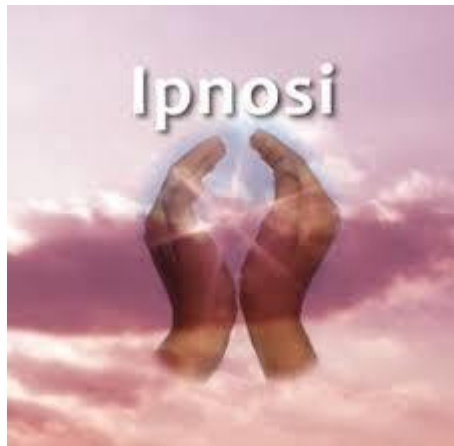


## INDICE

Introduzione	1
Cap. 1 – <b>Utilizzo dell'ipnosi in psicoterapia</b>	3
Cap. 2 – <b>Indicazioni e controindicazioni all'ipnosi</b>	8
Cap. 3 – <b>Le fobie</b>	10
Cap. 4 – <b>Ipnosi come trattamento delle fobie</b>	15
Cap. 5 – <b>Casi clinici</b>	20
Conclusioni	26
Bibliografia	27

---

## Introduzione



Si può definire l'ipnosi come uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, determinato e che determina il rapporto terapeutapaziente, caratterizzato dal monoideismo plastico, cioè una sola idea che riverbera sul piano psicosomatico.

Per ideoplasia si intende il concetto che l'idea, suggerita dalla parola, ha la 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.

Distinguendo tra ipnotismo e ipnosi, Granone evidenzia come l'ipnosi sia *“un modo di essere dell'organismo, e l'ipnotismo quella tecnica che permette di attuare tale condizione”*<sup>1</sup>

Citando le parole di Granone, *“si intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e*

---

1 Granone F., 1989, pag. 3

*viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l'ipnotizzatore”<sup>2</sup>*

Secondo Granone, l'ipnosi “ *permette [..]a una parte dell'Io di regredire per il servizio stesso dell'Io; e in modo non patologico, ma fisiologicamente produttivo”<sup>3</sup>*

L'ipnosi gode di una storia millenaria, e ha conosciuto nel tempo definizioni e giudizi quanto mai vari e contraddittori.

Si hanno notizie di utilizzi di tale fenomeno già nell'antichità, da sacerdoti egizi e greci; gli sciamani e gli stregoni hanno sempre impiegato tecniche di trance per migliorare la loro chiarezza e per applicare cure, ma è con Franz Anton Mesmer che, dopo la metà del 1700, si apre una nuova era di approfondimenti e applicazioni nel campo di ciò che chiameremmo modernamente "clinica".

Attraverso gli anni, grazie agli studi e alle sperimentazioni di molti studiosi, si arrivano a concettualizzare sempre più approfonditamente i fenomeni ipnotici e i loro impieghi, e si parla per la prima volta nel 1843 di "ipnosi, ipnotismo e neuroipnosi" nel saggio di James Braid "*Neurypnology, or the Rationale of Nervous Sleep*".

Da allora, passando attraverso i lavori di grandi medici come Janet, Charcot e fino a Freud, l'ipnosi si avvicina sempre più alla concettualizzazione psicologica della cura. Nascono in quel periodo storico termini come "subconscio", "ideazione fissa", "analisi psicologica" e la concezione della "psicologia dinamica" e della "teoria del trauma" che attraverseranno il secolo a venire giungendo

---

<sup>2</sup> Ibid, pag. 3

<sup>3</sup> Ibid, pag. 25

a noi come fondamenti del lavoro psicoterapeutico moderno di orientamento psicomodinamico.

# Cap 1

## Utilizzo dell'ipnosi in psicoterapia



Utilizzare l'ipnosi in psicoterapia significa potersi avvalere di modifiche dello stato di coscienza in grado di facilitare il cambiamento auspicato dal paziente, rafforzando l'io, agevolando le capacità di concentrazione e mobilizzando risorse dell'individuo ancora a lui sconosciute o in lui latenti.

