

**ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S.**

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
Fondatore: Prof. Franco Granone**

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2021**

TITOLO

IPNOSI ONLINE: NUOVE FRONTIERE

Candidato

Lorenzo Prando

Relatore

Dott. Paolo Granone

Indice

I

Introduzione	p.3
Presentazione del caso clinico	p.7
E' possibile questo approccio?	p.9
Definizione di ADHD secondo il DSM-IV	p.11
Relazione terapeutica e rapport	p.16
Induzione	p.18
Conclusioni	p.21
Bibliografia	p.23

Introduzione

Nel marzo 2020 quando tutti noi ci siamo ritrovati confinati in casa si è imposta la necessità di ridefinire la modalità del lavoro clinico.

La via più naturale per proseguire il lavoro in essere era rappresentato dal web, nello specifico dalle risorse per la video comunicazione. La proposta formulata ai pazienti di proseguire attraverso questa modalità è stata accolta dalla maggior parte di loro, con qualche eccezione dovuta al fatto o di non avere le competenze per utilizzare le piattaforme web di video chiamata oppure per avversione nei confronti dello strumento stesso.

Lo strumento della video chiamata era già da me usato con persone in trattamento che, per ragioni geografiche, non potevano venire in studio. Nella mia rappresentazione del lavoro l'utilizzo della video chiamata era contestualizzata in questo ambito, ovvero l'impossibilità di muoversi per poter raggiungere lo studio.

Costretto dalle circostanze a estendere questa modalità alla quasi totalità delle persone che seguivo, ho progressivamente scoperto nuove ragioni che mi hanno portato a considerare questo strumento non come un ripiego, ma come uno strumento a se stante per poter svolgere il lavoro di terapeuta.

Tratto dall'articolo "How well is telepsychology working"

"...La pandemia ha accelerato il passaggio alla telemedicina", afferma lo psicologo clinico Adam Haim, PhD, che dirige il ramo di ricerca sul trattamento e l'intervento preventivo presso il National Institute of Mental Health (NIMH). "L'intero paradigma di sedersi in una stanza con un medico e ricevere un intervento in una sessione di 45 minuti è stato essenzialmente capovolto".

Anche in tempi non pandemici, fornire assistenza a distanza consente agli operatori di salute mentale di raggiungere più persone, comprese quelle che sono geograficamente isolate o che non hanno accesso all'assistenza all'infanzia o ai trasporti. Può anche aiutare ad affrontare lo stigma per i pazienti che cercano servizi psicologici per la prima volta, afferma Dhara Meghani, PhD,

assistente professore di psicologia clinica presso l'Università di San Francisco...”

“...La ricerca sulla telepsicologia, che include l'assistenza fornita telefonicamente, a video o entrambi, è iniziata intorno al 1960. È nata dall'esigenza di trattare popolazioni difficili da raggiungere, ad esempio quando uno psicologo forense dovesse valutare una persona in carcere per poterla indirizzare a uno specialista anche geograficamente distante.

Da allora, la ricerca in psichiatria ha testato l'assistenza a distanza tra i veterani (Godleski, L., et al., *Psychiatric Services*, Vol. 63, No. 4, 2012) e una serie di gruppi di età e condizioni (Hilty, DM, et al. , *Telemedicine and e-Health*, Vol. 19, No. 6, 2013), dimostrando che la modalità può essere efficace e aumentare l'accesso alle cure. Gli psicologi hanno anche studiato una serie di popolazioni per determinare se la telemedicina funziona, chi serve meglio e come fornirla nel modo più efficace, con risultati promettenti. Il Department of Veterans Affairs degli Stati Uniti, ad esempio, ha condotto numerosi studi confrontando gli interventi PTSD erogati di persona rispetto alla videoconferenza, riscontrando che i due metodi sono ugualmente efficaci nella maggior parte dei casi (Turgoose, D., et al., *Journal of Telemedicine e Telecare*, Vol. 24, No. 9, 2018). Revisioni sistematiche hanno anche scoperto che la telepsicologia fornita da video o per telefono è efficace per la depressione, l'ansia e il disturbo dell'adattamento (Varker, T., et al., *Psychological Services*, Vol. 16, No. 4, 2019), nonché per l'uso di sostanze, i disturbi alimentari e altri problemi nei bambini e negli adolescenti (Slone, NC, et al., *Servizi psicologici*, Vol. 9, No. 3, 2012)”.

