

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA SPERIMENTALE
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

C.I.I.C.S.

Corso Ferrucci 8 – Torino
Fondatore: Prof. F. Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2012

TESI:

**“Utilizzo di tecniche d’induzione ipnotica con
pazienti con disturbo psichiatrico. Esperienza
con una persona inserita in Comunità
Psichiatrica.”**

RELATORE: Giovanni PIRETTO

Torino 27 ottobre 2012

Indice

1. Premessa	pag. 3
2. Introduzione	pag. 3
3. Ambito d'intervento: la Comunità terapeutica	pag. 4
4. Fulvio Anamnesi Remota	pag. 6
5. Fulvio Anamnesi Recente	pag. 7
6. Colloqui	pag. 8
7. Riflessioni	pag. 13
8. Bibliografia	pag. 15

PREMESSA

Questa ricerca riguarda l'esperienza dal sottoscritto nella relazione terapeutica con un paziente sofferente di un disturbo psichiatrico grave inserito presso una Comunità Psichiatrica dell'Azienda Sanitaria Locale Piemontese.

L'esperienza dell'utilizzo delle tecniche ipnotiche e in specifico delle sequenze caratteristiche dell'induzione ipnotica, durante le sedute di colloquio con il paziente, mi ha permesso di interrompere un'empasse relazionale con conseguenti efficaci miglioramenti nel soggetto coinvolto.

L'inizio dell'approccio è stato compiuto dal sottoscritto con modalità intuitive per poi, in seguito alla conoscenza delle tecniche ipnotiche, essere utilizzato con maggior consapevolezza nella fase terminale.

Durante la presente ricerca il paziente verrà indicato con un nome di fantasia: Fulvio

INTRODUZIONE

L'induzione ipnotica è una sequenza di tecniche e strategie utilizzate per:

1. **creare o rinforzare una relazione di fiducia tra ipnotizzatore e persona da ipnotizzare**, tra persona che guida e persona che si lascia guidare, tra persona che protegge e persona che si abbandona.

L'elemento fondamentale che si tende ad instaurare è un legame di fiducia tra le due persone; fiducia come "sentimento di sicurezza che deriva dal confidare senza riserve in qualcuno o qualcosa"; fiducia come elemento basilare, imprescindibile in qualsiasi relazione terapeutica.

Il paziente psichiatrico è estremamente difeso per quanto riguarda l'attivazione di un processo di fiducia verso l'altro. Avvicinarsi empaticamente ad un'altra persona può generare vissuti fantasmatici di invasione, di identificazione con perdita dei propri confini e conseguente perdita d'identità; pertanto, in un paziente psichiatrico si può assistere o ad una fiducia totale con la creazione di un'identificazione assoluta con l'altra persona o altalenante che oscilla continuamente tra avvicinamento

(fiducia totale) e un successivo drastico allontanamento (squalifica totale) o un isolamento emotivo affettivo conseguente di una difesa disperata di una flebile identità.

Instaurare una relazione di fiducia è pertanto un processo molto lento e delicato in cui l'aspetto empatico di chi intende avvicinarsi gioca un ruolo fondamentale.

- 2. creare una destabilizzazione della coscienza ordinaria per attivare un processo progressivo di allentamento dei legami con la realtà esterna atto a favorire l'instaurarsi successivo di un monoideismo plastico funzionale all'obiettivo concordato tra le due persone coinvolte.**

La tecnica utilizzata è quella di guidare la persona a orientare la propria attenzione all'interno di sé, sulle proprie reazioni somatiche inconsapevoli per favorire un distacco dalla realtà esterna e per offrire significati alternativi a connessioni logiche e temporali di pensieri del paziente.

Il paziente psichiatrico, spesso, vive già in una fase di "destabilizzazione della coscienza ordinaria". Per caratteristiche genetiche, evolutive, episodiche della sua vita, ha creato un quadro di lettura della realtà esterna così contaminato da pensieri, fantasie ed emozioni interne che lo obbligano a mantenere rigidamente uno schema di percezione della realtà distorto e inadeguato ad affrontare con modalità elastiche le varie sfaccettature della vita sociale.

Uno dei meccanismi difensivi attivati per ridurre l'angoscia di frammentazione e conseguente angoscia di distruzione totale è quello di semplificare la realtà esterna attraverso la creazione di semplici e totalizzanti monoideismi ("Ce l'avete tutti con me!"; "Se non ripeto dieci volte il movimento del piede muoio!"; "Quei segni sul muro sono i segni della mafia che mi cerca!").