Attraverso il sogno, la fantasia, la metafora si può dilatare la propria esperienza sensibile permettendo di strutturare e sperimentare una diversa visione del mondo, rendendo predominante la funzione simbolica a cui il processo di conoscenza viene totalmente affidato<sup>4</sup>

Il ruolo del terapeuta che utilizza l'ipnosi è quello di guidare il paziente verso una proficua alleanza terapeutica: *“l'ipnosi non*

---

<sup>4</sup> Fonzi A., Negro Sancipriano E.,1975, p.37

*altera la persona, non altera neppure la sua esperienza di vita passata, ma serve a permetterle di imparare di più su se stessa e ad esprimersi più adeguatamente” (M.Erickson).*

Liberando la propria creatività latente attraverso il percorso ipnotico, la persona è facilitata nel trasferire il prodotto emozionale delle sue risorse personali nella vita quotidiana sperimentando modelli diversi e desiderati di funzionamento.

La suggestione in stato ipnotico non agisce sulla volontà ma sull'immaginazione, elemento dominante del subconscio che a sua volta influenza le funzioni del nostro organismo.

Lo spostamento del campo sensibile dall'esterno verso l'interno favorisce l'emergere del processo di simbolizzazione che può essere proficuamente incanalato e convogliato verso il raggiungimento di mete specifiche e concordate.

Fondamentale è l'instaurarsi del *rapport*, una particolare situazione di fiducia, comprensione ed empatia nell'incontro tra ipnotista e soggetto, in cui la persona concede fiducia al conduttore, al punto da permettergli di guidarlo e motivarlo ad esplorare il proprio inconscio.

Al fine di agevolare l'induzione è indispensabile dedicare del tempo alla costruzione di un setting facilitante, attraverso la conoscenza del paziente, il chiarimento delle tecniche che si utilizzeranno e fornendo ogni informazione alla persona con cui si lavorerà.

In psicoterapia tutto questo avviene spesso grazie ad una relazione

pregressa con il paziente stesso, che in sedute precedenti ci ha già permesso di accedere al suo mondo interno, a creare il rapporto di fiducia reciproca e di chiarire motivazioni ed aspettative verso il lavoro psicologico in atto.

La condotta del terapeuta utile a favorire il processo di induzione ipnotica, una volta avute dal soggetto notizie sufficienti per stabilire il rapport, è volta a chiarire i dubbi e a capire gli obiettivi del paziente senza mai imporre i propri.

Seguendo le indicazioni di Granone, per indurre ipnosi è fondamentale *“basare la propria tecnica sulla particolare personalità del soggetto, sui suoi bisogni e sui suoi desideri, valendosi anche delle risposte e del suo atteggiamento all'istante dell'induzione, senza mai opporvisi”*<sup>5</sup>

Secondo Casula, ogni psicoterapeuta deve essere consapevole delle potenzialità della comunicazione che utilizza, e ciò risulta ancora più necessario con la pratica dell'ipnosi.<sup>6</sup>

Le competenze necessarie possono riassumersi in:

- socioculturale
- semiologica
- contestuale
- prossemica
- cinesica

---

5 Granone F., Op. Cit., pag 45

6 Casula C., 1995

- paralinguistica
- linguistica
- pragmatica
- competenza performativa

Competenza socioculturale: l'ambiente di provenienza del paziente, le sue credenze, il suo retaggio culturale lo rendono unico e solo comprendendo appieno tale contesto il terapeuta può adottare un linguaggio e un ascolto significativi.

Competenza semiologica: saper porre attenzione a segni e ornamenti, abbigliamento, accessori, attraverso i quali il paziente parla di sé indirettamente ( ma anche il terapeuta, attraverso il suo stile, l'arredamento dello studio, ecc..)

Competenza contestuale: capacità di sapere quando e come porre una domanda, fare un commento, fare una proposta o iniziare un procedimento.

