



DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO E IPNOSI

APPLICAZIONE NELLA PRATICA CLINICA CON MODELLO PSICOTERAPEUTICO ANALITICO TRANSAZIONALE INTEGRATO

Candidata

Dott.ssa DEBORA PANFILI

Relatore

Dott.ssa NUNZIA GIORDANO

Dott.ssa MARIA SOLE GAROSCI

NOVEMBRE 2017

***"Qualunque cosa tu possa fare,
o sognare di fare,
incominciala.
L'audacia ha in sé genio, potere e magia.
Incomincia adesso"
(Goethe)***

SOMMARIO

<u>Indice</u>	<u>Pag.</u>
1 Introduzione	8
2 Una panoramica sui disturbi d'ansia	9
2.1 Cosa sono i disturbi d'ansia	9
2.2 Ansia patologica e ansia non patologica	10
2.3 Paura e ansia	12
2.4 Disturbi d'ansia e sviluppo evolutivo	14
2.5 Tipologie di disturbi d'ansia	14
2.5.1 Disturbo d'ansia da separazione	15
2.5.2 Mutismo selettivo	15
2.5.3 Fobia specifica	16
2.5.4 Disturbo d'ansia sociale	16
2.5.5 Disturbo di panico	16
2.5.6 Agorafobia	17
2.5.7 Disturbo d'ansia generalizzato	18
2.5.8 Disturbo d'ansia indotto da sostanze e farmaci	18
2.5.9 Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica	18
3 Disturbo d'ansia generalizzato	19
3.1 Diagnosi	21
3.2 Prevalenza	21

3.3 Sviluppo e decorso	22
3.4 Conseguenze funzionali del Disturbo d'ansia Generalizzato ...	24
4 L'ipnosi	25
4.1 Cos'è l'ipnosi	25
4.2 Modificazioni psico-fisiologiche nei soggetti in stato d'ipnosi .	31
5 Il trattamento dell'ansia con l'utilizzo dell'ipnosi	33
5.1 Le modificazioni a livello neurale nei soggetti ansiosi durante lo stato d'ipnosi	34
6 L'applicazione dell'ipnosi nella terapia di problematiche legate all'ansia: un caso clinico	40
6.1 Dati personali della paziente	40
6.1.1 Storia familiare	41
6.1.2 Storia relazionale	43
6.1.3 Storia evolutiva	43
6.1.4 Storia lavorativa	45
6.1.5 Storia medica	45
6.2 Problema presentato	46
6.3 Ipotesi	46
6.4 Piano di trattamento	47
6.5 Diagnosi	50
6.6 Piano terapeutico	51
6.7 La differenza	52
6.8 Contratto terapeutico	57

6.9	Lavoro terapeutico svolto ad oggi	58
6.10	Psico-diagnostica	59
6.11	Trattamento	61
BIBLIOGRAFIA		74
APPENDICE 1		
Questionario di Rilevamento del Copione di Vita		79
APPENDICE 2		
Scala Self Anxiety State (SAS) di Zung		80

1 INTRODUZIONE

In questo lavoro il lettore sarà condotto attraverso un percorso che porterà alla scoperta di come e perchè l'ipnosi nel trattamento dei disturbi d'ansia sia un valido strumento di cui disporre nella propria "cassetta degli attrezzi terapeutici".

L'uso dell'ipnosi nella pratica clinica è costellata di studi che ne comprovano l'efficacia in vari ambiti.

In questo senso, trovo illuminante e molto utile la possibilità di accompagnare il paziente ritrovare accesso alle proprie risorse, conosciute e sconosciute, in modo più efficace e costruttivo. Come vedremo, l'ipnosi apre ad una dimensione di apprendimento, di presa di coscienza, di riacquisizione di "potere su di sé", orientate ad un concreto rinforzo positivo dell'Io.

2 UNA PANORAMICA SUI DISTURBI D'ANSIA

2.1 Cosa sono i disturbi d'ansia?

I disturbi d'ansia comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura e ansia eccessive, e i disturbi comportamentali correlati.

L'ansia, da definizione da dizionario è un “*Desiderio che fa stare in agitazione affannosa*” (Dizionario della lingua italiana DeAgostini).

Nel linguaggio comune però il termine possiede un significato diverso: se chiedessimo infatti a un gruppo di persone di definire l'ansia, otterremmo facilmente parole tipo: stress, tensione, paura, pericolo.

In definitiva la definizione popolare di ansia ha un'accezione negativa e forse coincide piuttosto con quella data dal *DSM V* (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) secondo cui è “*l'anticipazione di una minaccia futura... eccessiva e persistente rispetto alla fase di sviluppo... associata spesso a tensione muscolare e comportamenti pervasivi di evitamento*”.

2.2 Ansia Patologica e ansia Non Patologica

Per essere considerata normale, ovvero non essere patologica, l'ansia deve avere una funzione adattiva per l'individuo e quindi aiutarlo ad adattarsi all'ambiente al fine di sopravvivere.

Per spiegare meglio il concetto basta pensare ad un esempio pratico: uno studente universitario che non abbia il minimo timore di essere bocciato agli esami né la minima ansia *utile* a superarli per ottenere la laurea, probabilmente non dedicherebbe il tempo necessario allo studio, preferendo attività più piacevoli con il risultato finale di non avere superato nessun e di conseguenza di vedere la propria laurea sempre più lontana.

Un po' d'ansia prima di sostenere esami, e la paura di fare una brutta figura, aiuta a prepararsi al meglio, aumentando quindi le probabilità di successo (*funzione adattiva dell'ansia*).

Se tuttavia questo stesso studente, invece di avere solo un po' d'ansia anticipatoria, fosse paralizzato dalla paura di non riuscire, di non sapere a sufficienza, di essere mal giudicato dal professore e dai compagni di corso, questo interferirebbe con la sua preparazione e con la sua performance all'esame. Ecco che l'ansia in questo modo avrebbe, al contrario dell'esempio precedente, una *funzione disadattiva*.

Un'altra differenza fra ansia non-patologica (o “normale”) e ansia patologica è che la prima ha un'intensità contenuta, mentre la seconda ha

il potere di togliere lucidità nell'affrontare il problema: essendo molto intensa, diventa essa stessa il problema da affrontare.

L'ansia normale, infatti, ha la funzione di segnalare un possibile pericolo (per esempio la bocciatura all'esame) ma quasi mai raggiunge un'intensità così forte da non rendere possibile affrontarlo e/o superarlo.

L'ansia non patologica inoltre, essendo contenuta e calando a seguito di esposizioni ripetute, motiva ad affrontare in modo efficace la situazione temuta; al contrario, l'ansia patologica, essendo molto intensa e resistente all'estinzione, finisce invece per causarne l'evitamento.

C'è un'altra differenza intrinseca al concetto di ansia: quella fra ansia di stato e ansia di tratto. E' stato uno studioso di nome Charles Spielberger, per primo, a introdurre questi due concetti.

L'ansia di stato, indica un'ansia transitoria che si attiva in risposta a specifiche condizioni o situazioni mentre l'ansia di tratto si riferisce alla disposizione generale di un individuo verso l'ansia, cioè alla tendenza di rispondere con ansia a tutte quelle situazioni che possono rappresentare un pericolo, reale o oggettivo.

L'ansia di stato può essere anche molto intensa e raggiungere il grado patologico, ma si attiva sempre e solo in risposta a determinate circostanze: quelle giudicate pericolose.

Il concetto di "tratto" al contrario, rimanda alla tendenza ad attivarsi emotivamente, a restare in allerta, a preoccuparsi o a spaventarsi

sistematicamente davanti a situazioni nuove o che in passato hanno prodotto sintomi d'ansia.

In genere, le persone che hanno ansia di tratto riferiscono di essere tese diverse ore al giorno, quasi tutti i giorni e spesso senza un motivo apparente, tanto da considerarlo un loro normale modo di essere. Molte di queste persone sono così abituate ad esserlo da non accorgersene neppure.

2.3 Paura e Ansia

Paura e ansia non sono sinonimi: la paura infatti, è la risposta emotiva a una minaccia imminente, reale o percepita, mentre con il termine "ansia" si intende l'anticipazione di una minaccia futura.

Questi due stati possono sovrapporsi, ma rimangono differenti: la paura è più spesso associata a picchi di attivazione autonoma necessaria alla lotta o alla fuga, a pensieri di pericolo immediato e comportamenti di fuga, mentre l'ansia è più frequentemente associata alla tensione muscolare e alla vigilanza in preparazione al pericolo futuro e a comportamenti prudenti o di evitamento.

A volte il livello di paura o ansia è ridotto da comportamenti pervasivi tipici dell'evitamento.

Gli attacchi di panico giocano un ruolo importante all'interno dei disturbi d'ansia come un tipo particolare di risposta alla paura.

Gli attacchi di panico non sono limitati ai disturbi d'ansia ma possono essere presenti anche in altri disturbi mentali.

I disturbi d'ansia si differenziano l'uno dall'altro per la tipologia di oggetti o di situazioni che provocano paura, ansia oppure comportamenti di evitamento e per l'ideazione cognitiva a essi associata. Di conseguenza, mentre i disturbi d'ansia tendono a essere altamente in comorbidità tra di loro, possono venire diversificati attraverso un attento esame delle tipologie di situazioni temute o evitate e del contenuto dei pensieri e delle credenze a essi associati.

I disturbi d'ansia differiscono dalla normale paura o ansia evolutiva perché sono eccessivi o persistenti rispetto allo stadio di sviluppo e differiscono dalla paura o dall'ansia transitoria, spesso indotta da stress, perché sono persistenti.

Dal momento che gli individui con disturbi d'ansia sopravvalutano tipicamente il pericolo nelle situazioni che temono o evitano, la valutazione primaria per stabilire se la paura l'ansia siano eccessive o sproporzionate è fatta dal clinico, tenendo conto anche dei fattori culturali e contestuali.

2.4 Disturbi d'ansia e sviluppo evolutivo

Molti disturbi d'ansia si sviluppano in età infantile e tendono a persistere se non vengono curati. La maggior parte si verifica più frequentemente nella popolazione femminile rispetto a quella maschile, in un rapporto di circa 2 a 1 (DSM V).

Ogni disturbo d'ansia è diagnosticato solo quando i sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza/farmaco o a un'altra condizione medica, oppure non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale.

2.5 Tipologie di Disturbi d'ansia

Il termine "disturbi d'ansia" racchiude un sottoinsieme di svariati disturbi, che sono:

- il disturbo d'ansia da separazione;
- il mutismo selettivo;
- la fobia specifica;
- il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale);
- il disturbo di panico;
- l'agorafobia;
- il disturbo d'ansia generalizzata;
- il disturbo d'ansia indotto da sostanze e farmaci;
- il disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica.

Di seguito andrò ad illustrarli brevemente, per poi concentrarmi sul disturbo d'ansia generalizzata.

2.5.1 Disturbo d'ansia da Separazione

L'individuo con disturbo d'ansia da separazione è spaventato ansioso riguardo alla separazione dalle figure di attaccamento a un livello di gravità inappropriato rispetto allo stadio di sviluppo. Sono presenti paura o ansia persistenti relative agli incidenti che possono capitare alle figure di attaccamento e agli eventi che possono portare alla perdita delle o alla separazione dalle figure di attaccamento e riluttanza ad allontanarsi dalle figure di attaccamento come pure incubi e sintomi fisici di disagio. Nonostante i sintomi si sviluppano spesso durante l'età infantile, possono essere espressi anche in età adulta.

2.5.2 Mutismo Selettivo

Il mutismo selettivo è caratterizzato da una costante incapacità di parlare in situazioni sociali in cui ci si aspetta che si parli per esempio a scuola, anche se l'individuo è in grado di parlare in altre situazioni. L'incapacità di parlare ha conseguenze significative sul rendimento in contesti educativi o lavorativi o interferisce altrimenti con la normale comunicazione sociale.