Il riuscire a modificare alcuni di questi monoideismi stimola un'elaborazione nuova della percezione della realtà e conseguente immagine di sé e degli altri.

AMBITO D'INTERVENTO: LA COMUNITA' TERAPEUTICA

La Comunità Terapeutica di Verrua Savoia è una struttura residenziale psichiatrica dell'Azienda Sanitaria Locale To4 del Piemonte. E' parte integrante della rete di strutture residenziali del dipartimento di Salute Mentale e accoglie pazienti per progetti riabilitativi a termine con funzioni di inquadramento, ricollocazione in altre strutture, osservazione e riformulazione

della presa in carico e del progetto riabilitativo; in alternativa, comunque, a forme di istituzionalizzazione/ricovero protratto (risorsa per evitare, ridurre il meccanismo della “porta girevole” in case di cura private) a rischio di cronicizzazione.

La Comunità ospita in questo periodo n.12 ospiti + 1 posto in pronta accoglienza presso l’edificio principale e n. 5 persone ricollocate in n.3 appartamenti nel paese limitrofo di Crescentino.

Le persone ospitate, inviate dal Centro di Salute Mentale territoriale hanno un’età media di circa 45 anni, ambo sessi, con problematiche riconducibili a disturbi di personalità di tipo psicotico o borderline.

In 12 anni dall’apertura la struttura ha accolto n. 78 pazienti effettuando n. 66 dimissioni di cui n. 39 in strutture a più lieve assistenza (n. 16 persone sono rientrate a casa loro, n. 23 persone sono andate a vivere in Gruppi Appartamento o Alloggi supportati), n. 13 in Comunità a pari o maggiore copertura sanitaria e assistenziale e n. 14 in Residenze Sanitarie per Anziani (all’apertura della Comunità i primi ospiti inseriti erano n.8 persone dimesse, ricollocate dagli ex Ospedali Psichiatrici di Collegno e Grugliasco).

L’edificio principale che ospita la Comunità è un vecchio cascinaie collocato su una collina del Monferrato con splendida vista sul Canavese. E’ composta di un edificio centrale dove sono collocate le stanze da letto (n.5 a due letti e una stanza singola), la cucina, tinello, sala, salone e n.4 bagni, ed un edificio secondario composto da un piccolo alloggio in grado di ospitare 2 persone. I due edifici hanno in comune due cortili interni. I portoni d’accesso sono chiusi da serrature elettriche pertanto è possibile uscire autonomamente mentre per entrare è necessario citofonare.

Gli unici spazi chiusi a chiave sono: l’armadio farmaci, l’armadio con le cartelle cliniche e la dispensa.

Non esistono spazi riservati ai soli operatori.

I tre alloggi sono alloggi di civile abitazione (reperiti presso agenzie locali) in cui l’equipe operativa è presente per alcune ore a cadenza giornaliera o bisettimanale.

La gestione operativa è retta, in questi ultimi anni, da un’equipe integrata e formata da personale sanitario (psichiatra, psicologo e infermieri) dipendenti dall’Asl e da personale educativo, d’assistenza e alberghiero soci di una cooperativa sociale.

FULVIO

ANAMNESI REMOTA

Fulvio è un uomo di 44 anni.

Secondogenito di tre fratelli.

Padre, proveniente dalla Basilicata, operaio, era descritto come persona quieta, affettiva, “gran lavoratore”, molto legato alle origini irpine e ai valori tradizionali della famiglia; è morto nel 2002 a causa di un infarto;

Madre, cittadina torinese, insegnante di scuola elementare, era descritta come persona estremamente esuberante, indipendente, con una ricca vita mondana, coinvolta in mille iniziative (da volontariato al Cottolengo in cui andava con Fulvio piccolo ad imboccare gli ammalati; al dipingere quadri con la realizzazione di frequenti mostre; al partecipare alle iniziative sociali con le associazioni di volontariato locali). Dal 2007, a seguito di un ictus che ha comportato gravi problemi fisici (emiparesi, impossibilità a deambulare e a svolgere autonomamente le necessità quotidiane), è ricoverata presso una casa di cura.

Il fratello maggiore vive da solo a Genova e lavora come promotore finanziario.