Competenza prossemica: permette al terapeuta di adottare la giusta distanza e la giusta posizione a seconda della situazione in atto ( di fronte, di fianco)

Competenza cinesica: porta il terapeuta a calibrare i gesti del paziente e a curare i propri messaggi analogici e la loro capacità espressiva (per sottolineare, enfatizzare o rafforzare taluni messaggi)

L'osservazione del modo di muoversi del paziente darà importanti



suggerimenti su reazioni e stati del paziente stesso.

Competenza paralinguistica: indispensabile per calibrare il modo di parlare a seconda del tipo di intervento in atto (volume, velocità, pause tono, intonazioni)

Competenza linguistica: utile sia nell'ascolto sia nella trasmissione di messaggi attraverso l'individuazione di preziose informazioni sulle strutture percettive, cognitive, affettive e temporali del paziente.

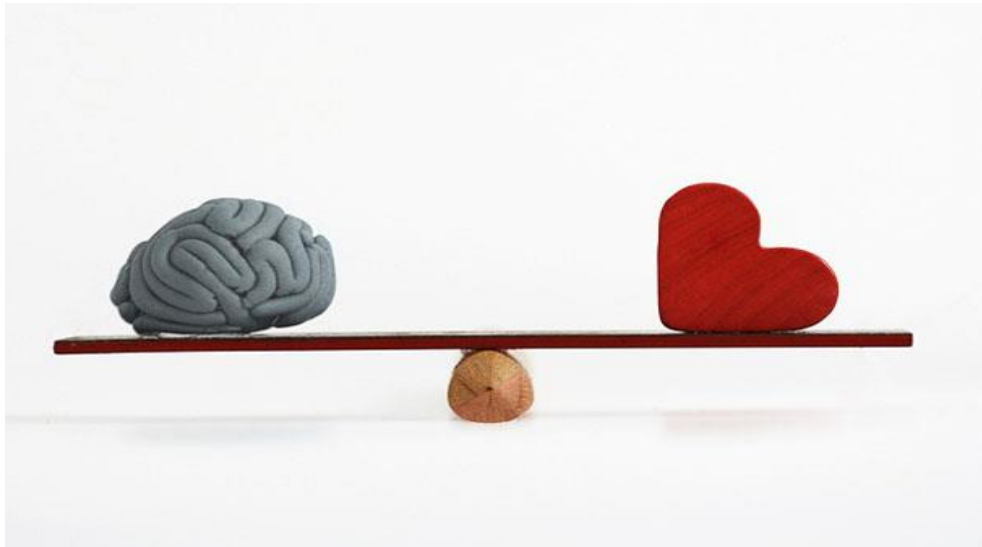
Competenza pragmatica: riguarda la responsabilità degli effetti degli interventi del terapeuta verso il paziente. Permette di scegliere quando usare una comunicazione diretta o indiretta, quando essere espliciti o allusivi, quando essere descrittivi o metaforici

Competenza performativa: fa curare l'insieme della performance terapeutica a seconda delle funzioni relazionali attuate nell'interazione con il paziente per imprimere ai messaggi la forza necessaria.

Variabili che possono ostacolare l'induzione in ipnosi sono i pregiudizi del paziente sulla tecnica, la paura ad affidarsi e un rapporto non adeguato con il terapeuta.

## Cap. 2

### Indicazioni e controindicazioni all'ipnosi



I soggetti refrattari all'ipnosi rappresentano il 5-10% della popolazione.

Non sono indicati per l'ipnosi quei soggetti con cui non si può stabilire un rapporto empatico produttivo (oligofrenici, psicotici gravi) e i soggetti incapaci di concentrazione mentale, di elaborazione psichica e di giudizio. Difficilmente ipnotizzabili risultano le personalità fredde, con scarso insight, incapaci di vivere una vita interiore e di relazione.