2.5.3 Fobia Specifica

Individui con fobia specifica sono spaventati o ansiosi riguardo oggetti e situazioni circoscritti oppure evitano oggetti e situazioni particolari. Un'ideazione cognitiva specifica non è presente in questo disturbo come avviene in altri disturbi d'ansia. La paura, l'ansia e l'evitamento sono quasi sempre indotti immediatamente dalla situazione fobica, a un livello tale da essere persistente e sproporzionato rispetto al reale rischio che essa rappresenta. Vi sono vari tipi di fobie specifiche: animali, ambienti naturali, sangue iniezioni ferite, situazionali e altre situazioni.

2.5.4 Disturbo d'Ansia Sociale (Fobia Sociale)

Nel Disturbo d'Ansia Sociale (Fobia Sociale) l'individuo ha paura o è ansioso, oppure evita le interazioni sociali e le situazioni che coinvolgono la possibilità di essere esaminato. Queste includono le interazioni sociali in cui si incontrano persone non conosciute, situazioni in cui l'individuo può essere osservato mentre mangia o beve e situazioni in cui l'individuo si esibisce di fronte agli altri. L'ideazione cognitiva è di essere valutato negativamente dagli altri, essere imbarazzato, umiliato rifiutato, oppure offendere gli altri.

2.5.5 Disturbo di Panico

Nel disturbo di panico l'individuo sperimenta ricorrenti attacchi di panico inaspettati ed è costantemente preoccupato spaventato di avere ulteriori

attacchi di panico, oppure modifica il proprio comportamento in modo disadattivo a causa degli attacchi di panico. Gli attacchi di panico sono rappresentati da comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiungono il picco in pochi minuti, accompagnati da sintomi fisici e cognitivi.

Gli attacchi di panico paucisintomatici comprendono meno di 4 sintomi e possono essere attesi, cioè come risposta un oggetto una situazione tipicamente tenuti, oppure inaspettati, cioè gli attacchi di panico si verificano senza una ragione evidente.

Gli attacchi di panico funzionano come marker e fattore prognostico tra una serie di disturbi per la gravità della diagnosi, il decorso e la comorbidità tra cui i disturbi d'ansia. L'attacco di panico può quindi essere usato come uno specificatore descrittivo per un qualsiasi disturbo d'ansia, come pure per altri disturbi mentali.

2.5.6 Agorafobia

Gli individui con Agorafobia sono spaventati e ansiosi riguardo a due o più delle seguenti situazioni: Utilizzare trasporti pubblici, trovarsi in spazi aperti, stare in spazi ristretti, fare la fila o essere in mezzo alla folla, oppure essere fuori casa da soli in altre situazioni. L'individuo teme queste situazioni a causa di pensieri legati al fatto che potrebbe essere difficile fuggire o che potrebbe rivelarsi impossibile ricevere soccorso nel caso in cui si sviluppano sintomi simili al panico o altri sintomi invalidanti o

imbarazzanti. Queste situazioni inducono quasi sempre paura o ansia e sono spesso evitate richiedono la presenza di un accompagnatore.

2.5.7 Disturbo da Ansia Generalizzata

Le caratteristiche chiave del disturbo da ansia generalizzata sono ansia e preoccupazione persistenti ed eccessive riguardanti diversi ambiti, tra cui il rendimento lavorativo e scolastico, che l'individuo ha difficoltà a controllare. Inoltre, l'individuo sperimenta sintomi fisici, tra cui irrequietezza o sensazione di agitazione e tensione, facile affaticamento, difficoltà di concentrazione o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, disturbi del sonno.

2.5.8 Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze e Farmaci

Il disturbo d'ansia indotto da sostanze e farmaci implica ansia dovuta a intossicazione o astinenza da sostanze, oppure un trattamento farmacologico.

2.5.9 Disturbo d'Ansia Dovuto a un'altra Condizione Medica

Nel disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica, la sintomatologia ansiosa è la conseguenza fisiologica di un'altra condizione medica.

3 IL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

La caratteristica essenziale del del disturbo d'ansia generalizzata è la presenza di ansia e preoccupazione attesa apprensiva eccessive relative a una quantità di eventi o attività. L'intensità, la durata o la frequenza dell'ansia e della preoccupazione sono eccessive rispetto alla reale probabilità o impatto dell'evento temuto.

L'individuo ha difficoltà a controllare la preoccupazione e a impedire che i pensieri preoccupanti interferiscano con l'attenzione e compiti che sta svolgendo.

Gli adulti con disturbo d'ansia generalizzata spesso si preoccupano oltremodo per circostanze quotidiane, routinarie, come responsabilità lavorative, questioni economiche, salute dei familiari, disgrazie che possono capitare i propri figli oppure piccole cose.

I bambini con disturbo d'ansia generalizzata tendono a preoccuparsi eccessivamente per le proprie capacità o per la qualità delle proprie prestazioni.

Nel prendere forma del disturbo, il focus la preoccupazione può spostarsi da un oggetto a un altro.

Le preoccupazioni associate al disturbo d'ansia generalizzata sono eccessive e interferiscono tipicamente in modo significativo con il funzionamento psico-sociale, mentre le preoccupazioni della vita

quotidiana che non sono eccessive sono percepite come più maneggevoli, e possono essere messe da parte quando sorgono questioni più pressanti.

Le preoccupazioni associate al disturbo d'ansia generalizzata sono più pervasive, più pronunciate più angoscianti, hanno una maggiore durata, e si verificano frequentemente senza fattori scatenanti. Quanto maggiore è la gamma di circostanze di vita che preoccupa una persona, tanto maggiori sono le probabilità che i sintomi manifestati soddisfino i criteri per il disturbo d'ansia generalizzata.

Inoltre, le preoccupazioni della vita quotidiana hanno minore probabilità di essere accompagnate da sintomi fisici. Gli individui con disturbo d'ansia generalizzata riferiscono un disagio soggettivo dovuto alla preoccupazione costante correlata alla compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

L'ansia e la preoccupazione sono accompagnate da almeno tre dei seguenti sintomi aggiuntivi: irrequietezza o sentirsi tesi, con “i nervi a fior di pelle”, facile affaticamento, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare e alterazioni del sonno, sebbene nei bambini sia richiesto un solo sintomo aggiuntivo.

3.1 Diagnosi

Insieme alla tensione muscolare possono essere presenti tremori, contratture, scosse e dolenzia o dolori muscolari. Molti individui con disturbo d'ansia generalizzata presentano anche sintomi somatici per esempio: sudorazione, nausea e diarrea e anche reazioni di allarme esagerate. I sintomi di iperattivazione vegetativa per esempio aumento ritmo cardiaco, dispnea, vertigini, sono meno cospicui che in altri disturbi d'ansia, come il disturbo di panico. Altre condizioni che possono essere associate allo stress accompagnano frequentemente il disturbo d'ansia generalizzato.

3.2 Prevalenza

La prevalenza (rapporto fra il numero di eventi sanitari rilevati in una popolazione in un definito momento (o in un breve arco temporale) e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo) a 12 mesi del disturbo da ansia generalizzata è dello 0,9% tra gli adolescenti e del 2,9% tra gli adulti nella popolazione generale degli Stati Uniti. La prevalenza a 12 mesi per il disturbo in altri paesi varia dallo 0,4 al 3,6%. Il rischio di morbidità nell'arco della vita del 9%. Le femmine hanno il doppio di probabilità di soffrire del disturbo d'ansia generalizzata. La prevalenza della diagnosi raggiunge il picco nella mezza età e diminuisce durante gli anni successivi. Gli individui europei tendono a manifestare il disturbo d'ansia generalizzata molto più frequentemente rispetto individui di

origine non europea cioè asiatici africani indiani d'America e nativi delle isole del Pacifico. Inoltre gli individui dei paesi industrializzati hanno più probabilità di riferire sintomi che soddisfano i criteri del disturbo d'ansia generalizzata nell'arco della vita rispetto individui provenienti da paesi non industrializzati.

3.3 Sviluppo e Decorso

Molti individui con disturbo d'ansia generalizzata riferiscono di essersi sentiti ansiosi e nervosi per tutta la vita. L'età media di insorgenza del disturbo d'ansia generalizzata è di 30 anni, tuttavia l'età di insorgenza è distribuita lungo una gamma molto ampia. L'età media di insorgenza è più tardiva rispetto a quella degli altri disturbi d'ansia. I sintomi di preoccupazione e ansia eccessive possono verificarsi in un periodo precoce della vita ma vengono in seguito manifestati come un temperamento ansioso. L'insorgenza del disturbo si verifica raramente prima dell'adolescenza. I sintomi del disturbo d'ansia generalizzata tendono ad essere cronici e hanno un andamento altalenante durante l'arco di vita, fluttuando tra forme sindromiche e sub sindromiche del disturbo.

I tassi di remissione completa sono molto bassi.

L'espressione clinica del disturbo d'ansia generalizzata è relativamente coerente durante l'arco di vita. La differenza primaria tra le fasce di età consiste nel contenuto delle preoccupazioni dell'individuo.

Bambini e adolescenti tendono a preoccuparsi soprattutto della scuola e delle loro prestazioni sportive, mentre gli adulti più anziani riferiscono maggiore preoccupazione per il benessere della famiglia o della propria salute fisica. Pertanto il contenuto della preoccupazione di un individuo tende a essere appropriato all'età.

Giovani adulti hanno maggiore gravità dei sintomi e rispetto a adulti più anziani.

Quanto prima nella vita gli individui mostrano sintomi che soddisfano i criteri per il disturbo d'ansia generalizzata, tanto più tenderanno a presentare comorbidità e maggiore compromissione.

L'avvento di una patologia fisica cronica può essere un elemento centrale per un'eccessiva preoccupazione negli anziani, infatti le preoccupazioni circa la loro sicurezza possono limitarne le attività. In coloro che hanno una compromissione cognitiva precoce ciò che sembra un'eccessiva preoccupazione riguardante ad esempio il posto dove si trovano gli oggetti è probabile da considerarsi realistica, visto il deterioramento cognitivo.

Nei bambini e negli adolescenti con disturbo d'ansia generalizzata, le ansie e le preoccupazioni spesso riguardano delle prestazioni, o la competenza a scuola o negli eventi sportivi, anche quando la prestazione non viene valutata da altri. Possono esservi preoccupazioni eccessive per la puntualità. Possono anche preoccuparsi per eventi catastrofici, come terremoti o una guerra nucleare. I bambini con questo tipo di disturbo

possono essere eccessivamente conformisti, perfezionisti e insicuri di se stessi, e tendono a rifare le cose a causa di un'eccessiva insoddisfazione per prestazioni meno che perfette. Sono tipicamente zelanti nel cercare approvazione richiedono eccessiva rassicurazione riguardo le proprie prestazioni o alle altre cose per cui si preoccupano.

3.4 Conseguenze funzionali del disturbo d'ansia generalizzato

L'eccessiva preoccupazione compromette la capacità dell'individuo di svolgere compiti velocemente in maniera efficiente sia in casa sia sul posto di lavoro. La preoccupazione richiede tempo ed energia, i sintomi associati di tensione muscolare, di sentirsi tristi con “i nervi a fior di pelle”, stanchezza, difficoltà di concentrazione e sonno disturbato contribuiscono alla compromissione.

È importante sottolineare che l'eccessiva preoccupazione può compromettere la capacità degli individui con disturbo d'ansia generalizzata di incoraggiare nei figli la sicurezza in se stessi.

4 L'IPNOSI

“E nello stato di trance puoi lasciare che la tua mente inconscia passi in rassegna il vasto deposito di cose che hai appreso, nel corso della tua vita.