"Quello che abbiamo visto è che la telemedicina è essenzialmente efficace quanto la psicoterapia faccia a faccia e i tassi di mantenimento sono più alti, afferma David Mohr, PhD, direttore del Center for Behavioral Intervention Technologies presso la Feinberg School of Medicine della Northwestern

University., che ha trascorso la sua carriera studiando telepsicologia e salute mentale digitale...”.¹

E ancora, tratto dall'articolo “*On line therapy is here to stay*”²

“...Diversi studi hanno già dimostrato l'efficacia della telepsicologia. E la ricerca di Jeanine Turner, PhD, professore di comunicazione, cultura e tecnologia alla Georgetown University che ha seguito la crescita della telemedicina negli ultimi due decenni, ha dimostrato che sia i pazienti che gli operatori che utilizzano la telemedicina generalmente la vedono favorevolmente.

Sebbene la tecnologia e l'infrastruttura per la telemedicina siano disponibili dalla metà degli anni '90, Turner afferma che l'industria sanitaria non avrebbe mai abbracciato completamente la telemedicina senza un evento che ponesse fine allo status quo come una pandemia.

"L'anno scorso, in poche settimane, il sistema ha dovuto assorbire tutte le sfide dell'adozione su larga scala", afferma Turner. "Ora è decollato e non ci sarà modo di tornare indietro...".

“...La pandemia di COVID-19 ha sostanzialmente costretto la maggior parte degli operatori sanitari a vedere i pazienti a distanza, ma gli psicologi hanno preoccupazioni e domande uniche sulla fornitura virtuale dei loro servizi. Ad esempio, in che modo la tecnologia potrebbe influire sull'alleanza terapeutica? E la cura della salute mentale, per definizione, ha una forte dimensione emotiva. Può davvero essere onorato online?

Sembra che sia possibile, secondo Ashley Batastini, PhD, assistente professore presso il Dipartimento di Counseling, Psicologia dell'Educazione e Ricerca presso l'Università di Memphis.

Batastini e i suoi colleghi hanno recentemente pubblicato un ampio studio meta-analitico che ha confrontato gli interventi clinici e le valutazioni fornite

¹ *How well is telepsychology working.* By Zara Abrams Date created: July 1, 2020; [www.apa.org](https://www.apa.org/monitor/2020/07/cover-telepsychology). link: <https://www.apa.org/monitor/2020/07/cover-telepsychology>

² *On line therapy is here to stay.* By Hannah Calkins Date created: January 1, 2021; [www.apa.org](https://www.apa.org/monitor/2021/01/trends-online-therapy). link: <https://www.apa.org/monitor/2021/01/trends-online-therapy>

tramite videoconferenza con quelli effettuati di persona. Nel complesso, hanno scoperto che gli interventi di persona e virtuali hanno prodotto risultati simili.

La letteratura suggerisce che ci troviamo di fronte a uno strumento efficace i cui limiti sembrano essere: l'adeguatezza dei mezzi informatici, le competenze per gestirli e l'aver a disposizione uno spazio fisico che possa garantire riservatezza.

Presentazione del caso clinico

D è un ragazzo di 22 anni, studia informatica al Politecnico di Torino, finora il suo percorso evolutivo si è svolto senza particolari problemi, sia per quanto riguarda la carriera da studente che nella vita privata. Si è rivolto a me nel mese di aprile u.s. a seguito di attacchi di panico che da qualche mese lo accompagnano soprattutto in situazioni sociali.

Abbiamo concordato di lavorare con cadenza settimanale utilizzando il colloquio clinico e l'EMDR, avendo come focus la risoluzione degli attacchi di panico.

Abbiamo utilizzato la piattaforma Skype concordando che, a ogni appuntamento, sarei stato io a chiamare.