Il fratello minore vive da solo, nella casa costruita dai genitori e lavora in ambito assicurativo.

La famiglia viveva in una grande casa in una zona boschiva adiacente a una cittadina piemontese. La casa era la concretizzazione tangibile dell’inserimento dei genitori (del padre) nel contesto sociale del nord dell’Italia ed era il risultato di tanti sacrifici; infatti la sua costruzione è durata diversi anni con un avanzamento lavori condizionato dall’altalenarsi della disponibilità economica del nucleo (*la prima volta che ho visto la casa non aveva il cancello e la porta principale d’ingresso si apriva a due metri di altezza da terra; mancava ancora la scala da realizzare su un terrapieno ancora da riportare. L’ingresso nella casa, per diversi anni, è avvenuto tramite l’utilizzo di una porta secondaria che si apriva sulla cucina*).

Fulvio ha avuto un’infanzia apparentemente normale; ragazzo un po’ timido, trascorreva il tempo libero in compagnia dei fratelli o partecipava, trascinato dalla madre, in attività ludiche (frequentava un corso per suonare il saxofono) e sportive organizzate e strutturate (*“Mia madre non sopportava di vederci a fare nulla!”*).

Fulvio riferisce di un’infanzia serena in una casa molto caotica per le mille iniziative della madre e per l’esuberanza dei fratelli con cui era ed è ancora ora molto legato affettivamente.

Il primo manifestarsi della sintomatologia (diagnosi di Schizofrenia Paranoide) è riferito all’età di circa 17 anni (ritiro in camera per un mese senza lavarsi, curarsi, e un’attività masturbatoria ossessiva) anche se l’esordio

psicopatologico vero e proprio risale al 1989 mentre frequenta il secondo anno di università in ingegneria (episodio di aggressione sessuale verso la madre con successivo ritiro con modalità catatoniche).

Inizialmente Fulvio è stato preso in carico in ambito territoriale con interventi domiciliari e inserimento in centro diurno. Il quadro clinico è riportato come caratterizzato da un alternarsi di periodi di blocco con caratteristiche catatoniche a periodi di ripresa dell'iniziativa relazionale con agiti impulsivi inframmezzati da atteggiamenti di iperadattamento.

Durante i periodi di blocco Fulvio sospende tutte le attività, non manifesta più nessun interesse per ciò che lo circonda, vive rinchiuso nella sua camera coricato sul letto con lo sguardo fisso, non parla con nessuno e, lentamente, inizia ad irrigidirsi fisicamente. Non si lava, si lascia crescere i capelli e la barba, mangia il necessario per sopravvivere e trascorre le giornate a letto fissando il soffitto.

Gl'interventi domiciliari e ambulatoriali non portano a particolari miglioramenti. Nel 1999, durante un episodio di chiusura particolarmente grave è ricoverato in reparto psichiatrico in regime di TSO con successivo inserimento presso una struttura residenziale psichiatrica a Cavagnolo.

Continua a trascorrere le sue giornate in modo ritirato e con un atteggiamento catatonico, coricato nella sua camera o seduto immobile su una sedia rispondendo sempre più a monosillabi a eventuali domande o tentativi di coinvolgimento in dialoghi.

Sono tentate nel tempo varie strategie farmacologiche di tipo antipsicotico (aloperidolo a diversi dosaggi, Risperdal, olanzapina) senza riscontrare significativi miglioramenti.

L'inserimento nella comunità di Cavagnolo dura per 7 anni e poi, a fronte di scarsi miglioramenti, è dimesso e inserito nella Comunità di Verrua Savoia.

ANAMNESI RECENTE

Fulvio arriva in Comunità nel 2007. Smilzo, capelli e barba lunga, si muove in modo rigido, la testa è bloccata (per girarsi ruota tutto il busto), non vi sono particolari espressività facciali, mantiene un'espressività cerea, seria (quando, per cortesia, deve sorridere, il viso si trasforma in un ghigno).

Risponde a monosillabi, non fa richieste e si adatta velocemente a tutto ciò che gli viene richiesto. Impara velocemente il ritmo della Comunità che scandisce con gli orari di assunzione delle terapie e del mangiare (caffè, pranzo, merenda e cena). Tra queste attività trascorre il tempo coricato nella sua stanza o seduto nel cortile interno a fumare apparentemente insensibile alle temperature (riesce a rimanere immobile al sole d'estate o al freddo d'inverno per lunghi periodi).