Ci sono molte cose che hai imparato senza saperlo. E molte delle conoscenze che ritenevi importanti a livello conscio sono scivolte nella tua mente inconscia”

(Erickson)

4.1 Cos'è l'ipnosi

L'ipnosi venne definita da Erickson come "un tipo mentale di comportamento complesso ed insolito, ma normale, che in prestabilite condizioni possa esser sviluppato da qualsivoglia persona sia sana che inferma. La persona, in una particolare condizione psicologica e neurofisiologica, assume un modo di pensare diverso, imparando a convogliare la propria attenzione in un solo punto senza però perdere volontà o ragione: non è infatti possibile in alcun modo costringere una persona a compiere qualcosa che vada al di là del proprio scritto etico, al contrario nemmeno nel raggiungimento di obiettivi che pur si desidera fortemente" (Erickson, 1939). Successivamente Fromm e Nash, la definiscono come uno "stato modificato di coscienza caratterizzato da un aumento dell'assorbimento nell'esperienza interna mentre, parallelamente, si modifica o si riduce la percezione dell'ambiente esterno e l'interazione con esso" (Fromm e Nash, 1997).

Il termine a noi conosciuto, "ipnosi" (dal greco "hypnos", sonno), fu coniato da James Braid, uno dei padri dell'ipnosi stessa. A quel tempo la scelta di quello specifico termine fu fatta perché lo stato di trance aveva analogie proprio con lo stato del sonno.

Ad oggi, con il termine "ipnosi" si intende uno stato di coscienza, un modo di essere dell'organismo, esattamente come lo stato di veglia, di sonno o di sogno.

L'ipnosi è uno stato di coscienza fisiologico, cioè normale, esattamente come è normale essere svegli, dormire, sognare, o provare un orgasmo. Essendo fisiologico, questo è uno stato nel quale entriamo inavvertitamente innumerevoli volte nella nostra vita, e anche nella nostra giornata: ad esempio quando guidiamo la macchina in maniera automatica, quando siamo sovrappensiero, quando siamo distratti e ci accorgiamo che è passata un'ora anche se sembrano essere passati solo 5 minuti.

Così come in psicoterapia è necessaria una buona alleanza tra terapeuta e paziente, così è importante che ci sia una buona alleanza anche tra l'ipnotista e il soggetto.

E' infatti necessario che sia presente, oltre lo stato d'ipnosi, anche il rapporto ipnotico (transfert e controtransfert), tra di loro inscindibilmente legati e influenzantisi l'un l'altro. Il rapporto operatore-soggetto è definito come "rapport" per indicare la forte relazione di tipo psicoanalitico che

intercorre tra il medico e il paziente, caratterizzata da transfert e controtransfert (Lapenta, 1986).

Il rapport viene definito da Milton Erickson come lo stato in cui il soggetto risponde solo all'ipnotista e sembra incapace di udire, vedere, percepire o rispondere ad alcunché, a meno che non ne riceva l'ordine da lui.

In pratica la concentrazione e la consapevolezza del soggetto sono dirette unicamente sull'ipnotista e su quanto l'ipnotista desidera inserire nella situazione di trance, con l'effetto di dissociare il soggetto stesso da ogni altra cosa (Erickson 1984).

Secondo Franco Granone il grado massimo di profondità dell'ipnosi avviene quando tutto il rapporto tra medico e paziente viene ad essere costituito dal transfert emotivo, irrazionale, infantile.

Se dunque l'ipnosi è transfert, possiamo affermare il concetto di normalità dell'ipnosi, nella stessa maniera che consideriamo normale avere rapporti interumani e provare sentimenti d'affetto, d'amicizia e d'amore.

Le caratteristiche principali che dovrebbero essere presenti in un rapport di buona qualità tra i due soggetti sono: relazione esclusiva e selettiva reciproca, focalizzazione e assorbimento reciproco, aumentata responsività reciproca, sincronismo, sensibilità mutuale da parte di entrambi,

prevalenza di attività inconscie congiunte, riduzione delle attività dirette verso la realtà esterna, riduzione bilaterale della consapevolezza periferica, tendenza a sviluppare idee e significati comuni e attentività responsiva reciproca (Ducci, 2000).

Il rapport presuppone la possibilità quindi per il soggetto, di affidarsi al terapeuta e di accettarne suggerimenti ed evocazioni. Il rapport inizia con la fase di induzione e si conclude con quella del riorientamento; entrambi sono momenti molto significativi. L'induzione può essere considerata come l'elemento principale della terapia nel caso si presentino soggetti con gravi problemi relazionali. In questo caso, infatti, l'instaurarsi del rapport rappresenta l'obiettivo della terapia. La fase del riorientamento invece determina la qualità del rapport, oltre che la fine della seduta ipnotica. Si può quindi affermare che questi due momenti simboleggiano l'intero processo terapeutico: il prendersi cura e la separazione (Loriedo, 2002).

Due termini che apparentemente sono simili, ipnosi ed ipnotismo, ma che in realtà non sono sinonimi. Con il termine ipnosi si intende l'attività del soggetto che porta ad un particolare stato psicofisico; con il termine ipnotismo invece, si intende l'insieme delle metodiche e delle tecniche impiegate dall'ipnotizzatore per indurre uno stato ipnotico.

A questo proposito: "S'intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle

condizioni psicofisiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l'ipnotizzatore. Il termine di ipnosi è cronologicamente posteriore di una trentina d'anni a quello di ipnotismo: 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" (Granone, 1989).

Ciò che caratterizza il fenomeno ipnotico è il *Monoideismo Plastico* ovvero la presenza di una sola, unica idea con esclusione di tutte le altre.

Per ideoplasia intendiamo il concetto che l'idea, suggerita dalla parola, alla possibilità di suscitare azioni, movimenti, sensazioni; alla parola suggerita va infatti connessa quella particolare situazione psicologica che è data dal notevole vigore plastico delle immagini.

L'ipnotista ha la possibilità di sviluppare ipnosi secondo gradi diversi. Alcuni soggetti sono ipnotizzabili da chiunque e sono i cosiddetti *sonnambulici*; altri difficilmente ipnotizzabili sono definiti *refrattari assoluti*. Questi ultimi costituiscono il 20% della popolazione come anche i soggetti sonnambulici (20%) mentre il 60% restante, rappresenta la parte dei soggetti mediamente ipnotizzabili.

Tra i due estremi troviamo la stragrande maggioranza dei casi che alcuni operatori riescono ad ipnotizzare ed altri no, in base ad alcune variabili

quali il rapporto, i pre-giudizi, le motivazioni e le aspettative, l'abilità individuale.

“Non sono ipotizzabili gli oligofrenici antipsicotici gravi perché con essi non si può stabilire un rapporto, gli idioti, gli imbecilli e i sedili gravi sfuggono la possibilità dell' ipnosi per incapacità la concentrazione mentale, la fissazione e alla elaborazione psichica e di giudizio. Non sono nemmeno ipnotizzabili con le personalità fredde, con povertà interiore, incapaci di vivere una vita interiore di relazione” (Lapenta, 2015). Le condizioni che possono facilitare l'ipnosi sono le persone psichicamente normali, le quali hanno un maggior equilibrio psichico che permette l'abbandono senza angoscia, umiliazione o minaccia e facilita un autentico interesse personale (Lapenta, 1986).

I più comuni monoideismi plastici vanno da fenomeni tipici dell'ipnosi definita “leggera”. Alcuni esempi possono essere: l'inibizione motoria, la catalessi delle palpebre, la rigidità (catalessi), la levitazione dell'arto, il rilassamento muscolare e la regressione d'età, per arrivare a fenomeni più complessi, caratteristici dell'ipnosi più profonda, come la trance sonnambulica, le allucinazioni, la rivivificazione di ricordi non accessibili in condizioni ordinarie.

4.2 Modificazioni Psico-Fisiologiche nei Soggetti in stato d'Ipnosi

Nello stato di trance emerge una capacità mentale di tipo onirico, cioè non costretta a seguire pattern di funzionamento esclusivamente logico-razionale induttivo; attraverso la stimolazione dell'attività immaginativo-creativa suggerita dal terapeuta, il soggetto può sperimentare delle modificazioni fisiologiche e comportamentali.

Nella trance ipnotica il soggetto ha accesso volontariamente, anche se in modo inconsapevole, a circuiti fisiologici normalmente automatici. L'ipnosi può essere descritta come un metodo di fissazione e spostamento dell'attenzione, che permette di uscire da schemi cognitivi ed emotivi prefissati per poter trovare soluzioni più funzionali e creative (Molinari & Castelnuovo, 2010)

Le modificazioni psico-fisiologiche che sono state scientificamente documentate riguardano svariate aree.

Di seguito se ne elencano alcune tra le più incisive

-Modificazioni neurovegetative

Sono state riscontrate alterazioni cardiocircolatorie di tonalità parasimpatica, quali abbassamento della pressione arteriosa o rallentamento della frequenza cardiaca, sudorazione lieve, regolarizzazione del respiro; alterazioni oculari come lacrimazione, arrossamento delle

congiuntive, oscillazione del diametro pupillare associati a movimenti palpebrali e oculari; alterazioni motorie come catalessi, flaccidità, rallentamento dei riflessi e perdita di iniziativa motoria;

-Modificazioni di carattere mnemonico, attentivo e dello stato di coscienza

Nel momento in cui il soggetto passa da uno stato di vigilanza completa ad un distacco dall'ambiente esterno con mispercezione degli stimoli esterni, compresa la percezione del tempo. In alcuni casi sono stati documentati alterazioni della memoria in direzione di un'amnesia o al contrario ipermnesia permettendo da un lato di dimenticare eventi spiacevoli al soggetto e dall'altro di ricordare episodi remoti realmente accaduti e non accessibili alla coscienza (Faymonville et al., 2006);

-Modificazioni attinenti la percezione e i processi intellettivi

Attraverso suggestioni di tipo allucinatorio è possibile modificare la percezione del soggetto sia in senso positivo che in senso negativo. Con la prima vengono fatti percepire oggetti o sensazioni (di qualsiasi natura, ad esempio gustativa, olfattiva, uditiva) non presenti in quell'istante o, al contrario, con la negativa viene indotta una non percezione, (come cecità, sordità o anosmia) che possono esser limitate ad una caratteristica del soggetto (colore, rumore, sapore, suono, ecc..) o comprenderlo completamente.

5 IL TRATTAMENTO DELL'ANSIA CON L'UTILIZZO DELL'IPNOSI

L'ansia può essere affrontata con i farmaci ansiolitici benzodiazepine, ma anche con l'ipnosi, che può essere intesa come “ansiolitica”.

A seconda dei casi si può utilizzare l'ipnosi al posto delle benzodiazepine o in associazione ad esse. Tutti gli effetti delle benzodiazepine, quindi l'azione sedativa e ipnotica, ansiolitica, miorilassante, possono essere ottenuti anche grazie esclusivamente all'uso dell'ipnosi.

L'ipnosi, quindi può essere utilizzata in associazione al farmaco o in sostituzione di esso. Sappiamo tuttavia che l'ansia (intesa come uno stato affettivo, sentimento avvertito sempre come spiacevole) non è sempre patologica.

Sia la crisi d'ansia sia lo stato d'ansia fanno parte di un necessario modo di adattamento alla realtà. Ci può essere una reazione somatica e psichica all'esatta percezione di un pericolo reale: il sintomo ha quindi il valore di un segnale quantitativo che misura sia la fragilità delle difese del soggetto nei confronti del pericolo che la gravità del pericolo stesso. Lo stato d'ansia permette al soggetto di anticipare possibili pericoli e al contempo può far sì che sia in grado di attuare misure per affrontarli. In tutti questi casi di ansia non patologica non occorre intervenire con alcuna terapia, nemmeno

ipnotica. Purtroppo oggi dobbiamo constatare che la soglia di intolleranza all'ansia tende pericolosamente ad abbassarsi con conseguente sempre maggiore richiesta di raggiungere la tranquillizzazione con terapie mediche eccessive.

