi rappresenti un valido strumento in grado di intervenire sulle relazioni tra la mente ed il corpo apportandone delle modificazioni in termini di riequilibrio. In altri termini, lo stato di coscienza ipnotico può favorire la modificazione della comunicazione mente-corpo (*mind-body healing*), sia attraverso l'uso di monoideismi plastici in grado di interferire con i meccanismi patogenetici di sviluppo della malattia, sia attraverso la somministrazione di immagini metaforiche mirate e collegate allo stato morboso del paziente. In questo modo durante lo stato di trance ipnotica si può determinare una profonda trasformazione della psiche e dei suoi rapporti con il corpo, riprogrammando l'assetto del network psiconeuroendocrinoimmunologico presente fino a quel momento e che può aver causato la malattia.¹²

□ Ader, in collaborazione con l'immunologo Nicholas Cohen, somministrando a delle cavie per un tempo adeguato un farmaco immunosoppressivo (ciclofosfamida) insieme a della saccarina, dimostrò che gli animali subivano gli stessi effetti soppressivi sul sistema immunitario anche quanto, in seguito, assumevano la sola saccarina.



Che l'ipnosi possa giocare un ruolo fondamentale nell'approccio terapeutico alle malattie stress-correlate era ben chiaro al Prof. Franco Granone. In un'intervista rilasciata solo due anni prima della sua morte, egli sosteneva che: "L'ipnosi è l'evento più eclatante di un profondo rapporto psicosomatico, alla cui base vi sono molteplici correlazioni; tali correlazioni si effettuano mediante i centri corticali viscerali, il sistema limbico-ipotalamico, il diencefalo, la sostanza reticolare e tutto il sistema nervoso vegetativo, simpatico e parasimpatico; il sistema endocrino ipotalamico-ipofisi-surrene, le gonadi, la tiroide etc.; i neuroormoni e i neurotrasmettitori che mediano l'entrata e l'uscita degli stimoli; i neuropeptidi che si integrano con l'attività dei neurotrasmettitori o agiscono come veri e propri ormoni al di fuori del sistema nervoso."

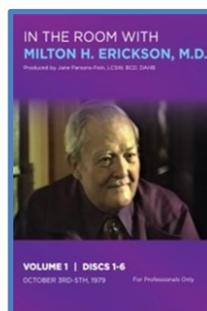
L'intensità e la modernità di queste considerazioni, oltre ad essere un forte testamento spirituale, rappresentano certamente una precisa esortazione a proseguire nella ricerca dei più fini meccanismi biologici che sono alla base dell'efficacia dell'ipnosi clinica.¹³

Bibliografia

- 1) Cannon WB. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage, 2nd ed. Appleton New York, 1929
- 2) Selye H. A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature* 193;138:32
- 3) Selye H. Stress and disease. *Science* 1955; 122: 625-631
- 4) Selye H. Stress Without Distress, McClelland and Stewart Ltd., Toronto, 1974
- 5) Lazarus RS. Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing New York, 1984
- 6) Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA* 1992; 267:1244-1252.
- 7) Ader R. *Psychoneuroimmunology* 1st ed. Academic Press New York, 1981
- 8) Ader R, Cohen N. Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med.* 1975; 37:333-340.
- 9) Pert CB. Molecules of Emotion: Why you feel the way you feel. Scribner, New York, 1997
- 10) Pert CB et al. Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network. *J. Immunol.* 1985; 135: 820s-826s.
- 11) Pert CB. Neuropeptides, receptors and emotion. *Cybernetics* 1985; 1: 33-34.
- 12) GRANONE F. Coscienza e conoscenza negli stati ipnotici. *Rassegna Psicoterapia Ipnosi* 1987; 14: 97-100
- 13) Spinetti G. New Age: una nuova qualità della Vita per il Terzo Millennio? C.E.I. Editore, Imperia, 1997

Lettere Consigliate

A cura di Rocco Iannini



In questo numero del notiziario vi presento un lavoro che non è un libro ma una miniera inesauribile di insegnamenti. Sulla rete è possibile reperire alcuni filmati in cui appare Milton Erickson durante le sue sedute di ipnosi. Quei rari filmati sono meravigliosi e credo di averli visionati tutti e sicuramente hanno modificato il mio approccio all'ipnosi. Ebbene, grazie a questa splendida opera il microcosmo frammentario costituito dal poco materiale reperibile è esploso in un firmamento infinito. In "In the room with Milton H. Erickson M.D. volume 1." Jane Parsons-Fein ha infatti raccolto in 6 DVD 35 ore di filmati costituiti dalle registrazioni delle visite che il Dr. Erickson ha effettuato dal 3 al 5 ottobre 1979, cioè a meno di sei mesi dalla sua morte, il 25 marzo 1980. Rappresentano, perciò, senza dubbio, l'evoluzione finale e più raffinata del lavoro di Milton Erickson.