Verso la fine del mese di maggio abbiamo ottenuto risultati accettabili, D riusciva ad andare a lezione e affrontare altre situazioni sociali in modo soddisfacente pur non avendo completamente risolto la sintomatologia di ansia diffusa che lo affligge.

A questo punto della terapia ci siamo ritrovati a riformulare il progetto terapeutico.

Considerando che l'area delle relazioni interpersonali sembrava sufficientemente soddisfacente, abbiamo concordato con D di focalizzare l'attenzione sulla sua capacità di studiare. Al momento aveva sostenuto due soli esami, altri che aveva tentato di sostenere non erano andati a buon fine e, per come descriveva i processi che avevano condotto a un esito negativo, si poteva osservare come D avesse un locus of control esterno e, per sua stessa ammissione riportava relativamente allo studio una marcata distraibilità, tendenza alla procrastinazione, tempi di concentrazione ridotti.

La richiesta di D mi era parsa ragionevole, un buono spunto di lavoro che avrebbe permesso eventualmente di allargare lo sguardo su altre dinamiche e sintomi che, nel frattempo, avevo potuto notare nel corso della terapia (dipendenza dal telefono cellulare, lieve dermatillomania).

Oltre agli strumenti già utilizzati in precedenza, ho proposto a D di includere l'ipnosi considerando che ha una personalità sufficientemente strutturata e che il rapport che si è sviluppato nel corso degli incontri appare sufficientemente solido. D inoltre ha manifestato curiosità ed interesse rispetto a questo strumento.

La mia ipotesi di lavoro è che, essendo l'ipnosi sia uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico, sia un rapporto terapeuta paziente durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali per mezzo di monoideismi plastici potesse essere un valido strumento per lavorare sullo specifico concordato con D a partire dalla distraibilità.

Obbiettivo concordato e discusso del contratto era di favorire la concentrazione durante le sessioni di studio. Ho pensato in questo modo di raccogliere un bisogno di D e promuovere un'esperienza di facilitazione al cambiamento.

Ho rassicurato D che nell'esperienza dell'induzione non avrebbe perso il controllo e avrebbe mantenuto coscienza di quanto sarebbe avvenuto.

E' possibile questo approccio?

Già nel Trattato di ipnosi di Franco Granone si trovano dei riferimenti di applicazioni extraterapeutiche dell'ipnosi con riferimento all'ambito dell'apprendimento: "...Tentativi di ipnosipedia sono stati fatti all'estero e in Italia con successo e integrati a volte anche in un più vasto esperimento di ipnopedia. Intendo con questo ultimo termine l'apprendimento durante il sonno, mentre, con il primo, l'apprendimento realizzato in trance ipnotica. Questa ha dei vantaggi rispetto al sonno perché non è disturbata dall'azione dei sogni e usufruisce delle possibilità di una maggiore suggestionabilità.

Tentativi di ottenere un apprendimento durante il sonno fisiologico sono stati compiuti con successo nell'ultima guerra dall'esercito americano. Esperienze francesi del 1961 e inglesi fornirono invece risultati piuttosto deludenti (Ermentini).

In Svezia Wetterstrand realizzò ricerche su bambini in stato di sonno normale, con buoni risultati.

Secondo il russo Syvadosh l'ipnosi sensibilizzerebbe la memoria latente dei soggetti e la memorizzazione avverrebbe in modo incosciente.

Personalmente ritengo che l'ipnosipedia possa effettivamente facilitare l'apprendimento giovandosi soprattutto delle seguenti condizioni:

- 1) Maggiore possibilità di concentrazione e di attenzione, con migliore fissazione mnemonica quindi, che nella veglia.
- 2) Creazione di monoidesimi che, imperando nella coscienza del soggetto, esaltano le capacità mentali in un senso determinato.
- 3) Distorsioni temporali durante le quali sono possibili facili ripassi di numerose nozioni, in tempo notevolmente limitato rispetto a quello che occorre nello stato di veglia.
- 4) Comandi post ipnotici a ricordare che, in alcuni casi, agiscono come coazioni rafforzanti la volontà cosciente e i dinamismi inconsci dell'interesse facilitanti l'apprendimento.