In questi casi l'ipnosi può essere utile in termini di tecnica di rinforzo dell'Io.

5.1 Le Modificazioni a livello Neurale nei soggetti Ansiosi durante lo stato d'Ipnosi

Le persone rispondono all'ipnotismo in modi differenti, manifestando cioè diversi tipi di ipnosi. Qualcuno descrive l'esperienza come uno stato altro di coscienza, altri la descrivono come uno stato di concentrazione maggiore e attenzione focalizzata nella quale si sentono calmi e rilassati. Indipendentemente dal grado di risposta, la maggior parte dei soggetti descrive un ipnotismo ben condotto come un'esperienza molto piacevole. Perché l'ipnosi possa essere ottenuta è fondamentale un rapporto interpersonale tra l'operatore il soggetto.

I soggetti in ipnosi percepiscono se stessi e il mondo circostante in modo diverso, ciò che inevitabilmente riconduce a modalità di processare le informazioni da parte del cervello altrettanto diverse. L'introduzione delle

tecniche di neuroimaging ha condotto all'identificazione di pattern neurali caratteristici dello stato ipnotico.

Da quanto presentato dalla Dott.ssa Garosci all'interno del Trattato d'Ipnosi e altre modificazioni di Coscienza, alcuni studi hanno potuto evincere che:

- nel confronto fra stato ipnotico e stato di coscienza usuale a riposo si riscontrano divergenze delle attivazioni soprattutto delle strutture prefrontali ma anche delle regioni deputate alla regolazione degli stati attentivi;

- tra soggetti che sono realmente sottoposti ad uno stimolo oppure lo allucinano l'attività della corteccia cingolata anteriore destra è equiparabile cosa che non accade nel semplice ricordare;

- l'ipnosi può anche coinvolgere processi cerebrali di basso livello (ad esempio soggetti sotto ipnosi sono in grado di vedere il colore in fotografia in bianco e nero oppure di vedere a colori immagini che in realtà sono in scala di grigi).

L'induzione dell'ipnosi coinvolge le strutture cerebrali che fanno parte del complesso network neurale che è deputato alla regolazione degli stati di coscienza.

Le variazioni più consistenti sono state evidenziate nell'attività del tronco encefalico del talamo e della corteccia cingolata anteriore. Il rilassamento si è dimostrato specificamente associato a bassi livelli di flusso sanguineo

nel segmento mesencefalico del tronco, del talamo e della corteccia cingolata anteriore. Di qui l'abbassamento della vigilanza e la diminuita capacità di rispondere agli stimoli esterni alla suggestione. Anche decrementi di attività osservate nelle cortecce parietali posteriori destra e sinistra relativamente alle aree deputate all'orientamento dell'attenzione nei confronti di stimoli esterni è in linea con questa ipotesi.

I livelli di minore attività contribuiscono probabilmente anche al senso di disorientamento spazio temporale. Il rilassamento è associato anche a decrementi nell'attività delle corteccia somatosensoriale primaria e secondaria e della corteccia insulare posteriore.

In netto contrasto con gli effetti del rilassamento, sono quelli dell'*absorption* (=assorbimento nell'esperienza). Questi hanno evidenziato un incremento nei livelli di attività del talamo e della parterostrale della corteccia cingolata anteriore. Una maggiore attivazione *absorption-specifica* è stata inoltre rilevata nelle regioni frontali e posteriori delle cortecce parietali.

Il rilassamento ipnotico sembra produrre una soppressione sinaptica mediata dalla noradrenalina conducendo a un incremento dell'attività della corteccia occipitale e possibilmente in qualche area posteriore come il lobo parietale inferiore. Al contrario l'assorbimento nell'esperienza ad essa

successiva, sembra rinforzare la soppressione dell'attività mediata dalla noradrenalina.

I meccanismi neurofisiologici che sottostanno al rilassamento e all'absorption includono la modulazione di attività noradrenergica e colinergica ascendenti e discendenti. La ridotta attività colinergica potrebbe facilitare la sincronizzazione talamocorticale e questo meccanismo potrebbe contribuire a una relativa dissociazione tra stimoli esterni rilevanti e gli stati mentali protagonisti dell'ipnosi. Anche il sistema noradrenergico potrebbe essere coinvolto nella produzione dello stato ipnotico, ma il suo ruolo specifico potrebbe essere più complesso in quanto le proiezioni discendenti dalla corteccia cingolata anteriore al locus coeruleus potrebbero regolare i processi inerenti sia al rilassamento che all'absorption.

Grazie ad alcuni studi sul disturbo d'ansia generalizzato, si è potuto riscontrare che le aree cerebrali che erano maggiormente coinvolte erano la corteccia prefrontale e l'amigdala (Krain et al, 2008; Monk et al, 2008).

Per valutare la correlazione tra uno stato di coscienza modificata (ipnosi) e gli stati d'ansia, è stato condotto uno studio i cui risultati sono stati pubblicati sulla rivista *Consciousness and Cognition* (Hypnotic induction decreases anterior default mode activity, Settembre 2009).

Questo studio è stato condotto da un gruppo di ricercatori della Hull University (Inghilterra), coordinati da William McGeown e sono state individuate alcune aree del cervello che si attivano quando si è sottoposti a ipnosi.

Per condurre lo studio sono stati assoldati 17 volontari, 10 molto ansiosi e 7 poco ansiosi.

I ricercatori hanno monitorato l'attività celebrale dei pazienti quando si trovavano sotto ipnosi, non solo durante l'esecuzione di alcune attività previste dalla sperimentazione attraverso dei comandi ma anche nei periodi di riposo tra i compiti. In questa ricerca si è studiata l'attività del cervello di un soggetto sotto ipnosi a "riposo". William McGeown spiega che nelle ricerche condotte fino ad ora non era semplice capire se le modificazioni neurali fossero legate all'ipnosi o alle mansioni da loro effettuate.

Analizzando i dati raccolti attraverso la risonanza, i ricercatori hanno notato che rispetto al gruppo delle persone "poco ansiose", nel gruppo delle persone "più ansiose" si rilevava una minore attività celebrale nella corteccia prefrontale e parietale. McGeown evidenzia che quando si interrompe quest'attività cerebrale il cervello è più libero di concentrarsi su altri compiti, lasciando via libera agli stimoli procurati dall'ipnosi: i cambiamenti in quelle particolari aree del cervello sono indotti dall'ipnosi e non solo dal semplice rilassamento.

In conclusione, William McGeown spiega che i risultati di questo studio rafforzerebbero l'ipotesi che l'ipnosi aumenta il grado di attenzione della mente. Quando una persona, sotto ipnosi, sembra catalettica ed assente in realtà si trova in uno stato di massima attenzione per comprendere meglio le informazioni che l'interlocutore sta per darle.

6 L'APPLICAZIONE DELL'IPNOSI NELLA TERAPIA DI PROBLEMATICHE LEGATE ALL'ANSIA – CASO CLINICO

6.1 Dati Personali della Paziente

Al fine di rispettare il diritto all'anonimato della paziente, ho scelto per lei un nome fittizio.

Lara ha 23 anni e abita in un paese situato nel Nord Italia. Diplomata presso un Istituto Superiore in ragioneria, ora lavora come commessa in un paese balneare vicino a dove vive. Attualmente è single e vive coi genitori (il padre ha 56 anni e la madre ne ha 53) e con il fratello, sei anni più piccolo.

Dice di avere molti conoscenti ma pochi veri amici importanti e fidati. Riporta di avere un ottimo rapporto con la madre con cui si confida spesso rispetto a ciò che le accade nella vita.

Dice di essere molto spesso agitata e ansiosa e che questo la fa diventare nervosa.

In generale si descrive come una persona solare, espansiva (solo su certi aspetti in quanto ha un “senso del pudore marcato”, chiacchierona, leale e sincera. La sincerità, mi dice, è per lei uno dei valori più importanti, assieme alla fiducia, che sente di aver appreso nel corso della sua vita dai propri genitori.

Si definisce anche una ragazza troppo agitata e spesso nervosa tendente all'aggressività, che interpreta essere una sua corazza: sente di “partire sulla difensiva” con alcune persone in quanto, avendo una bassa autostima, pensa che le persone la vogliano attaccare.

Dice di essere appagata dalla sua vita in questo momento: il lavoro le piace, con i familiari va d'accordo, esce e si diverte con le amiche e che l'unico "neo", come lo definisce lei, è che sente ogni tanto la mancanza di avere una persona accanto. Ad oggi riporta che l'ansia è il suo problema principale e di essersi rivolta a me proprio per quello perchè non sente di poter continuare così.

6.1.1 Storia Familiare

Lara ha un fratello di 17 anni che frequenta una scuola superiore. Riferisce che al fratello, nonostante l'età minore, vengono concesse molte più libertà rispetto a lei.

Il padre di Lara ha 56 anni, ed è un imprenditore metalmeccanico. Lei dice di andare più d'accordo con la madre perchè con il padre ha un dialogo minore: la ascolta di meno e poi quando non si sente capita, finiscono a litigare. Mi riferisce che nel momento in cui si arrabbia con lui entrambi tendono ad alzare molto il tono di voce. Lo definisce come un uomo chiuso e introverso ma affidabile, su cui si può davvero contare. Riferisce che ciò che causa maggiormente i loro litigi è il fatto di avere un

carattere simile (seppur lei si definisca una ragazza solare, espansiva e chiacchierona).

La madre, 53 anni, fa la casalinga e viene descritta come una persona speciale, dal carattere tranquillo e attenta alla casa e alla famiglia. Con lei si trova molto bene e se deve confidarsi rispetto a dubbi o altro, lei è la prima persona a cui fa riferimento. La vede come un modello da cui prendere esempio nel caso un giorno avesse una famiglia anche lei.

Nel sistema familiare è inoltre la nonna paterna di 81 anni, che vive nella casa a fianco alla loro. Spesso mangiano assieme, la aiuta a tenere la casa in ordine e la descrive come una donna d'altri tempi (con i valori di un tempo) a cui vuole molto bene.

Le relazioni con il padre vengono descritte come più severe, spesso conflittuali e c'è mancanza di contatto fisico (assenti abbracci, carezze o altre forme di affetto esternato tramite gesti fisici).

Quando i genitori da piccola le facevano un complimento, le parole tipiche che utilizzavano erano simili ed erano: "bene" oppure "brava". Sotto a queste parole c'era una spinta a dare e fare del suo meglio, a scuola, così come nella vita in generale. Le sono stati vicini nelle scelte più importanti ed emerge che, specialmente il padre, è una persona molto protettiva.

Le relazioni con il fratello sono buone e Lara riferisce che bisticciano per cose futili come tutti ma che realmente litigano di rado.

6.1.2 Storia Relazionale

Lara riferisce di aver avuto una storia importante che è durata da quando aveva 19 a quando aveva 22 anni, mentre prima aveva avuto solo alcune frequentazioni che erano durate pochi mesi e concluse per incompatibilità caratteriali. Questo ragazzo, di 3 anni più grande, l'aveva conosciuto tramite amici in comune ad una festa e, dopo aver chiacchierato per buona parte della serata, si erano scambiati il numero. All'inizio, racconta, la storia andava molto bene, uscivano spesso e andavano d'accordo. Gli ultimi sei mesi, avevano iniziato a litigare spesso e hanno deciso di comune accordo che non era il caso di procedere. Lara riporta che erano arrivati all'esaurimento della loro storia, che non provavano più la stessa voglia di vedersi e che sempre più spesso preferivano uscire con gli amici invece che tra di loro. Ad oggi, sono rimasti in buoni rapporti e se capita, si vedono per un caffè. Lara dopo di lui ha avuto un'altra frequentazione durata circa sei mesi che però ha deciso di chiudere in quanto aveva scoperto che il ragazzo doveva partire per un erasmus all'estero. Ora dice di essere serena, di non essersi pentita di aver posto fine alla frequentazione anche perchè si vedevano poco e sentimentalmente non era molto presa da lui. Riferisce che le piacerebbe incontrare una persona con cui instaurare un rapporto duraturo.