I momenti di maggiore difficoltà sono notati a causa di una maggiore rigidità, al rifiuto di uscire dalla sua camera, dal viso arrossato e da una copiosa sudorazione localizzata solamente nelle mani (talvolta arrivano letteralmente a “gocciolare”).

L'immagine percepita dagli operatori è di una grossa fragilità, l'immagine di un cristallo che può andare in frantumi da un momento all'altro.

Ciò porta, fin da subito, a cercare di rispettare i suoi tempi e le sue modalità di adattarsi all'ambiente e agli altri ospiti.

Emerge subito una sua grossa difficoltà a dire di “no”. Tende a sostituire il “no” con “non so, non saprei” e concordiamo con lui che possiamo interpretare tali risposte come un suo rifiuto.

Agli episodi conflittuali legati alla convivenza quotidiana (incomprensioni verbali, spintoni accidentali, piccoli soprusi, ...) reagisce con un arrossamento facciale, irrigidimento posturale, mutismo e chiusura un camera anche per 3-4 giorni.

Molto lentamente, il rispetto dei suoi ritmi, delle sue esigenze, lo portano a rendersi disponibile a piccole uscite al bar o al supermercato. Sono uscite brevi (1-2 ore) seguite da un periodo (4-5 ore) di chiusura catatonica sul suo letto.

Manifesta interesse a uscite sul territorio (gite ai laghi, sul Monferrato, ...) in cui si aggrega volentieri ai compagni, osserva con interesse ciò che lo circonda sempre con atteggiamento tacito, riservato.

Nel mese di ottobre dell'anno 2008 valutando la presenza di una minima relazione (mi saluta quando arrivo ed esco dalla struttura, accoglie e partecipa volentieri a iniziative che propongo) mi rendo disponibile a incontri settimanali fissi per poter “parlare” dei suoi problemi.

COLLOQUI

Primo periodo (fino a metà anno 2009 circa)

Fulvio è disponibile agli incontri, quando lo chiamo (il mercoledì mattina) sale nel salone dei colloqui, si siede alla scrivania, ordina gli eventuali oggetti sparsi, posa le mani sul tavolo (posizione che ricorda quella insegnata a scuola in gioventù per non tenere le mani sotto il banco) e aspetta.

Non mi guarda mai in viso ma rimane con lo sguardo basso per poi alzare gli occhi in alto o in basso a sx quando pensa le risposte da dare.

Periodicamente (circa ogni due mesi) interrompe gli incontri per 2-3 settimane. La sua modalità di rifiuto è di farsi trovare a letto nell'ora dell'appuntamento. Non servono i miei inviti a esprimere verbalmente il suo rifiuto ai colloqui.

I colloqui sono pesanti, lenti, per me diventa estremamente faticoso reggere i lunghi silenzi; mi ritrovo ad inventarmi degli argomenti a cui lui risponde, dopo 4-5 minuti, con monosillabi. Spesso ho la sensazione che non mi ascolti; penso che possa avere un ritardo mentale e che non capisca quello che gli chiedo. Le risposte che ricevo appaiono, alcune volte, illogiche per poi accorgermi che sono le risposte alla domanda precedente e che, nel frattempo in cui lui pensava alla risposta da darmi, io gli avevo già formulato un'altra domanda.

Al termine, quando gli propongo di terminare l'incontro, concorda con un cenno del capo, mi guarda per la prima volta negli occhi, mi saluta "buona giornata" con un sorriso che, a causa della rigidità muscolare, appare sempre come un ghigno, si alza e se ne va lasciando sulla scrivania due pozze d'acqua corrispondenti a dove ha tenuto posate le mani (*in un incontro in cui sembrava più disteso accenno alla sudorazione delle mani "Generalmente una persona suda quando fa una fatica, un lavoro, uno sforzo,! Qual è il lavoro che fai tu?" "Provo emozioni!"*)

Alcuni mercoledì, quando arrivo in comunità, mi ritrovo a sperare che Fulvio sia nel letto per evitare la fatica del colloquio.

Ai miei dubbi sulla validità di questi incontri l'equipe degli operatori rimanda che per Fulvio paiono importanti; rifiuta l'uscita del mercoledì perché "deve" fare il colloquio; spesso, dopo gli incontri, è più sereno, sembra meno rigido; gli scandiscono la settimana.