- 5) Creazione di motivazioni all'apprendimento stesso, con possibilità di correggere situazioni particolari di disagio scolastico..."³

Si può notare come in questo breve estratto siano contenuti concetti estremamente attuali anche in riferimento al caso presentato. D è un ragazzo che appartiene alla cosiddetta generazione Z (o nativi digitali), cresciuta con il diffuso utilizzo di internet fin dall'infanzia. Le modalità di apprendimento sono cambiate rispetto alle generazioni precedenti, grazie all'uso delle nuove tecnologie, ciononostante anche i nativi digitali (per lo meno D e altre situazioni cliniche che ho avuto modo di seguire), si confrontano con le suddette questioni trasversali alle generazioni: memorizzazione, attenzione, concentrazione, motivazione.

Per approfondire ulteriormente la domanda che intesta questo capitolo rivolgiamo l'attenzione agli studi fatti su persone con ADHD, ipotizzando che miglioramenti dell'attenzione e della concentrazione derivanti dal trattamento mediante utilizzo dell'ipnosi riscontrati su persone con ADHD possano essere riscontrabili anche in persone non ADHD.

Gli studi reperiti che dimostrano l'applicabilità dell'ipnosi in questo tipo di diagnosi fanno riferimento alla definizione di ADHD del DSM-IV

³ Granone F., *Trattato di Ipnosi Vol 2*, Istituto Franco Granone CIICS, Torino.

Definizione di ADHD secondo il DSM-IV

Gli autori A. U. Rickel R. T. Brown nel libro “ *Il disturbo da deficit di attenzione-iperattività nei bambini e negli adulti*” riprendendo il DSM-IV riportano che:

Il disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo dello sviluppo neurologico caratterizzato da livelli di disattenzione, impulsività e/o iperattività inadeguati rispetto al livello di sviluppo della persona che ne provocano una compromissione cronica del funzionamento in varie aree (American Psychiatric Association, 2000). L'ADHD è accompagnato anche da manifestazioni cognitive e comportamentali che emergono solitamente durante l'infanzia. Il Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali, Quarta Edizione – Revisione del Testo (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) codifica l'ADHD nel modo seguente:

F90.0 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo Combinato [314.01];

F98.8 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Disattenzione Predominante [314.00];

F90.0 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Tipo con Iperattività - Impulsività Predominanti [314.01].

In accordo al DSM-IV, i criteri diagnostici dell'ADHD includono livelli di attenzione, impulsività e/o iperattività inadeguati rispetto al livello di sviluppo così come segue:

A. Il punto 1) o il punto 2):

1) Sei (o più) dei seguenti sintomi di disattenzione sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo:

Disattenzione

a) spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro, o in altre attività;

b) spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco;

c) spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente;

d) spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le

incombenze, o i doveri sul posto di lavoro (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di capire le istruzioni);

e) spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività;

f) spesso evita, prova avversione, o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come compiti a scuola o a casa);

g) spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività (ad esempio, giocattoli, compiti di scuola, matite, libri, o strumenti);

h) spesso è facilmente distratto da stimoli esterni;

i) spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

2) Sei (o più) dei seguenti sintomi di iperattività-impulsività sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità che causa disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:

Iperattività

a) spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia;

b) spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto;

c) spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo (negli adolescenti o negli adulti, ciò può limitarsi a sentimenti soggettivi di irrequietezza);

d) spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo;

e) è spesso "sotto pressione" o agisce come se fosse "motorizzato";

f) spesso parla troppo.

Impulsività

g) spesso "spara" le risposte prima che le domande siano state completate;

h) spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno;

i) spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (ad esempio, si intromette nelle conversazioni o nei giochi).

B. Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei 7 anni di età.

C. Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti

(ad esempio, a scuola o al lavoro e a casa).