6.1.3 Storia Evolutiva

Ricorda il periodo dell'asilo e dell'infanzia come abbastanza sereno.

Parlando dell'asilo, ricorda che giocava con gli altri bambini e che non ci sono particolari episodi che si ricordi.

Rispetto alle scuole elementari Lara riferisce che piangeva perchè non voleva fare i compiti.

Delle scuole medie e superiori, racconta che, nonostante non le piacesse studiare, sono passate in fretta e che il fatto di avere molte amiche le aveva reso più semplice il percorso. Le scuole superiori le aveva scelte vicino a casa e “semplici” (con questa parola intende l'aver scelto un percorso professionale). Le materie in cui andava meglio erano scienze della terra e geografia. *Prima di ogni verifica in classe, dice che la pervadeva un senso di ansia che la faceva stare anche male fisicamente provocandole tachicardia e senso di mancanza d'aria.* Questo le accadeva anche a casa quando doveva iniziare a studiare per preparare un'interrogazione o una verifica scritta. Pensando che fosse un momento passeggero, ciò che faceva era quindi di chiudere i libri e fermarsi un po' finchè non sentiva di essere più calma.

Nonostante questi problemi, è riuscita a diplomarsi senza perdere anni seppur con una media non particolarmente brillante. A lei sarebbe piaciuto andare meglio a scuola ma si rendeva conto che lo studio proprio non faceva per lei.

6.1.4 Storia Lavorativa

Dal termine delle scuole superiori ha sempre lavorato facendo “stagioni lunghe” (da inizio marzo a fine ottobre) come commessa in un negozio di abbigliamento che ha chiuso di recente.

Dopo la perdita del lavoro dice di aver risperimentato le sensazioni di ansia della scuola, che l'hanno spaventata in quanto non si sente in grado di poterle controllare. Attualmente lavora da circa due settimane come cassiera in un supermercato ubicato nella stessa località balneare del lavoro precedente. Durante il lavoro ha paura di sbagliare e le crea ansia il fatto di non avere ancora piena padronanza della cassa e di non sapere bene come poter risolvere i problemi nel caso si venissero a presentare. Più di qualche volta le è capitato che, pensando alle difficoltà lavorative, iniziasse ad andare in ansia e che a causa di questa, si dovesse chiudere in bagno per delle scariche improvvise di diarrea che poi la portavano a tardare al lavoro con la conseguente sensazione di inadeguatezza e il senso di colpa per aver fatto fermare di più la cassiera a cui doveva dare il cambio turno. Nonostante questo, in generale con i colleghi riporta un buon clima lavorativo e interpersonale.

6.1.5 Storia Medica

Lara non riferisce nulla rispetto alla storia medica: dice di non aver mai subito operazioni e di aver avuto solamente le tipiche malattie dei bambini durante l'infanzia.

6.2 Problema Presentato

Lara viene da me perchè vuole imparare a gestire l'ansia che la fa vivere male, sia a livello lavorativo che nella vita in generale. Mi dice sempre più spesso fatica a relazionarsi con le persone in quanto inizia ad essere ansiosa e questo la innervosisce e le fa credere di non essere capace di farcela da sola. Riporta di sentirsi in ansia troppo spesso e che questo la fa dormire poco e male (mentre prima si definiva una gran dormigliona). La sua richiesta è anche di fare un lavoro per innalzare la sua autostima che non è mai stata particolarmente alta. Sente in fondo di “non essere abbastanza nella vita” e che non sta bene con se stessa, nonostante tutto il resto più o meno vada bene.

6.3 Ipotesi

Le ipotesi che mi sono fatta rispetto al caso di Lara è che abbia dei tratti svalutanti verso se stessa, causati dal non sentirsi adeguata nella vita. Ipotizzo che l'incapacità di gestirsi nei momenti che le creano ansia vada a rafforzare l'idea di inadeguatezza e incapacità che ha verso di sè. Non ritengo che soddisfi a pieno i criteri per fare diagnosi di disturbo d'ansia, ma che semplicemente sarebbe opportuno per lei conoscere uno strumento che le permetterebbe di abbassarne i livelli andando così a rinforzare il suo senso di padronanza di sè.

6.4 Piano di Trattamento

Il modello teorico alla base del mio lavoro terapeutico è l'Analisi Transazionale ad approccio integrato. Esso pone al centro la persona come protagonista, con il suo vissuto ed i suoi personali significati.

Elaborato da Eric Berne, Psichiatra e Psicoanalista, alla fine degli anni '50 utilizza un linguaggio semplice e comprensibile anche a chi non ha conoscenze psicologiche per descrivere il funzionamento intrapsichico della persona e, mediante l'analisi delle transazioni, ovvero gli scambi, ed i giochi psicologici, anche delle dinamiche relazionali.

La personalità viene suddivisa in 3 Stati dell'Io: Genitore, Adulto e Bambino.

Ci sono momenti in cui la persona risponde alla realtà in modo coerente a ciò che accade nel qui-e-ora (Io Adulto) ed altre in cui ripropone modi di agire, sentire e pensare dei genitori (Io Genitore) o del bambino che è stato (Io Bambino).

Il disagio sentito dalla persona è derivato della "contaminazione" o "esclusione" di uno Stato dell'Io a scapito di un altro.

Una persona sana usa in modo consapevole e flessibile lo Stato dell'Io più adatto alla situazione.

IO GENITORE: è l'insieme di pensieri, comportamenti ed emozioni appresi dai genitori e dalle figure educative. La persona *in G.* tende a reagire, interpretare gli eventi e a comportarsi come ha visto fare alle figure genitoriali o di riferimento, rievocandole nella vita presente. Si manifesta sotto forma di Genitore Critico, Normativo o Affettivo verso se e/o gli altri. Ha funzione di guida attraverso atteggiamenti, regole, valori, giudizi. Può essere negativo, critico e svalutante o positivo ed offrire cura ed incoraggiamento.

IO BAMBINO: è l'insieme di pensieri, comportamenti ed emozioni tipici del bambino che siamo stati. Si manifesta mettendo in atto le stesse strategie infantili del passato facendo contatto con la logica, le paure, i bisogni e le fantasie di allora. Può essere Adattato (remissivo e compiacente), Ribelle (dispettoso e oppositivo) o Libero (giocoso e spontaneo).

IO ADULTO: è l'insieme di pensieri, comportamenti ed emozioni coerenti con il qui ed ora; è la parte razionale che si occupa di elaborare la realtà e che media *G. e B. interiorizzati*.

La teoria dell'A.T. è basata su un modello decisionale: ovvero ogni persona decide durante l'infanzia le proprie strategie di coping seppure lo faccia con capacità cognitive ed emotive limitate, un esame di realtà ridotto

e sotto l'influenza dei genitori e dell'ambiente in cui vive. Le decisioni prese "là-e-allora" rappresentano la modalità con cui quel bambino, e solo quello, è riuscito ad adattarsi all'ambiente e a garantirsi la sopravvivenza.

Tali modelli di comportamento infantili si trascinano fino all'età adulta e possono rivelarsi disfunzionali, controproducenti e persino dolorosi nel "qui-e-ora". Per tale ragione, da adulti è necessario rivalutare tali decisioni e sostituirle con altre più adeguate. Dato che ogni individuo ha deciso da sé il proprio piano di vita, ha anche il potere di cambiarlo, in qualsiasi momento e tanto più quando si è fatto adulto. Per ottenere questo cambiamento è necessaria la comprensione profonda dei messaggi e degli schemi appresi, coglierne l'utilità avuta per giungere alla decisione consapevole di sostituirli (ri-decisione) se non più funzionali. Solo in questo modo, il cambiamento può essere reale e duraturo.

Per Eric Berne il terapeuta non guarisce nessuno, egli però può aiutare la persona a rimettere in moto il proprio potenziale auto-curativo al fine di recuperare la propria autonomia ovvero la consapevolezza (la capacità di esser in contatto con il presente senza farsi condizionare dalle esperienze del passato), la spontaneità (la capacità di fronteggiare le situazioni potendo scegliere liberamente tra tutte le sensazioni, i pensieri e i comportamenti senza costrizioni utilizzando liberamente tutti e tre gli Stati dell'Io) e l'intimità (la capacità di condividere liberamente le emozioni, i

pensieri e i comportamenti con un'altra persona. E' l'intimità che permette alle persone di creare legami dando e ricevendo affetto).

6.5 Diagnosi

Per valutare i processi sottostanti ai suoi comportamenti, quindi le sue spinte e le sue ingiunzioni, la posizione esistenziale, eventuali giochi o ricatti, somministro a Lara il *Questionario di Rilevamento del Copione di Vita* (volto a delineare un piano di vita inconscio che si basa su di una decisione presa durante l'infanzia, rinforzata dai genitori, giustificata dagli avvenimenti successivi, e che culmina in una scelta decisiva). (*Appendice 1*).

Per un riscontro del grado di ansia autopercepita prima del trattamento, somministro la scala Self Anxiety State (SAS) di Zung (1971). (*Appendice 2*)

La SAS è composta da 20 item; il paziente deve valutare, su di una scala da 1 a 4, la frequenza con cui i sintomi descritti negli item si manifestano ("raramente", "qualche volta", "spesso", "quasi sempre"); per 5 item (n° 5, 9, 13, 17 e 19), che esplorano il benessere, il punteggio è opposto rispetto agli altri 15 che esplorano la sintomatologia ansiosa. Quest'accorgimento, secondo l'Autore, consente di ridurre il rischio che il paziente dia

meccanicamente lo stesso punteggio a tutti gli item; c'è però il rischio, sottolineato da Sheehan ed Harnett-Sheehan (1990), che alcuni pazienti, per problemi culturali, o per effetto dello stato ansioso, o per abitudine (tendenza a rispondere allo stesso modo a tutti gli item), non prestino sufficiente attenzione a questo dettaglio o non lo comprendano, ed anche questo può essere causa di errore, il che riduce la validità della scala.

Somministro la scala ogni 3 mesi per monitorare i risultati ottenuti (To, T1, T2...) e per permettere alla paziente di avere un dato scritto e osservabile dei miglioramenti ottenuti durante il percorso terapeutico.

6.6 Piano terapeutico

Con Lara andremo quindi ad esplorare, con rispetto dei suoi tempi, quali sono i momenti che la portano a sentirsi più in ansia. Andremo ad analizzare cosa sia l'ansia per lei, i pensieri svalutanti su se stessa che sente collegati a essa e le ripercussioni che hanno sulla sua vita attuale sia in ambito relazionale che emotivo. Andremo ad affrontare le situazioni che le provocano ansia o svalutazione del sé con esempi concreti e rivivificazioni. Valuteremo assieme la discrepanza esistente tra il Sé ideale e il Sé reale e i collegamenti con questo.

Importante sarà andare a valutare:

✓ le *spinte* - chiamate anche *controingiunzioni*, i.e. messaggi provenienti dallo stato dell'Io Genitore dei genitori reali , tipicamente

restrittivi che, se vengono seguiti, possono impedire la crescita e la flessibilità della persona;

✓ le *ingiunzioni* genitoriali ricevute durante la vita e le loro ripercussioni sul presente - messaggi provenienti dallo stato dell'lo Bambino del genitore reale, emessi in relazione alle sue sofferenze personali: infelicità, angoscia, delusione, rabbia, frustrazione, desideri segreti.