La qualità video del materiale è forse un po' al di sotto di uno standard ottimale, ma bisogna considerare che il supporto originale era in VHS, e che le condizioni di ripresa soffrivano della scarsa illuminazione che Erickson desiderava nel suo studio durante le sedute. Eccellente è, invece, la qualità audio, che, grazie anche ai sottotitoli, permette una facile comprensione della capacità di Erickson di utilizzare la voce, le parole, i ritmi, le pause, i racconti. Già dopo pochi minuti di visione si comprende chiaramente come il modo cadenzato di utilizzare le metafore, il tono di voce e, soprattutto, i silenzi non siano casuali ma il frutto di una ricerca profonda che ha permesso ad Erickson di forgiare una chiave capace di aprire la porta dell'inconscio.

Nel cofanetto sono inoltre presenti due utilissime pubblicazioni; la prima è una guida generale per comprendere il modo in cui è stato realizzato il montaggio dei filmati, come sono stati realizzati i sottotitoli, il valore della punteggiatura, e altro ancora. La seconda guida è una sinossi estremamente dettagliata dei contenuti di ogni singolo DVD. Elenca, per ogni disco, i diversi spezzoni di filmati, a cui è stato dato un titolo sulla base del contenuto e, cosa che ho trovato molto utile, la posizione sul supporto DVD.

Il materiale raccolto in questo cofanetto rappresenta davvero una grande risorsa e lo consiglio vivamente a tutti i professionisti interessati a migliorare il loro approccio all'ipnosi.



L'agenda del CIICS

A cura di Manuela Trincherò



**3° Periodo Specialistico
CORSO BASE DI IPNOSI
CLINICA E
COMUNICAZIONE
IPNOTICA**
Torino 5-7 maggio 2016
Ultimo periodo del Corso di
1° livello Info: www.ciics.it

CORSO 'IPNOSI IN MEDICINA E NELLA RICERCA'

Padova, aprile-maggio 2016

Corso inserito nell'ambito del Corso di Laurea in Medicina e chirurgia – Università di Padova

Docente: Prof. Edoardo Casiglia

Partecipazione gratuita per i Soci dell'Istituto Franco Granone CIICS

Info: www.ciics.it

Corso di 2° livello

**L'IPNOSI NELLA GESTIONE DELLE MALATTIE
STRESS-CORRELATE – IPNOSI E PNEI**

Torino, 24 settembre 2016

Docenti: Dott. Rocco Iannini –

Dott.ssa Milena Muro – Dott. Ennio Foppiani

Corso riservato a coloro che hanno frequentato il Corso Base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica.

Ampia parte pratica dedicata a: costruzione di metafore, simulazione del setting terapeutico, drammatizzazione

Info: www.ciics.it

DISCUSSIONE TESI FINALI

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE
IPNOTICA**

Torino, 25-26 novembre 2016

Info: ciics@seleneweb.com

PREMIO INTERNAZIONALE

'FRANCO GRANONE' 2016

CORSO PRATICO di 2° livello

Torino, 25-26 novembre 2016

Info: www.ciics.it

FORMAZIONE CONTINUA IN IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA per:

- **Medici**
- **Odontoiatri**
- **Operatori Sanitari - Fisioterapisti**
- **Psicologi – Psicoterapeuti**

Info: www.ciics.it – ciics@seleneweb.com

Calendario Eventi

A cura di Manuela Trincherò



SEDAZIONE ED EMERGENZE MEDICHE IN ODONTOIATRIA: TECNICHE COMPORIMENTALI E FARMACOLOGICHE **Cagliari, 11-12 giugno**

Corso ECM organizzato dall'Azienda Universitaria Ospedaliera di Cagliari. Con il Patrocinio dell'Istituto Franco Granone

Info: www.ciics.it

X Congresso Nazionale della SOCIETA' ITALIANA DI IPNOSI

Verona, 21-23 Ottobre 2016

www.societaipnosi.it

FIRST WORLD CONGRSS OF DENTAL HYPNOSIS

Mashhad (Iran), 28-30 September 2016

<http://cog-hypnodontic2016.mums.ac.ir/en/>

XIV ESH Congress

Manchester (UK), 23-26 August 2017

Link utili: <http://www.esh2017.org>

<http://www.esh-hypnosis.eu/wp-content/uploads/2015/09/ESH-2017-Call-for-Papers.pdf>

<http://www.esh-hypnosis.eu/wp-content/uploads/2015/09/ESH-2017-Early-Bird-Registration.pdf>

Ha contribuito a questo numero

Comitato di Redazione:

Ennio Foppiani: ennio.foppiani@virgilio.it
Nunzia Giordano: nunzia.giordano85@gmail.com
Rocco Iannini: rocco.iannini@gmail.com
Milena Muro: muromilena@gmail.com

Segreteria di Redazione:

Manuela Trincherò: ciics@seleneweb.com

Direttore dell'Istituto Franco Granone:

Antonio Maria Lapenta: dott.antoniomarialapenta@gmail.com

Lista degli Autori

Antonio Maria Lapenta: dott.antoniomarialapenta@gmail.com

Ennio Foppiani: ennio.foppiani@virgilio.it

Rocco Iannini: rocco.iannini@gmail.com

Per ulteriori informazioni:

Istituto Franco Granone - Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale
[**ciics@seleneweb.com**](mailto:ciics@seleneweb.com)

Segreteria: Tel. 011 7499601