D. Deve esservi una evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.

E. I sintomi non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo

pervasivo dello sviluppo, di schizofrenia, o di un altro disturbo psicotico, e non risultano meglio attribuibili a un altro disturbo mentale (ad esempio, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo, o disturbo di personalità).

Sulla base di questi criteri vengono individuati tre tipi di ADHD:

1. ADHD, Tipo Combinato: se entrambi i criteri A1 e A2 sono risultati soddisfatti

negli ultimi 6 mesi;

2. ADHD, Tipo con Disattenzione Predominante: se il criterio A1 è risultato soddisfatto negli ultimi 6 mesi, ma non il criterio A2;

3. ADHD, Tipo con Iperattività-Impulsività Predominanti: se il criterio A2 è risultato soddisfatto negli ultimi 6 mesi, ma non il criterio A1.

L'ADHD è un disturbo a esordio molto precoce e a decorso cronico che espone i bambini e gli adolescenti a un rischio maggiore rispetto alla media di incontrare difficoltà scolastiche, comportamentali e sociali. Questo disturbo è solitamente evidente già prima dei sette anni d'età e può perdurare nell'adolescenza e nell'età adulta. Alcune ricerche suggeriscono che la presenza precoce dei sintomi, che possono manifestarsi anche nel periodo prescolastico, può essere predittiva di una manifestazione più grave del disturbo durante l'infanzia e di un decorso più difficile (Campbell, 1990). Per questo motivo, il trattamento dovrebbe essere intrapreso il più presto possibile, affrontare più aree di funzionamento dell'individuo ed essere messo in pratica in contesti diversi e per lunghi periodi di tempo.

I sintomi dell'ADHD hanno una manifestazione diversa nei bambini e negli adulti. Poiché tale disturbo è stato inizialmente concettualizzato come un disturbo esclusivo dell'infanzia, la descrizione sintomatologica ne riflette le manifestazioni nei bambini. Anche se la formulazione che si trova nel DSM-IV ha fatto dei passi in avanti rispetto ai precedenti criteri, tale descrizione è comunque primariamente messa a punto per l'infanzia (Weiss et al., 1999). Nonostante in circa il 60% dei bambini con ADHD il disturbo persista anche in

età adulta (Elliott, 2002) e nonostante a una percentuale variabile tra il 2 e il 10% degli adulti si possa diagnosticare questo problema, è ancora diffusa la convinzione, sia tra la gente comune che tra alcuni professionisti della salute mentale, che l'ADHD non sia realmente riscontrabile negli adulti (Weiss et al., 1999). In molte persone i sintomi di questo disturbo si modificano nel corso della vita. Passando dall'infanzia all'adolescenza e poi all'età adulta, l'iperattività potrebbe diminuire mentre altre difficoltà legate alla distraibilità e alla disattenzione potrebbero persistere (Nadeau, 2005)⁴.

L'utilizzo dell'ipnosi con adulti ADHD è il tema di uno studio condotto da Seppo Hiltunen, Maartit Virta et al dell'Institute of Behavioural Sciences, University of Helsinki che conferma, anche se non in via definitiva, come il trattamento dell'ADHD con l'ipnositerapia determini un miglioramento che perdura anche nel lungo periodo.

Lo studio pone a confronto il trattamento dell'ADHD con metodo CBT e ipnositerapia

L'ipnositerapia consisteva in 10 sessioni settimanali guidate da uno psicologo esperto in ipnosi e ADHD (M.V.). I temi e i contenuti delle sessioni erano: quiete/rilassamento, motivazione al cambiamento, attenzione, avvio di attività, memoria, autostima, tre argomenti scelti individualmente (ad es. paura delle situazioni sociali, riduzione dell'impulsività, gestione della rabbia, secondo trattamento di temi precedenti) e la prosecuzione del processo. Vedi Virta et al. (2010a) per maggiori dettagli sul contenuto delle sessioni. Ogni sessione ha seguito la stessa procedura: discussione della precedente sessione di ipnositerapia, discussione del tema corrente, induzione, ipnositerapia e discussione. La durata di una sessione era di 40-60 minuti.