6.7 La differenza

Prima di conoscere il mondo dell'ipnosi, in accordo con quanto sostenuto da Wolpe, che è da tutti considerato come il padre di quella tecnica comportamentista chiamata “inibizione reciproca”, utilizzavo altre tecniche cognitive comportamentali per lavorare coi pazienti che presentavano sintomi ansiosi.

Le principali tecniche che utilizzavo erano:

- le visualizzazioni guidate in cui, attraverso la presentazione di particolari immagini, viene stimolato il rilassamento nel paziente;
- la respirazione circolare che consiste in una respirazione consapevole e di tipo diaframmatico che permette al paziente di eliminare gli spazi di apnea tra l'inspirazione e l'espiazione favorendo una respirazione continua e una distensione fisica e mentale;

- il rilassamento muscolare progressivo di Jacobson che è una tecnica, basata sull'alternanza di contrazione e distensione delle varie fasce muscolari in modo da permettere di tendere tutti i muscoli uno dopo l'altro.

Il principio che sta alla base dell'inibizione reciproca di Wolpe è conosciuto con il nome di desensibilizzazione sistematica. È possibile descriverla come fondata sul fatto osservabile che l'ansia e la tensione non possono coesistere con il rilassamento e le serenità mentali. Se un individuo viene reso ansioso sperimentalmente oppure lo diviene spontaneamente, e quindi viene indotto lo stato di rilassamento, l'ansia diminuirà e potrà arrivare persino a scomparire. Se questo ciclo viene ripetuto con sufficiente frequenza, l'ansia prodotta come reazione allo stimolo originario, anche se biologicamente appropriato, verrà definitivamente estinta.

Ora che ho conosciuto l'ipnosi, la utilizzerò all'interno della terapia AT per aiutare Lara nella gestione dell'ansia grazie a uno strumento mirato e costruito su di lei ed alle sue esperienze di vita, che può avere effetti molto veloci.

Nello stilare il piano di trattamento per il caso, ho fatto riferimento alle quattro fasi strategiche tipiche dell'Analisi Transazionale proposte da

Novellino e Moiso: alleanza, decontaminazione, deconfusione e riapprendimento.

Di seguito ne darò una spiegazione sintetica.

Alleanza

Scopo: all'inizio di questa fase viene chiarito il setting, cioè l'insieme delle regole che “il terapeuta fornisce al paziente per costruire un ambiente relazionale tecnicamente adatto al raggiungimento dei fini della terapia” (Novellino, 1998, 56).

Per arrivare a un contratto di lavoro adeguato, questa fase è fondamentale in quanto andremo a valutare le aspettative della paziente.

Obiettivo: Creare un setting terapeutico in cui Lara si senta al sicuro e ascoltata.

Inizialmente il paziente tenderà a relazionarsi dallo Stato dell'Io Bambino e, per stringere una buona alleanza, devo riuscire a far accettare il mio Stato dell'Io Adulto come Genitore per quello stato dell'Io Bambino.

Ho notato che durante il mio lavoro con altri pazienti è risultato essere forte per il legame anche rendermi disponibile per rispondere a domande rispetto alla professione, alla formazione o in linea generale (ovviamente se ritenute utili e pertinenti al percorso) e quindi, dopo averlo fatto anche con

lei ho visto che c'è stata più disinvoltura nei colloqui successivi e un'apertura maggiore nel raccontare di sé.

Durante i colloqui utilizzo *l'ascolto attivo* e l'analisi del sistema di riferimento del soggetto, facendo in modo che si senta accolta in un ambiente sicuro, all'interno di una relazione non giudicante.

Tecniche: utilizzo le tecniche dell'AT quali le parafrasi, le verbalizzazioni, le domande chiarificatrici, quelle esplorative fornendo se necessari, carezze e permessi.

Con Lara valuto anche l'uso di tecniche supplementari, quali l'EMDR per l'installazione di risorse positive al fine di rafforzare le qualità che già possiede e che le possono essere utili per affrontare le situazioni che nel presente causano maggiore disagio, come ad esempio il prendersi lo spazio nei gruppi per esprimere la sua opinione.

La mia volontà è di sperimentarmi sull'uso dell'ipnosi clinica e della comunicazione ipnotica per la gestione dell'ansia. Di riflesso potrebbe avere un duplice beneficio: il recupero del controllo dei propri stati interni effettuato con l'ipnosi estende il controllo a molte altre attività, restituendo alla persona fiducia e capacità rispetto alle proprie risorse.

L'ipnosi si configura quindi non solo come un valido aiuto nel superare la sintomatologia ansiosa, ma anche come strumento di autoaffermazione. Durante il trattamento auspico dunque che Lara, attraverso il controllo appreso, riprendendo in carico il controllo di se stessa, riaffermi in contemporanea la padronanza di sè.

Decontaminazione

La fase della decontaminazione “è un processo cognitivo, emotivo e corporeo tramite il quale il soggetto diventa capace di riconoscere gli elementi contaminati dei propri Stati dell'Io e separarli” (Novellino, 1998).

L'accesso allo Stato dell'Io non contaminato è fondamentale in questa fase.

Scopo: riallineare i confini tra lo Stato dell'Io Genitore, Adulto e Bambino; favorire la consapevolezza rispetto alle spinte e alle ingiunzioni ricevute dallo Stato dell'Io Genitore permettendo a Lara di trovare strategie più adeguate, nel qui e ora, per affrontare il quotidiano. E' importante andare a creare un Io osservante, importante alleato anche per la fase della deconfusione.

Deconfusione

“La deconfusione segue la decontaminazione come fase centrale dell'analisi transazionale. Essa consiste nell'analisi sistematica dei conflitti presenti nel Bambino (Berne,1966)” (Novellino,1998).

Scopo: fare in modo che avvenga una ristrutturazione dello Stato dell'Io Genitore che Lara ha introiettato.

Obiettivo di questa fase, è promuovere un dialogo esternalizzato tra lei, Stato dell'Io del Genitore Affettivo e Stato dell'Io Bambino, che fosse antitetico al dialogo interno dello Stato dell'Io Genitore Critico.

Riapprendimento

In questa fase si verificano e si stabilizzano i cambiamenti avvenuti nelle fasi precedenti.

6.8 Contratto Terapeutico

Il Contratto terapeutico che abbiamo esplicitato per il percorso è: "Voglio imparare a gestirmi meglio, controllare l'ansia e lavorare per aumentare la mia autostima al fine di migliorare la mia qualità di vita".

6.9 Lavoro Terapeutico Svolto ad Oggi (la paziente è ancora in terapia)

Il primo contatto è telefonico, effettuato dalla paziente stessa su consiglio di un amico che avevo seguito l'anno precedente. Durante la telefonata, il tono è piuttosto basso e l'eloquio è veloce.

Al primo colloquio, arriva puntuale, la accolgo e noto che siede in sala d'aspetto un pò rinchiusa su di sè con le spalle in avanti e tenendo sulle ginocchia la borsetta. Di corporatura normopeso, circa 1,65 cm, capelli corti con un ciuffo biondo portato lateralmente, mi saluta con un sorriso.

Appare lucida e orientata nello spazio e nel tempo. Curata nell'aspetto, ha le idee chiare sui motivi che l'hanno portata a rivolgersi a me. Volendo riprendere il controllo della sua vita, vuole imparare a gestire l'ansia e a essere meno nervosa, cose che per lei sono strettamente collegate.

Inizialmente fa fatica a parlare in modo libero, rilassato, autonomo e afferma di preferire delle domande specifiche rispetto alla possibilità di raccontarsi in modo spontaneo. Tende a non raccontare nulla in più di quanto strettamente richiesto e ciò mi permette di ipotizzare che abbia ricevuto l'ingiunzione "Non essere intima psicologicamente".

Come controingunzione ho ipotizzato fosse presente un forte “Compiaci” in quanto mi riportava che per lei il parere degli altri è stato sempre importante per la valutazione di se stessa.

Lara mi riferisce di non essersi mai rivolta a una psicologa prima e di non sapere bene come si svolge un percorso terapeutico. Le spiego quindi a grandi linee la struttura del lavoro: gli incontri saranno a cadenza settimanale, nel caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento fissato, le chiedo di avvisare almeno 24 ore prima.

Le spiego che lo strumento principale d'intervento sarà il colloquio clinico della durata di 50 minuti e che la psicoterapia sarà ad orientamento umanistico esistenziale integrato. Comunico a Lara che sono tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e che mi atterrò al segreto professionale e alla riservatezza di tutti i dati di cui verrò in possesso. terminate le spiegazioni le ho fatto leggere e firmare il consenso informato di cui ho consegnato una copia.

6.10 Psico-Diagnostica

- Scala di Autovalutazione dell'Ansia di Zung - punteggio ottenuto a To è di 62 (= ansia elevata).
- Dal questionario di copione risulta che nella sua vita ha ricevuto pochi complimenti che esaltassero le sue qualità legate all'essere ma,

principalmente venivano legati al risultato delle prestazioni. Ciò, specialmente nell'ambito scolastico dove risultava carente, la faceva sentire non apprezzata dai propri genitori.

Non riceveva particolari critiche dai genitori ma la loro assenza non colmava la mancanza di complimenti. La raccomandazione principale dei genitori era di non agire mai d'impulso ma di pensare sempre prima e di valutare e ponderare tra le varie scelte. Emerge anche la spinta "Sii perfetta", specialmente in relazione al rapporto con il padre, che ogni volta in cui Lara si impegnava a fare qualcosa, si sentiva dire che avrebbe potuto farla meglio.

Ciò che non le piace di lei è il fatto che si accorge di avere degli sbalzi d'umore e di essere sempre ansiosa e agitata. Ciò che le hanno insegnato di più i genitori sono i valori che possiede e per la cui trasmissione è grata loro. Rispetto al giudizio altrui, riferisce che per lei è importante, in quanto, se una persona la vede di buon occhio, lei si sente bene. Aggiunge poi, che si sente a disagio quando si trova davanti a persone appena conosciute perchè vorrebbe sapere da subito l'opinione che si sono fatte su di lei, per poter stare più tranquilla e sentirsi accettata.

6.11 Trattamento

Abbiamo inizialmente affrontato tutte quelle che erano le situazioni che le creavano ansia e abbiamo analizzato nei dettagli la qualità dei suoi pensieri rispetto a questi. Nel corso degli incontri abbiamo lavorato anche sul senso che l'ansia aveva per lei, ovvero di tenerla bloccata in comportamenti che per lei erano sicuri e dai risultati già conosciuti.

Le ho insegnato la respirazione diaframmatica (addominale) in quanto, quando si è in un momento di nervosismo o di ansia, per esempio, il respiro comincia a farsi superficiale, veloce, molto ritmato e si utilizzano prevalentemente i muscoli intercostali a discapito del diaframma. La respirazione è altresì importante per avere una postura corretta che comunica agli altri molto di noi.

Respirare nel modo corretto scatena una reazione a catena sul nostro fisico e sulla nostra mente in grado di migliorare la nostra sicurezza e l'immagine che gli altri vedono di noi. Questo particolare tipo di respirazione inoltre, è utile da insegnare ai pazienti che soffrono di stati d'ansia o di stress perchè ha molti benefici: oltre a migliorare la postura, migliora il funzionamento dell'apparato digerente, migliora l'ossigenazione del sangue, riduce i livelli di stress, aumenta la vitalità ed infine è profondamente rilassante.

Lara, ha acconsentito volentieri dapprima a farsi spiegare e poi a provare questo tipo di respirazione, che le è riuscita abbastanza bene da subito.

Abbiamo impostato il lavoro terapeutico su due binari distinti: una parte contenente esercizi di pratica e una relativa ai colloqui dove analizzare, comprenderne l'origine e decontaminare i pensieri e i comportamenti automatici disfunzionali presenti in lei.