Attenzione va posta nell'età evolutiva, verso cui è maggiormente indicata la comunicazione ipnotica (comunicazione tesa a far raggiungere al soggetto un buon grado di rilassamento e fiducia attraverso modalità definite di comunicazione verbale e non verbale

contestualizzate al fine e alla personalità del giovane soggetto).

In tutti gli altri casi (normalità psichica, nevrosi) l'ipnosi si rivela un buon metodo di analisi della personalità profonda.

In questi casi il trattamento ipnotico può innestarsi su quello psicoterapeutico per superare alcune resistenze inconse.

In generale si può affermare che l'ipnosi non è la cura in sé, ma lo strumento facilitante la risoluzione di un disagio che permette una migliore collaborazione con l'inconscio del paziente.

Nello studio dello psicoterapeuta, le indicazioni all'utilizzo della terapia ipnotica sono molteplici: disturbi d'ansia e dell'umore, deficit dell'autostima, scarso rendimento scolastico, sportivo o lavorativo, disturbi psicosomatici, del sonno, sessuali, dell'adattamento e fobie.

## Cap 3

### Le fobie



Le interpretazioni e il trattamento delle fobie sono varie, a seconda delle modalità di indagine e di approccio impiegate.

Il DSM-IV-TR inserisce i disturbi fobici nell'ambito dei Disturbi d'Ansia.<sup>7</sup>

La parola “ansia” deriva dal termine latino “anxius”, la cui radice è quella del verbo “angere”, che significa stringere, soffocare.

L'ansia si caratterizza come una condizione di timore che si manifesta con apprensione, attesa inquieta e spesso con una serie di correlati fisiologici come sudorazione, palpitazioni, senso di affaticamento e difficoltà a respirare normalmente.

---

<sup>7</sup> DSM IV-R, 2001

I disturbi d'ansia sembrano i più diffusi, nella popolazione, tra i disturbi psicologici. Per esempio, in uno studio americano condotto su 8000 adulti, circa il 28% degli intervistati ha dichiarato di aver avuto esperienza almeno una volta di sintomi caratteristici di un disturbo d'ansia secondo i criteri di classificazione del DSM IV-TR<sup>8</sup>. Tra i disturbi di questo gruppo, la Fobia è tra le più diffuse.

Il manuale diagnostico dei disturbi mentali definisce la Fobia Specifica come la “paura marcata e persistente, eccessiva o irragionevole, provocata dalla presenza o dall’attesa di un oggetto o situazione specifici” (criterio A)

Oltre al criterio diagnostico (A) per effettuare la diagnosi è necessaria la presenza di altri sei criteri:

**Criterio B.** L’esposizione allo stimolo fobico quasi invariabilmente provoca una risposta ansiosa immediata, che può prendere forma di Attacco di Panico situazionale o sensibile alla situazione.

**Criterio C.** La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole.

**Criterio D.** La situazione fobica viene evitata oppure sopportata con intensa ansia o disagio.

**Criterio E.** L’evitamento, l’ansia anticipatoria o il disagio nella situazione temuta interferiscono in modo significativo con la normale routine della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività o le relazioni sociali, oppure è presente disagio marcato per il fatto di avere la fobia.

**Criterio F.** Negli individui al di sotto dei 18 anni la durata è di

---

8 Kessler, R. C., Berglund, P. A., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005), p.593–602

almeno 6 mesi.

**Criterio G.** L'ansia, gli attacchi di panico o l'evitamento fobico associati con l'oggetto o situazione specifici non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale, come il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo Post-traumatico da Stress, Disturbo d'Ansia di Separazione, Fobia Sociale, Disturbo di Panico con Agorafobia o Agorafobia senza Anamnesi di Disturbo di Panico.

Il DSM-IV TR raggruppa inoltre tutte le possibili fobie in cinque **sottotipi** generali:

- Tipo Animali. La paura viene provocata da animali o insetti.

Questo sottotipo esordisce generalmente nell'infanzia.