⁴ Annette U. Rickel Ronald T. Brown, *I disturbo da deficit di attenzione-iperattività nei bambini e negli adulti*, Giunti Psychometrics 2013

Come si legge nell'abstract dello stesso lavoro, questo è il primo studio di follow-up controllato e randomizzato che studia l'efficacia dell'ipnositerapia nel trattamento degli adulti con disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). Lo scopo era confrontare l'esito del follow-up della terapia cognitivo comportamentale breve (CBT) e dell'ipnositerapia. I dati di follow-up a sei mesi sono stati analizzati da 10 trattamenti individuali settimanali con ipnositerapia cognitiva (n = 8) e CBT (n = 9). I benefici del trattamento sono stati misurati mediante scale dei sintomi dell'ADHD self-report (BADDSS, SCL-16), scale dei sintomi psichiatrici (SCL-90, BDI-II), scala della qualità della vita (Q-LES-Q) e valutazione indipendente (CGI). I benefici del trattamento sono rimasti stabili con entrambi i gruppi di trattamento quando misurati con le scale dei sintomi dell'ADHD self-report. Tuttavia, i gruppi di ipnositerapia e CBT differivano in modo statisticamente significativo l'uno dall'altro nel benessere psicologico generale (SCL-90), nell'ansia (SCL-90) e nella depressione (BDI-II) e in modo quasi significativo nei sintomi dell'ADHD (SCL-16) indicando migliori risultati a lungo termine per l'ipnositerapia. Le valutazioni dei valutatori indipendenti hanno supportato qualitativamente i risultati. L'ipnositerapia sembra essere un metodo utilizzabile per il trattamento dell'ADHD negli adulti. Le possibili cause discusse per un miglior esito a lungo termine per l'ipnositerapia rispetto alla CBT includono un'alleanza più forte nell'ipnositerapia, l'impatto del rilassamento profondo sui sintomi principali e una maggiore influenza dell'ipnositerapia sulla regolazione emotiva. La generalizzazione dei risultati richiede ulteriori studi.⁵

Sembra dunque di poter concludere, almeno in via provvisoria, che la risposta alla domanda iniziale sia affermativa. L'ipnosi sembra essere uno strumento ricco di potenzialità per poter efficacemente incrementare attenzione e concentrazione, come nel contratto terapeutico con D., ponendo attenzione alla cornice entro cui utilizzare lo strumento.

⁵ Seppo Hiltunen, Maartit Virta et al., *Better long-term outcome for hypnotherapy than for CBT in adults with ADHD: Results of a six-month follow-up*,. *Tratto da: Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy* · January 2014.

Relazione terapeutica e rapport

Prima di proseguire volevo porre attenzione al rapport inteso per il Dott. Casiglia come: "...la particolare relazione terapeutica tra operatore che utilizza l'ipnosi e paziente"⁶. In una relazione mediata dallo strumento informatico, al pari del lavoro in presenza, il rapport si pone come elemento essenziale di efficacia nella dinamica operatore paziente.

Rispetto alla modalità di relazione clinica mediata dal mezzo informatico esistono alcuni studi che suggeriscono come non vi siano sostanziali differenze circa l'alleanza terapeutica e l'efficacia di questo approccio (Simpson & Reid 2014) per rapporto al lavoro svolto in presenza.

Vi sono alcuni accorgimenti tecnici che favoriscono l'instaurarsi della relazione terapeutica, considerando che il terapeuta e il paziente sono in luoghi fisici diversi, è importante che, per una positiva riuscita delle sedute, si possa evidenziare al paziente: di avere disposizione un luogo discreto che favorisca la riservatezza, privo di interferenze esterne, di avere una connessione internet stabile e con banda sufficiente a supporto della videochiamata, di avere uno schermo con dimensioni adeguate affinché il terapeuta possa essere apprezzato con sufficiente dettaglio e qualità, un audio che consenta una riproduzione sonora fedele, condizioni di luce che favoriscano una visione chiara e dettagliata.