Emerge lentamente la sua difficoltà a fare contatto mentale con pensieri che possono suscitare emozioni. Vi è una continua lotta interiore nel cercare di bloccare il pensiero con la finalità di non fare contatto con le emozioni correlate. Le emozioni suscitate dalla quotidianità, dalle relazioni con le altre persone sono vissute continuamente in modo dirompente, devastante. Pare non avere strumenti psichici per gestire "l'onda emotiva" che rischia continuamente di travolgerlo (*"Per me vivere vuol dire morire!"*). La confusione emotiva ha l'effetto di destrutturarlo, distrugge la sua identità e trasmette fortissimi vissuti di morte.

La sua modalità di difesa è cercare di fermare, rallentare il pensiero, abbassare le stimolazioni (si chiude in camera e cerca di non pensare a nulla), mantenere il controllo assoluto sulla propria mente.

Secondo periodo (da metà 2009 all'autunno 2010 circa)

RICALCO Descrivere una condizione dal punto di vista del soggetto. Necessità di comunicare la mia comprensione, la mia percezione del suo stato mentale.

Prendo atto della mia difficoltà a relazionarmi.

Qualsiasi tentativo, anche lieve, di portarlo verso un “sentire” attiva tutte le sue angosce con i conseguenti meccanismi di negazione e di allontanamento.

M’incuriosisce il suo meccanismo difensivo, il suo percepire la realtà con evidenti occhi diversi dai miei.

Rinuncio a cercare di attivare dei cambiamenti; scelgo di affiancarmi, di provare a vivere con il suo ritmo. L’obiettivo non è più quello di stimolarlo a un cambiamento ma quello di avvicinarmi a lui per cercare di sperimentare quello che prova.

Significa che, durante i colloqui, dimentico gli obiettivi di performance ma cerco di sintonizzarmi sui suoi ritmi. Se lui non parla va bene, staremo in silenzio, io esprimo ciò che penso se lui vorrà rispondermi, bene! Altrimenti va bene così. Provo anch’io a rallentare il pensiero.

Iniziano delle sedute silenziose, spesso in 40 minuti avvengono 5 -6 scambi di parole. Lentamente diventa sempre più facile per me, mi rilasso e trascorro serenamente questo periodo in sua compagnia. La comunicazione, anche se lentissima, ha una sua coerenza; gli argomenti sono sfiorati ma le risposte sono sempre adeguate.

Inizia un periodo in cui lo stare con lui è un condividere il tempo senza parlare. Spesso sperimento anche il riposarmi seduto vicino a lui in cortile. Un giorno gli esprimo il piacere di stare seduto in silenzio ad assaporare gli stimoli che provengono dalla natura circostante, di quello che succede attorno e lo ringrazio di questa esperienza (*era un giorno di primavera con i primi attimi di brezza e sole caldo*). Lo informo che anch’io, come lui, trovo il silenzio molto bello ma che il mio “spazio di silenzio” è un altro: è la montagna. Visto che lui è stato disponibile a permettermi di sperimentare il suo silenzio, se vuole, sono disponibile a fargli sperimentare il mio silenzio. Acconsente. Un giorno d’estate partiamo noi due (e un altro paziente) e andiamo a dormire in un rifugio in alta montagna (*dopo una camminata di circa un ora arriviamo al rifugio, sistemiamo gli zaini ed usciamo per goderci il panorama. Fulvio si siede rivolgendo le spalle al panorama e riempiendo il suo campo visivo con il muro di pietre del rifugio*). Piacevole esperienza, Fulvio è silenzioso e contento.

Il periodo successivo è connotato da un clima di complicità. Fulvio è più reattivo, riduce i tempi di risposta, alcune volte riesce a dirmi che preferisce saltare l’incontro.

Il periodo è inframmezzato da ritiri catatonici della durata di due-tre giorni che, con il tempo si riducono d’intensità e di durata (avvengono tutte le volte che ha il pensiero che qualcuno l’ho derida o gli faccia un’ingiustizia).

Terzo periodo (dall'autunno 2010 alla primavera 2011 circa)

RATIFICA Portare a livello di consapevolezza una variazione intervenuta.

Inizio a salutarlo in modo più amichevole.

Inizia a sorridermi e a rispondere con piccole frasi.

La deambulazione è più sciolta, inizia a ruotare la testa, gli occhi sono più mobili.