- Tipo Ambiente Naturale. La paura viene provocata da elementi dell'ambiente naturale, come temporali, altezze, acqua. Questo sottotipo esordisce generalmente nell'infanzia.

- Tipo Sangue-Iniezioni-Ferite. La paura viene provocata dalla vista del sangue o di una ferita o dal ricevere un'iniezione o altre procedure mediche invasive. Questo sottotipo ha un'elevata familiarità ed è spesso caratterizzato da un'imponente risposta vasovagale.

- Tipo Situazionale. La paura viene provocata da una situazione specifica, come trasporti pubblici, tunnel, ponti, ascensori, aeroplani, volare, guidare o luoghi chiusi. Questo sottotipo ha una distribuzione dell'età di esordio bimodale, con un picco nell'infanzia e un altro picco verso i 25 anni. Sembra simile al disturbo da attacchi di panico con agorafobia per la distribuzione tra i sessi, la concentrazione familiare e l'età di esordio.

- Altro tipo. La paura viene scatenata da altri stimoli. Questi stimoli possono includere: la paura o l'evitamento di situazioni che potrebbero portare a soffocare, vomitare o contrarre una malattia; la fobia dello "spazio" (cioè l'individuo ha timore di cadere giù se è lontano da muri o altri mezzi di supporto fisico); e il timore nei bambini dei rumori forti o dei personaggi in maschera.

Vengono inoltre specificati a parte i criteri per la **Fobia Sociale**, che mantiene le caratteristiche nelle sue manifestazioni e sintomi, eccezion fatta per il criterio A: "Paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali o prestazionali nelle quali la persona è esposta a persone non familiari o al possibile giudizio degli altri. L'individuo teme di agire (o di mostrare sintomi di ansia) in modo umiliante o imbarazzante".

Nel nuovo DSM-V la descrizione delle fobie non sembra modificata in modo sostanziale.

In un'ottica psicomodinamica, il sintomo fobico emerge quando *"pensieri proibiti sessuali o aggressivi che potrebbero portare a una ritorsione punitiva minacciano di emergere dall'inconscio"* attivando *"un segnale d'ansia che porta allo spiegamento di tre meccanismi di difesa – spostamento, proiezione ed evitamento"*<sup>9</sup>

Queste difese eliminano l'ansia rimuovendo ancora una volta il desiderio proibito, ma a costo della creazione di una sintomatologia

---

9 Nemiah, J.C.,1981, p. 115

fobica.<sup>10</sup>

L'obiettivo dell'approccio psicodinamico è quello di rielaborare i termini del conflitto rappresentato simbolicamente dall'oggetto temuto. Si tenta di individuare e favorire l'elaborazione delle pulsioni inaccettate che determinano lo stato conflittuale. Si cerca inoltre di "riparare" gli oggetti temuti favorendo l'interiorizzazione di un oggetto buono sufficientemente contenitivo.

Secondo l'approccio cognitivo-comportamentale le risposte comportamentali ed emotive, anche fobiche, dipendono dal significato attribuito allo stimolo temuto.

L'ottica cognitiva si focalizza sull'individuazione dei pensieri disfunzionali, irrazionali e sulla loro messa in discussione e la sostituzione con pensieri razionali e funzionali.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale sostiene che il disturbo fobico derivi da un cattivo apprendimento che può avvenire per condizionamento classico (*Preparedness Theory* di Seligman) o per apprendimento sociale (Bandura). Il disturbo si viene poi a mantenere per condizionamento operante tramite l'evitamento, dove il rinforzo negativo è rappresentato dalla sensazione di diminuzione dell'ansia per effetto dell'allontanamento dalla situazione fobica.