Lo stesso terapeuta deve osservare quanto riportato sopra e deve avere cura del proprio abbigliamento, dello sfondo che la telecamera inquadra, favorendo una ambientazione accogliente e formale allo stesso tempo. La durata della seduta varia dai 45 ai 60 minuti. Gli appuntamenti successivi vengono concordati al termine della seduta, il pagamento osserva le tariffe utilizzate nel

⁶ AAVV a cura di Edoardo Casiglia, Trattato di Ipnosi, 2015, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova.

lavoro in presenza per evitare che si possa instaurare l'idea di avere a che fare un lavoro di minore qualità.

Il passaggio dalla relazione terapeutica al rapport avviene in modo lineare. Il rapport viene favorito dalla comunicazione non verbale e, la modalità della videochiamata, consente l'utilizzo di questo canale in modo apprezzabile. Allo stesso modo, in videochiamata comunicazione verbale e paraverbale sono apprezzabili e l'uso del rispecchiamento è del tutto praticabile.

L'esperienza di un vissuto di "somialianza" tra paziente e terapeuta è quindi possibile in videochiamata.

Nel lavoro con D le condizioni di cui sopra fanno da sfondo ai contenuti del lavoro clinico.

Induzione

Per poter introdurre lo strumento dell'ipnosi nella pratica, ho proposto a D di lavorare sulla creazione del luogo sicuro.

Nella fase di pre talk ho cercato di esplorare quali potessero essere i canali sensoriali di D, senza però avere un riscontro chiaro.

L'induzione deve portare alla realizzazione di un monoideismo plastico, ovvero la rappresentazione mentale non necessariamente visiva capace di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni: percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie⁷

La modalità operativa è stata quella di invitare D a mettersi comodo, di chiudere gli occhi e di seguire la mia voce. Ho chiesto quindi a D di portare l'attenzione al respiro, all'aria che entra e all'aria che esce. Ho utilizzato il ricalco e in seguito ho introdotto l'ideoplasia (in questa condizione ti è facile immaginare un luogo o il ricordo di un'esperienza dove ti sei sentito particolarmente bene). L'ho di seguito condotto all'esplorazione del luogo sicuro rinforzando la sicurezza, il benessere, il rilassamento.

Per la ratifica ho portato l'attenzione di D alle palpebre piacevolmente chiuse, dicendo che in quella condizione così piacevole e rilassata anche se avesse voluto sarebbe stato difficile riaprirle.

Durante l'induzione ho potuto notare la regolarizzazione e il rallentamento del respiro, il rilassamento muscolare e la deglutizione.

Ho a questo punto, ho introdotto l'ancoraggio tramite l'unione del pollice e dell'indice della mano sinistra con la suggestione di ricontattare con questo gesto anche in seguito la condizione di benessere che stava sperimentando.

⁷ Slide "La struttura dell'induzione" Dott. M. Somma. Presentazione corso CIICS 2021.

Poi contando da 5 a 1 ho riportato D nella condizione di presenza.

Dopo qualche secondo di silenzio D riferisce una sensazione che è paragonabile a quella che si sente 10 minuti dopo essersi svegliato di buon mattino. Riporta il bisogno di muoversi che assecondo permettendo di alzarsi dalla poltrona e muoversi con tutto il corpo. Si alza dalla poltroncina e cammina nella stanza muovendo anche le braccia, dopo qualche istante si accomoda nuovamente.

Mi racconta che l'immagine visualizzata era di un grande prato verde con erba non altissima con pochi alberi il rumore di un ruscello che non si vede, un leggero vento, cielo azzurro.

Riporta inoltre che durante l'induzione c'è stato un momento in cui si è staccato dall'immagine come se avesse iniziato a mettere a posto dei fogli in un cassetto, non c'erano pensieri o parole precisi tutto veniva messo in ordine.

L'enfasi posta sul suono del ruscello mi suggerisce che il suo registro potrebbe essere quello uditivo, questo potrebbe essere utile per una successiva induzione.

Credo inoltre che nel momento della ratifica ci sia stato da parte sua una azione di compiacimento nei miei confronti, nell'esplorare questa parte con D, mi riferisce che se avesse voluto avrebbe potuto aprire gli occhi, ma preferiva non farlo perché stava bene in quello stato.