Manifesta un maggior interesse nelle uscite.

Gli propongo attività diverse, impensabili fino a un anno prima (maneggio, giro in bicicletta), con successivi rimandi sulle abilità che sta recuperando. Nel proporre faccio attenzione a parlarne come opportunità scontate, viste le abilità che sta manifestando, su cui non metto assolutamente in dubbio la possibilità che lui non sia capace a realizzarle (*Durante un colloquio mi confida che da circa 1 anno sente i cani della comunità parlare tra di loro e con i cani del vicino con un linguaggio umano. "A forza di stare con gli esseri umani hanno imparato a dire alcune parole"*).

E' cambiata la sua modalità difensiva rispetto ai suoi vissuti aggressivi. Quando prova irritazione non si richiude più in camera con atteggiamento catatonico ma esce dalla Comunità inaspettatamente e senza avvisare gli operatori (spesso la sua irritazione emerge improvvisamente ed è conseguente a sue interpretazioni di episodi neutri) e inizia a camminare velocemente. Invitato ad avvertire gli operatori di questa sua esigenza Fulvio non modifica il suo comportamento. Verificato che in questo frangente mantiene una sufficiente vigilanza nel camminare lungo le strade, si accetta questa sua modalità attivandoci per un recupero dopo circa mezz'ora.

Fulvio comunica il suo apprezzamento per il permesso, accettazione di questa sua modalità alternativa di gestione dell'emozione e per il successivo recupero con l'auto.

Quarto periodo (dalla primavera 2011 a fine 2011)

SUGGERIMENTO Creare immagini

I colloqui sono più distesi. La conversazione ha un tono più amicale.

Continua a mantenere uno sguardo laterale con veloci contatti visivi diretti quando vuole dare risalto a qualche affermazione.

Durante la settimana è più attivo nel collaborare con gli impegni della Comunità (preparare e spreparare tavola, curare la propria camera, ...)

Durante le sedute mi accorgo che parlo spesso con l'utilizzo di metafore (*es. Mi dice: "Non ragiono tanto bene! Sono come un aereo con le luci spente e i motori che funzionano male"*; *esaminiamo tutte le possibili cause sia interne che esterne. Quelle che si possono risolvere e quelle no. Il problema peggiore*

sono gli “uragani affettivi”. Terminiamo soffermandoci lungamente sulle strategie alternative che si possono adottare per continuare il proprio viaggio) o riportando dettagliatamente episodi della mia vita personale (esperienze della vita normale di un maschio ragazzo, adolescente, giovane, adulto. Prime libertà, turbamenti sessuali, masturbazione, innamoramenti, amici intimi, lavoro, hobby, progetti futuri, ...)

Quinto periodo (da gennaio 2012 ad ora)

A febbraio 2012, dopo due mesi dall'apertura di un Gruppo Appartamento in cui sono inseriti due ospiti dimessi dalla Comunità, Fulvio attiva la sua modalità di “fuga concordata” esprimendo verbalmente il rifiuto di ritornare in Comunità e il suo desiderio di andare a vivere da solo.

Concordiamo un inserimento, con periodiche cadenzate fasi di valutazione, nel Gruppo Appartamento appena avviato e la possibilità di riformulare gli obiettivi. Fulvio s’inserisce bene, rispetta le regole di convivenza e pare giovarsi dei periodi in cui non ci sono operatori.

Riesce a regolarsi sufficientemente bene nelle stimolazioni. Quando si sente troppo carico trascorre più tempo in casa rimanendo immobile in piedi a fumare ma reattivo a domande o sollecitazioni dei compagni (*i coinquilini faticano ad accettare questa modalità insolita di convivenza. Avere una persona immobile in casa che risponde e si attiva solo quando è interpellato o che sorride apparentemente senza motivo crea disagio. Lentamente viene accettato*).

E’ necessario affiancarlo nell’esaminare con lui le modalità di risposta comportamentale ed emozionale alle stimolazioni quotidiane della vita cittadina (incontro con ubriaco, con persona scorbutica, arrogante. Contatto con una sollecitazione sessuale continua, nel periodo estivo, causata dall’incontro, per le strade, con ragazze, donne vestite con abiti succinti e/o provocatori).

In questo periodo è in “ricovero di sollievo” presso una Comunità parallela per recuperare un periodo di stanchezza causata dagli eccessivi stimoli (*tra l’altro sull’alloggio con il balcone prospiciente al suo, da tre mesi, abita una ragazza da sola molto avvenente*).