La desensibilizzazione sistematica è stato il primo metodo largamente utilizzato per il trattamento delle fobie; esso implica l'addestramento del paziente ad acquisire la capacità di rilassarsi di fronte all'oggetto temuto attraverso l'esposizione graduale, reale o

---

10 Gabbard G.O.,1995, p.248



immaginata, allo stimolo fobico. L'esposizione viene ritenuta efficace sia per la fobia sociale che specifica.<sup>11</sup>

Un approccio alternativo ai disturbi fobici è quello proposto dalla terapia breve strategica di Nardone, in cui non vengono ricercate le cause del problema: il focus viene posto sul “come ogni persona, senza rendersene conto, costruisce la trappola nella quale poi entra e dalla quale non riesce più ad uscire da solo”, in particolare attraverso il meccanismo dell'evitamento.<sup>12</sup>

L'intervento, in questi casi, viene focalizzato sulle tentate soluzioni che complicano il problema, al fine di interrompere “un circolo vizioso di percezioni e reazioni che reciprocamente si alimentano in una spirale perversa”<sup>13</sup> attraverso l'utilizzo di stratagemmi terapeutici che permettano al paziente di vivere reali “esperienze emozionali correttive” frutto di eventi casuali pianificati e prodotti dal terapeuta.

---

11 Wolpe J.,1958

12 Nardone G., 2000, p.31

13 Ibid, p.48

## Cap. 4

### Ipnosi come trattamento delle fobie



La letteratura scientifica ha ormai ampiamente dimostrato come attraverso l'ipnosi sia possibile sfruttare e regolare le connessioni mente-corpo<sup>14</sup>. Questo è uno dei motivi per i quali molti studi<sup>15</sup> hanno esplorato le possibilità terapeutiche offerte dalle tecniche ipnotiche per condizioni patologiche legate all'ansia.

Sono molti gli orientamenti teorici che si sono serviti con successo dell'ipnosi per potenziare gli effetti della terapia ed arrivare ad una più profonda e rapida risoluzione del disturbo. Un esempio è contenuto in un lavoro<sup>16</sup> di Kirsch et al., nel quale si è confrontato l'andamento di alcuni gruppi di pazienti trattati secondo il modello

---

14 Iglesias, A. & Iglesias, A., 2005 pp.249-256,

15 McNeal, S.A., 2001, pp.263-274,

16 Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapperstein, G., 1995, pp. 214-220

cognitivo-comportamentale con quello di gruppi di pazienti che seguivano la stessa terapia con l'aggiunta di moduli di ipnosi. I risultati, ottenuti, prendendo in considerazione 18 studi, hanno dimostrato che i partecipanti del secondo gruppo sono migliorati circa del 70% in più rispetto ai pazienti del primo.

Risultati simili sono rintracciabili anche nella letteratura riguardante psicoterapie di orientamento diverso.<sup>17</sup>

Altri studi più recenti confermano ulteriormente che l'uso dell'ipnosi per il trattamento di disturbi d'ansia e fobie, da sola o combinata a trattamenti standard per questi disturbi, porta ad un più significativo miglioramento della sintomatologia.<sup>18</sup>

Nel trattamento delle fobie, l'ipnosi può essere utilizzata principalmente con tre modalità:

- regressione d'età
- suggestione diretta (ipnosi classica)
- esplorazione dell'inconscio con tecnica ideodinamica

Viene inoltre utilizzata con successo anche come modalità di rilassamento a supporto di tecniche cognitivo-comportamentali quale la desensibilizzazione sistematica.

Scegliendo un percorso che preveda la **regressione d'età** il paziente viene invitato, dopo l'induzione in stato ipnotico, a ripercorrere le fasi di vita pregresse, come se sfogliasse all'indietro un album

---

17 Crawford, H.J. & Barbasasz, A.F.,1993, pp. 311-338

18 Corydon Hammond, D., 2010, pp. 263-273

fotografico o se vedesse la proiezione di un film, fino a raggiungere il periodo esatto in cui un evento traumatico possibile causa dello stato attuale fobico si è manifestato.