Benché l'induzione sia avvenuta in videochiamata, da un punto di vista pratico non ho rilevato nessuna difficoltà. Utilizzando come termine di paragone le esercitazioni del corso ho potuto notare come ci fosse una sostanziale continuità tra ciò che avevo potuto sperimentare in aula e quanto avvenuto in videochiamata.

Per via dell'inquadratura offerta dalla videocamera del PC non ho potuto vedere il gesto dell'ancoraggio, ne ho avuto riscontro successivamente, a induzione finita quando ne abbiamo testato la bontà di funzionamento.

Anche in questo caso credo che vi sia stata una parte di D che ha, in qualche misura, tentato di compiacermi magnificando il vissuto dell'ancoraggio.

Conclusioni

Premetto che nel corso della terapia si sono presentate questioni emergenti che ci hanno indotto a spostare il focus della terapia con l'accordo di tornare all'obbiettivo che ci eravamo posti in seguito.

Le questioni emergenti sembra abbiano a che fare con aspetti più profondi della personalità di D, che si sta autorizzando a immettere nel percorso terapeutico.

Alla luce dell'esperienza sembra di poter affermare che quanto occorso possa essere considerato incoraggiante.

La psicoterapia da remoto appare possibile e, per certi versi, con punti di forza che, nella mia esperienza, non si riscontrano nella attività in presenza quali ad esempio: la capacità di andare verso i focus clinici in modo più rapido e diretto, la possibilità che si possano manifestare vissuti emotivi intensi a partire dai primi colloqui.

Allo stesso modo anche l'ipnosi da remoto appare possibile.

Il mezzo informatico sembra influire molto poco sulla qualità della relazione, sulla tecnica di conduzione e sulle dinamiche della terapia che sono del tutto equivalenti a quelle che si osservano nella pratica in presenza.

I limiti che emergono sono attribuibili in buona misura alla qualità della connessione, dell'audio e delle immagini. L'inquadratura a mezzo busto in qualche misura è riduttiva rispetto alla possibilità di avere la figura intera per quanto riguarda la lettura del non verbale, ma allo stesso tempo non sottrae significato nell'autonomia complessiva della terapia.

Rispetto a quanto riportato mi spinge a considerare l'attività via web come un valido strumento di lavoro. Sciolte le perplessità iniziali, sia colloquio clinico, EMDR e ora anche l'ipnosi possono essere parte integrante di questa modalità di lavoro che, nata per necessità, è ora uno strumento ampiamente utilizzato.

La mia ricerca verte ora sulla necessità di praticare ipnosi che, per ciò che ho potuto vedere, sembra offrire una interessante complementarietà con la psicoterapia.

Il procedere verso una integrazione di questi strumenti in modo armonico rappresenta per me l'obiettivo futuro.

Bibliografia

American Psychiatric Association, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2001

Annette U. Rickel Ronald T. Brown, Il disturbo da deficit di attenzione-iperattività nei bambini e negli adulti, Giunti Psychometrics, 2013.

AAVV a cura di Edoardo Casiglia, Trattato di Ipnosi, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova, 2015.

Granone F., *Trattato di Ipnosi Vol 1*, Istituto Franco Granone CIICS, Torino, 1989.

Granone F., *Trattato di Ipnosi Vol 2*, Istituto Franco Granone CIICS, Torino.

1989. Hannah Calkins, *On line therapy is here to stay*. Date created: January 1, 2021; www.apa.org. link: <https://www.apa.org/monitor/2021/01/trends-online-therapy>

Seppo Hiltunen, Maartit Virta et al., *Better long-term outcome for hypnotherapy than for CBT in adults with ADHD: Results of a six-month follow-up*,. *Tratto da: Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy* · January 2014.

Zara Abrams, *How well is telepsychology working*. Date created: July 1, 2020; www.apa.org. link: <https://www.apa.org/monitor/2020/07/cover-telepsychology>

Slide“*La struttura dell’induzione*” Dott. M. Somma. Presentazione corso CIICS 2021