Si prevede un suo rientro a breve con proseguimento del progetto avviato.

RIFLESSIONI

L'approccio ipnotico evidenzia e attiva una serie di strumenti per individuare, stimolare e utilizzare a fini terapeutici uno stato modificato di coscienza.

E' evidente che una persona che soffre di un disturbo psicotico vive continuamente in un contesto psichico estremamente dinamico di cui non riconosce la paternità.

Il dover affrontare e gestire quotidianamente la moltitudine di stimolazioni che arrivano alla coscienza senza il supporto di un'identità sufficientemente strutturata che possa filtrare gli stimoli in esterni-interni, reali-fantasticati, temporalizzati, genera continui fantasmi di disintegrazione, di morte imminente. Come non è definita la propria identità così non è definito il mondo esterno con la conseguenza di non avere punti di riferimento stabili e chiari ma di dover continuamente affrontare una realtà sempre diversa in cui anche il tempo non è lineare, dove vi è un mescolarsi di ricordi passati, immagini del futuro, vissuti del presente; dove il tempo può fermarsi, tornare indietro o accelerare improvvisamente.

Per reggere uno stato d'angoscia del genere è facile che vengano attivati degli "stati di coscienza modificati" con finalità principalmente difensive.

In questi stati di coscienza il pensiero è connotato dall'assenza di plasticità ma dall'utilizzo ripetitivo, ossessivo di strategie di pensiero, di meccanismi di difesa che permettono di elaborare e attivare semplici e ripetitivi pseudo processi adattivi che riverberano continuamente gli stessi pensieri, le stesse emozioni e le stesse strategie.

In questa rigidità, ripetitività di pensiero il "monoideismo plastico" è un'idea, una modalità di pensiero che, in una persona con disturbo psicotico, si attiva molto più frequentemente di una persona sana in quanto il filtro, il controllo emozionale è molto più ridotto.

E' evidente che qualsiasi tentativo di interagire, di creare relazioni interpersonali a questo livello diventa possibile solamente se il paziente instaura con l'altra persona una relazione con i connotati di continuità, protezione e affettività indispensabili per stimolare una vicinanza affettiva e un'identificazione che siano vissute come nutrienti e strutturanti.

Considerando che un paziente psichiatrico è in una lotta quotidiana per non perdere il controllo su un'identità estremamente fragile, ogni tentativo di interagire a livello profondo viene vissuto come invasivo, aggressivo, potenzialmente distruttivo e quindi attiva meccanismi di difesa estremamente potenti e totalizzanti.

Ritengo che le fasi formalizzate per l'approccio induttivo possano essere un valido strumento per relazionarsi con un paziente psichiatrico a condizione di tenere a mente le variabili precedentemente accennate:

- Ci si avvicina a una persona che “sta impazzendo dall'angoscia e dal dolore” e pertanto i tempi devono essere estremamente dilatati per permettere al paziente di regolare lui i tempi di avvicinamento
- La metacomunicazione è l'unico aspetto di comunicazione efficace e pertanto non è possibile barare, recitare o ripetere una lezione ascoltata
- La vicinanza emotiva si realizza solamente se si accetta di avvicinarsi come persona profondamente coinvolta (“esserci” nella relazione)
- Non è opportuno stimolare un allentamento dei legami con la realtà esterna perché è già una condizione presente
- L'obiettivo non è creare un “monoideismo plastico” (anzi non è opportuno visto che il paziente spontaneamente e ripetutamente ne crea), ma riuscire a instaurare una relazione così profonda che il paziente ci permetta di avvicinarci ai suoi monoideismi quel tanto da riuscire a riorientare alcuni di essi.

Bibliografia

GRANONE Franco, *Trattato di ipnosi Volume 1 e 2*, UTET 1989

LAPENTA Antonio Maria *Ipnositerapia*, Appunti dalla lezione magistrale del Corso Base di Ipnosi Clinica 2012

FOPPIANI Ennio, *Sintomatologia Psicica, organica e Comportamentale dell'ipnosi*, Appunti dalla lezione magistrale del Corso Base di Ipnosi Clinica 2012

SOMMA Massimo, *Struttura dell'induzione*, Appunti dalla lezione magistrale del Corso Base di Ipnosi Clinica 2012