Terminata la parte della respirazione, le ho raccomandato di esercitarsi giornalmente, un pò alla volta (per evitare episodi di iperventilazione) al fine di acquisire una buona pratica. Il mio consiglio era di praticare la respirazione addominale per 3 volte al giorno per poche respirazioni finchè sentiva di essere calma e rilassata e di portare attenzione alle sensazioni fisiche e mentali percepite prima-durante e dopo l'esercizio e che la seduta successiva ci saremmo prese uno spazio per parlarne.

Già da subito la paziente si è resa conto che con questo semplice e veloce esercizio (che l'aveva lasciata un pò perplessa) aveva riscontrato dei grossi benefici, che a suo dire, l'avevano spinta a sentire che forse poteva iniziare a pensare che sarebbe davvero riuscita a gestirsi meglio.

Nel corso degli incontri successivi le ho insegnato a rilassare il corpo grazie al rilassamento muscolare di Jacobson (RMPJ). Questa tecnica è basata sull'alternanza contrazione/rilasciamento di alcuni gruppi muscolari. Ideata negli anni trenta dal medico e psicofisiologo

statunitense Edmund Jacobson e illustrata nel 1959 in "How to relax and Have your baby" , nasce dalla volontà di sciogliere rapidamente stati di tensione, di ansia o di stress.

Il connubio di queste due tecniche ha permesso a Lara di sentirsi meno ansiosa e i primi miglioramenti sono stati tangibili e osservabili: ha ripreso a dormire meglio svegliandosi solo ogni tanto e i momenti di forte ansia si sono ridotti.

Questi suoi passi avanti hanno permesso il rafforzarsi dell'alleanza terapeutica e quindi di creare un rapporto idoneo all'utilizzo della pratica ipnotica in accordo con quanto affermava Erickson (1948) ovvero, che la relazione ipnotica si basa su una reciproca fiducia tra ipnotista e soggetto, che sta alla base della loro collaborazione: dal momento che l'esperienza ipnotica è molto individuale, in cui solo il soggetto può mettere in atto una riorganizzazione interna di sé che riesce a portare a termine esaustivamente solo in ambiente favorevole.

All'inizio Lara si era mostrata titubante all'idea di una seduta d'ipnosi in quanto non sapeva bene in cosa consistesse. In un clima di accoglienza, ho ascoltato i dubbi e le perplessità che presentava rispondendo alle domande che mi poneva e assicurandomi di essere sufficientemente esaustiva.

Una volta capito che durante la seduta ipnotica non sarebbe stata incosciente e che attraverso l'ipnosi e l'autoipnosi sarebbe stato possibile accedere alla sua dimensione inconscia, emotiva e più profonda, ha

accettato e mi ha fatto anche alcune domande per capire meglio cosa sarebbe accaduto. Le ho spiegato che l'ipnosi è un'occasione per aumentare il controllo sullo stress, dolore, tensione muscolare, percezione, ricordi, spostamenti tra gli stati mentali e sulle emozioni (Spiegel, 2012). L'ho anche rassicurata sul fatto che nello stato di ipnosi, la sua volontà non sarebbe in nessun modo annullata, ma selettivamente focalizzata su ciò che le avrei comunicato e che anche nello stato più profondo, ci sarebbe sempre stata una parte vigile della sua coscienza (Regaldo, 2011).

Dal momento che l'ipnosi è un meccanismo naturale attraverso cui l'attività mentale non viene più rivolta verso l'esterno ma verso l'interno del soggetto oppure che trasforma l'attenzione diffusa in focalizzata, alla prima seduta d'ipnosi ci siamo concentrate sulla sensazione di rilassamento, portando l'attenzione al semplice "stare".

Le ho chiesto di mettersi in una posizione comoda, sul lettino, e ho utilizzato una tecnica di induzione chiamata *Eye-Roll* (Spiegel & Spiegel 2004) che consente di avere delle rapide indicazioni circa l'ipnotizzabilità del soggetto, attraverso l'osservazione del grado della sua rotazione oculare, quindi dell'ampiezza della sclera (Spiegel, 1972). Ho quindi chiesto a Lara di focalizzare la sua attenzione in modo da permetterle di eliminare dal campo della coscienza gli elementi distraenti periferici e concentrarsi appieno.

“Ora che sei distesa su questo comodo lettino, lascia che il tuo corpo faccia tutti gli aggiustamenti necessari che gli servono per trovare la posizione ideale... ora potrai sentire come sia piacevole abbandonarti completamente... lasciarti andare... le palpebre sono pesanti, tutti i muscoli del tuo corpo sono pesanti, rilassati e l'unica sensazione che puoi notare è il dolce cullare del tuo respiro: l'aria fredda, benefica che entra e quella piacevolmente calda che esce lasciando il tuo corpo e rendendoti ancora più calma e rilassata, mentalmente e fisicamente...”

Nonostante la sua apparente complessità, lo stato ipnotico è un fenomeno del tutto fisiologico, utilizzato quotidianamente quando siamo profondamente concentrati in qualche attività, non accorgendoci di quanto succede intorno a noi.

Dopo aver sperimentato in studio lo stato ipnotico, Lara riferisce di essersi sentita molto bene, di non essere abituata a "fermarsi così completamente" ma di essere soddisfatta.

Abbiamo poi iniziato a fare durante le sedute successive un lavoro ipnotico rivolto al potenziamento del suo Io.

Le ho proposto per iniziare, il Posto al Sicuro.

Dopo essersi sdraiata ed essere tornata in stato ipnotico, le ho chiesto di posizionarsi in un luogo a sua scelta, un luogo che le desse sensazioni positive e dove si sentisse e al sicuro. Le ho chiesto di descrivermelo e di

riferirmi le sensazioni e le emozioni che le scaturivano stando lì e portando la sua attenzione a quel luogo.

Lara: "sono in una capanna di paglia al mare, con il pavimento di vetro oltre il quale posso vedere l'acqua che è cristallina e ci sono tanti pesci colorati. Sono seduta su questo pavimento e guardo il mare sotto di me. Fuori c'è il sole e il cielo è azzurro, limpido, non c'è nessuna nuvola. Sento il rumore lento delle onde, e il verso degli uccellini. Ci sono delle persone in lontananza, che passeggiano. Fa caldo, ma è un caldo giusto, non afoso. Fuori della casetta, per arrivare alla spiaggia, c'è un pontile di legno. C'è una sabbia soffice, color quasi grigio ed è tiepida, piacevole sotto i piedi"

Chiedo a Lara quale sia la sua sensazione stando in quel posto e mi dice che è di completo rilassamento; le chiedo a livello corporeo dove sente quella sensazione e mi risponde che è sulla totalità del suo corpo, ovunque; le chiedo infine di collegare quella sensazione con il gesto di ancoraggio dell'unione del pollice e dell'indice della sua mano sinistra e le dico che ogniqualvolta avesse bisogno di sentirsi ancora così rilassata, dovrà ripetere il gesto e automaticamente, la sensazione di rilassamento completo riaffiorerà in lei.

Dopo il riorientamento, le ho chiesto di provare a ripetere da sola il gesto in modo da accertarsi di essere in grado di provare la stessa sensazione in maniera autonoma in autoipnosi. Dopo averci provato, mi ha riferito che per lei era più semplice seguire la mia voce ma che, nel momento in cui si è

concentrata sui rumori esterni, specialmente sul soffio prodotto dal purificatore dell'aria, e sul ritmo del suo respiro, dopo un pò, aveva notato che ci era riuscita.

Nelle sedute successive le ho chiesto, visto che aveva imparato a rilassare la mente, di iniziare rilassare il corpo, facendo una sorta di *body-scan* mentale: in stato di trance, la suggestione era di poter sentire, a partire dalla testa, come lentamente tutte le tensioni si sciogliessero e i muscoli si rilassassero, diventando, pesanti e rilassati:

"e come puoi sentire la tua testa che è appoggiata sul cuscino, puoi sentire le tue palpebre che sono pesantemente chiuse sui tuoi occhi..così tanto pesantemente che anche se volessi aprirle, ti accorgeresti che non ci riusciresti...e come le tue palpebre sono chiuse, pesanti e rilassate, puoi sentire che anche la tua schiena è appoggiata per la sua totalità al lettino... puoi sentire le tua gambe e le tue braccia, che sono diventate pesanti e distese, così come pesanti ora avverti i tuoi piedi e le tue mani... e in questa pesantezza provi una grande calma... perchè autonomamente, sei stata capace di lasciarti andare e di rilassarti in questo modo... solo grazie a te e alle tue capacità... "

Per rinforzare ulteriormente la risorsa esplorata in seduta, oltre all'ipnosi ho utilizzato anche qualche set lento di movimenti oculari (EMDR). Entrambe le tecniche sono molto valide per l'installazione di risorse

“mancanti”o indebolite, ed in questa circostanza mi è parso opportuno avvalermi della loro possibile complementarità.

Capita sovente che le persone che sono ansiose pensino di non avere valore dentro di sé, di non essere capaci di fare qualcosa di positivo e abbiano bisogno, prima di elaborare questi problemi, di avere una base sicura, di pensare che ce la possono fare a reggere le emozioni negative, di stabilire al proprio interno un luogo dove si sentono in grado di controllare i sentimenti che altrimenti rischierebbero di sopraffarle.

Quindi ho chiesto a Lara di ascoltarsi, di pensare a lei e di scrivere su un foglietto dieci sue caratteristiche positive, così come le venivano alla mente e di prendersi tutto il tempo che le serviva per fare il compito senza fretta e con attenzione. Inizialmente, le prime 5 sono state immediate, trovare le altre invece, ha creato in lei qualche difficoltà. I 10 aggettivi (risorse) che la rispecchiavano meglio erano: sincera, onesta, buona, altruista, solare, dolce, spontanea, caparbia, sensibile, empatica.

Il compito successivo era di ordinarle da quella che maggiormente sentiva che la rispecchiava, a quella meno. L'ordine era diventato: buona, empatica, onesta, altruista, sincera, spontanea, dolce, sensibile, solare, caparbia.

Le ho chiesto di rilassarsi e a occhi chiusi, di immaginare la sua immagine riflessa allo specchio e le ho riletto tutte le qualità che si era riconosciuta dicendo per ognuna di esse "Lara è...". Al termine dell'esercizio le ho

chiesto di dirmi come si sentiva e la sensazione era stata di vedere la sua immagine sempre più bella allo specchio.

Procedendo con il rinforzo dell'Io, Lara mi ha riportato che nella sua quotidianità si sentiva più rilassata, che praticava giornalmente la respirazione circolare con la frequenza di una volta durante il giorno e la sera, andava in autoipnosi prima di addormentarsi ma mi aveva riportato che le era più semplice e il grado di rilassamento era più profondo quando era in studio con l'aiuto della mia voce.

Abbiamo concordato quindi di registrare una seduta in cui rilassava tutto il corpo e la mente, e poi di utilizzarla la sera con le cuffie prima di dormire.

Invece di contare alla rovescia per riaprire gli occhi, mi era stato suggerito durante il corso in una delle lezioni pratiche dalla Dott.ssa Garosci di chiudere la registrazione in una duplice modalità grazie a una frase tipo:

"e ora che puoi sentirti completamente rilassata e tranquilla, se stai ascoltando questo nastro di giorno, riprenderai la tua quotidianità sentendoti carica di energie mentre se lo stai ascoltando di sera, prima di addormentarti, lo lascerai finire e, al termine, semplicemente ti rilasserai così tanto che dormirai profondamente, talmente profondamente che, svegliandoti domattina, sarai perfettamente distesa, riposata e serena".

I risultati che mi ha riportato a seguire sono stati per lei soddisfacenti: durante la notte non si svegliava più e anche la qualità del sonno era notevolmente migliorata nel giro di un paio di settimane. Lara mi riporta che ad oggi si addormenta piacevolmente con l'ausilio del nastro ma che spesso riesce ad arrivare allo stesso grado di rilassamento anche semplicemente utilizzando il comando di ancoraggio.

Durante un colloquio in cui abbiamo analizzato meglio il tipo di pensiero disfunzionale alla base della sua autopercezione come persona incapace di fare determinate cose, abbiamo visto che tendeva a leggere negli altri ciò che lei pensava di se stessa, attuando una proiezione del suo pensiero come verità assoluta. Facendo un lavoro di decontaminazione rispetto a questo, quindi riflettendo sulla sua tendenza a porsi in una visione di posizione esistenziale del tipo "Io non sono ok, tu sei ok", tipica tra l'altro delle persone con autostima bassa, abbiamo utilizzato in una seduta d'ipnosi una suggestione che mi ha riferito l'ha "toccata molto".

In questa seduta, dopo che Lara era tornata in uno stato di coscienza modificata in maniera autonoma, le ho detto: *"ora puoi vedere davanti a te un fiore, un fiore bellissimo, del colore e della forma che più ti piace... quel fiore è la tua fiducia in te, il tuo sentirti capace di farcela... e quel fiore sboccia e tu sbocci... sbocci come quel fiore. Ora stringi il tuo pugno destro e tienilo in mano quel fiore. Quando stringi il pugno, avrai tenuto*

in mano, stretta, la tua fiducia in te, la tua sicurezza in te e nelle tue capacità... stringi e mentre stringi puoi sentire la forza che si sviluppa. Mettici il fertilizzante e fallo fiorire quel fiore, in mano tua, e facendolo fiorire, fiorisce la tua sicurezza nelle tue capacità..."

Questa seduta, oltre che a rafforzare l'Io di Lara, le ha permesso di vedere se stessa come l'ingranaggio che le permette davvero di essere l'artefice del suo cambiamento.

Mi ha riportato che nei giorni a seguire, quando andava in crisi e si sentiva in ansia perchè temeva di non essere in grado, cercava di riportare alla mente l'immagine di quel fiore e questo le dava la carica. In questo caso ho ritenuto opportune suggestioni ipnotiche indirette, che si avvalgono di metafore e che lentamente portino ad una ristrutturazione e un rafforzamento dell'Io. (Frausin, 2010)

Rispetto ai sintomi fisici che l'essere in ansia provocava in Lara, abbiamo inserito all'interno del Posto al Sicuro una parte costruita appositamente. Ciò che lei riportava in particolare, oltre la tachicardia e il senso di stretta allo stomaco, era la necessità di correre in bagno e questo la rendeva in imbarazzo facendola sentire insicura di sè e non in grado di gestire se stessa. Molto utile si è rivelata la possibilità di inserire la suggestione del fiume dove, così come lei era in grado di far rallentare le acque di un fiume impetuoso fino a renderle calme e tranquille, allo stesso modo poteva fare con il suo intestino: rallentarlo e gestirlo.

Dal momento che l'ipnosi può essere utilizzata in clinica per trattare uno specifico disturbo somatico, per il disturbo riferito da Lara, ho ritenuto più utili suggestioni sia dirette che indirette, che facessero leva sulla capacità della mente di influire sul soma grazie al monoideismo plastico.

Nel corso di colloqui successivi, abbiamo portato maggiore attenzione sul senso che la gestione del sé aveva per Lara, andando a eviscerare le situazioni che la facevano sentire maggiormente in difetto. Abbiamo installato nuove risorse con metafore associate a questo scopo e poi, grazie all'ipnosi progressiva, Lara ha potuto sperimentare la stessa situazione che prima la faceva sentire indotta e incapace, in modo totalmente diverso: con la sensazione di essere in grado di poterla gestire in modo adeguato.

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV. (2014). DSM- V Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Masson, Milano.
- Berne, E. (1961). Analisi Transazionale e psicoterapia. Astrolabio, Roma.
- Berne, E. (1966). Principi di terapia di gruppo. Astrolabio, Roma.
- Berne, E. (1962). A che gioco giochiamo. Bompiani, Milano.
- Berne E. (1972). Ciao! E poi? Bompiani, Milano.
- Casiglia, E. (2015). Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza. Cleup.
- Chertok, L. (2005). L'ipnosi. teoria, pratica, tecnica. Roma. Edizioni Mediterranee.
- Clinical Consult. Journal of American Society of Consultant Pharmacist 1966, vol.11.
- Ducci, G. (2000). La relazione terapeutica in ipnosi. In C. Loriedo, & W. Santilli, La relazione terapeutica. Milano: Franco Angeli
- Erickson, M. H. (1978). Le nuove vie dell'ipnosi. induzione della trance, ricerca sperimentale, tecniche di psicoterapia. Roma: Astrolabio.

- Erickson, M. H. (1983). *A scuola di ipnosi*. Torino: Boringhieri.
- Erickson, M. H. (1984). *L'ipnoterapia innovatrice*. Roma, Astrolabio.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1985). *L'esperienza dell'ipnosi. Approcci terapeutici agli stati alterati*. Roma, Astrolabio.
- Faymonville, M.E., Boly, M. e Laureys, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology, Paris*.
- Ferracuti, S., Cannoni, E., De Carolis, A., Gonella, A., & Lazzari, R. (2002). Rorschach measures during depth hypnosis and suggestion of a previous life. *Perceptual and Motor Skills*.
- Frischholz, E. J., & Nichols, L. E. (2010). A historical context for understanding an eye roll test for hypnotizability by herbert spiegel. *American Journal of Clinical Hypnosis*.
- Fromm, E. e Nash, M.R. (1997). *Psychoanalysis and Hypnosis*, Madison. International Universities Press, Inc.
- Granone, F. (1980). *Trattato di ipnosi*. Torino.
- Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi (VI ed.)*. Torino.
- Jacobson, E. (1959). *How to Relax and Have Your Baby*.
- Krain, A.L., Gotimer, K., Hefton, S., Ernst, M., Castellanos, F.X., Pine, D.S., et al. (2008). A functional magnetic resonance imaging

investigation of uncertainty in adolescents with anxiety disorders.
Biol Psychiatry.

- McGeown, W.J., Mazzoni, G., Venneri, A., Kirsch, I. (2009). Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Consciousness and Cognition*.
- Monk, C.S., Telzer, E.H., Mogg, K., Bradley, B.P., Mai, X., Louro, H.M., et al. (2008). Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*.
- Nash, M. & Baker, E. (2010). Hypnosis and the treatment of anxiety disorders.
- Novellino, M. (1998). L'approccio clinico all'Analisi Transazionale. Epistemologia, metodologia e psicopatologia clinica., Franco Angeli, Milano, 2001.
- Novellino, M. (2004). Psicoanalisi Transazionale, Franco Angeli, Milano
- Novellino, M. (2010). Seminari clinici. La cassetta degli attrezzi dell'analista transazionale. Franco Angeli, Milano.
- Rachman, S. (2004). L'ansia. Editori Laterza, Roma.
- Regaldo, G. (2011). Ipnosi e libero arbitrio. In E. Casiglia: Decisione, volizione, libero arbitrio. Padova: Libreria Padovana.

- Shapiro, F. e Fernandez, I. (2003). EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari.
- Spiegel, D. (2012). Tranceformation and Hypnotizability: Hypnotic Induction as a Deduction.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Spielberger, C.D. (1996). Anxiety and behaviour. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. New York: Academic Press.
- Spielberger C.D. (1983), Manual for state-trait anxiety inventory, California: Consulting Psychologists-Press.
- Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition.
- Zung, W.W.K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics.

APPENDICE 1

Questionario di Rilevamento del Copione di Vita

QUESTIONARIO DI RILEVAMENTO DEL COPIONE

Descrivi brevemente tua madre.
Descrivi brevemente tuo padre.
Cosa ti dice tua madre quando ti fa un complimento.
Cosa ti dice quando ti critica?
Qual è la sua principale raccomandazione?
Cosa ti dice tuo padre quanto ti fa un complimento?
Cosa ti dice quando ti critica?
Qual è la sua principale raccomandazione?
Qual era la cosa che tua madre diceva più spesso sulla vita?
Cosa vuole tua madre che tu sia?
Cosa vuole tuo padre che tu sia?
Cosa ti piace di più di te?
Cosa ti piace di meno di te?
Sei più vicino a ciò che vuole tua madre o a ciò che vuole tuo padre?
Quando eri piccolo che cosa ti hanno detto di fare i tuoi genitori?
Che cosa ti hanno insegnato a fare?
Che cosa ti hanno proibito di fare?
Quali sentimenti, pensieri o atteggiamenti non dovevi rivelare nell'infanzia?
Vi era qualche altro adulto a casa prima che tu avessi dieci anni?
Descriviti brevemente.
Che cosa dici e credi della vita ora?
Che cosa dicevi e credevi della vita da adolescente?
Che cosa dicevi e credevi della vita quanto hai iniziato la scuola elementare?
Qual è il sentimento negativo che hai più spesso?
Quando ricordi di averlo sperimentato per la prima volta?
Descrivi le circostanze correlate più spesso con questo sentimento.
Quale sintomo fisico hai spesso?
Quale sentimento hai più frequentemente quando sei preoccupato o a disagio?
Quando tua madre era preoccupata come lo dimostrava?
Ti capita spesso di sentirti scontento dopo aver interagito con una persona? Se sì, descrivi una situazione tipica.
Cosa farai fra cinque anni se le cose continueranno ad andare come ora?
Come pensi che potresti morire?
Cosa ci sarà scritto sulla tua tomba?
Quale sarà l'ultima parola delle persone che conosci?
Da piccolo cosa hai deciso sulla tua vita futura?
Hai deciso di fare sempre e comunque una certa cosa?
Qual era la tua storia preferita da piccolo?
Quale parte ti piaceva di più?
Cosa vorresti che avesse fatto di diverso tua madre?
Cosa vorresti che avesse fatto di diverso tuo padre?
Se per magia tu potessi cambiare qualcosa di te, cosa cambieresti?
Cosa desideri maggiormente dalla vita?
Qual è il tuo problema più grande?
Cosa vuoi cambiare di te stesso durante la terapia?
Come possiamo sapere io e te che hai raggiunto le tue mete?
Come pensi che finirà il tuo trattamento?
Cosa deve accadere prima che tu migliori?

APPENDICE 2

Scala Self Anxiety State (SAS) di Zung

SCALA di autovalutazione dell'ansia di W. W. K. Zung (Self-rating Anxiety Scale)

Per ognuno dei 20 sintomi descritti scegli il settore della frequenza più adatta al tuo caso e fai una croce sul punteggio indicato. (Attenzione: 5 sintomi hanno, come è logico, il punteggio al contrario). Al termine somma le 20 cifre e scrivi nella casella al fondo il tuo punteggio totale.

- 1 = Raramente
- 2 = Quasi sempre
- 3 = Qualche volta
- 4 = Spesso
- 5 = Quasi sempre

1. Sono più ansioso del solito.
2. Ho paura senza motivo.
3. Mi sento turbato facilmente ed ho paura.
4. Sento che va tutto bene e che non succederà niente di male.
5. Mi sento a pezzi.
6. Mi tremano le gambe e le braccia.
7. Soffro di emicranie, mal di collo e mal di schiena.
8. Mi sento debole e mi stanco con facilità.
9. Mi sento calmo e riesco a stare seduto facilmente.
10. Sento il cuore battere forte.
11. Soffro di capogiri.
12. Mi sento svenire.
13. Respiro con facilità.
14. Sento intorpidimento e formicolio nelle dita.
15. Soffro di mal di stomaco e di cattiva digestione.
16. Devo spesso urinare.
17. Ho le mani di solito calde e asciutte.
18. Arrossisco facilmente.
19. Mi addormento facilmente e riposo bene.
20. Ho degli incubi.