In condizione di ipnosi, il paziente sarà in grado di recuperare ricordi chiari di avvenimenti anche molto precoci (1 – 3 anni), normalmente non accessibili in stato vigile, mantenendo nel contempo le capacità di adulto, capacità che gli permetteranno la rilettura dell'evento e la successiva ristrutturazione del ricordo in modo risolutivo.

Lavorando con la **suggestione diretta**, è possibile ottenere risultati soddisfacenti attraverso la modificazione delle reazioni allo stimolo fobico.

Granone ricorda la più importante, la modalità “condizionante e decondizionante comportamentale”, che agisce “*in primo luogo mediante tecniche di condizionamento pavloviano, e in secondo luogo facendo vivere al paziente in stato di rilassamento ipnotico l'esperienza che per lui è suscitatrice di angoscia fobica*”<sup>19</sup>.

La sensazione di rilassamento psicosomatico della trance ipnotica viene “ancorata” attraverso un gesto appreso in ipnosi, e potrà in questo modo venire facilmente richiamata per superare le situazioni di crisi di fronte agli stimoli temuti.

Questa modalità di intervento, e in generale ciò che viene definito decapitazione del sintomo, richiede particolare attenzione, in quanto il sintomo può a volte ricoprire un ruolo difensivo per la personalità del paziente. In questi casi, se non pare possibile risolvere in altro

---

19 Granone F., Op. Cit., p. 438

modo i bisogni profondi del paziente, è consigliata la “sostituzione del sintomo fobico con uno meno disturbante” e in armonia con il contenuto simbolico latente<sup>20</sup>.

**L'Esplorazione Ideomotoria dell'inconscio** è una tecnica per esplorare a livello inconscio la presenza di conflitti o traumi che possono esprimersi con sintomatologia organica o alterare l'equilibrio psichico del paziente.

E' una tecnica rapida, rispettosa del paziente e spesso risolutiva, in grado di creare una comunicazione tra inconscio e mente conscia che restituisca al soggetto informazioni utili alla ristrutturazione del problema stesso (tecnica autogena di guarigione assistita dall'ipnotista).

Non è necessario uno stato di ipnosi profonda, è sufficiente che il soggetto raggiunga una condizione di buona attenzione e concentrazione di solito ottenibile in trance leggera e vigile.

La procedura parte con la spiegazione al soggetto di cosa sia l'inconscio e come si possa dialogare con esso. Attraverso una induzione classica, il paziente viene invitato a rilassarsi e a concentrare la sua attenzione verso le dita delle sue mani, chiedendogli poi di permettere al suo inconscio di scegliere quali dita muoverà per comunicare risposte “sì”, “no”, “non adesso”. Il movimento non sarà volontario, ma sarà piuttosto percepito dal paziente come autonomo, simile ad una piccola scossa, tremolio, scatto o altra sensazione spontanea. I movimenti saranno amplificati dal terapeuta appena si manifesteranno per rendere più

---

<sup>20</sup> Ibid., p.438

efficace la comunicazione.

Attraverso un vero e proprio dialogo a domande chiuse (a cui l'inconscio del paziente potrà rispondere con un "sì", un "no" o un "non adesso") si procede ad esplorare il problema invitando il soggetto a ripercorrere mentalmente la sua vita, partendo dal presente e andando a ritroso, per contestualizzare l'esordio del disturbo.

Si potranno osservare espressioni emotive anche intense, durante l'esplorazione ed è quindi consigliabile rassicurare il paziente e comunicargli la nostra vicinanza e supporto per tutto il tempo necessario alla rielaborazione.

Poichè inizialmente si è permesso all'inconscio di identificare il segnale "non adesso" attraverso la designazione di un dito a tale scopo, il terapeuta, pur con necessaria cautela, può spingersi nell'esplorazione dell'inconscio sapendo che in ogni momento il paziente potrà sottrarsi ad alcune domande se non ancora pronto ad affrontare i suoi conflitti.

Una volta individuata l'origine della fobia, la persona viene invitata a ristrutturare la vecchia esperienza attraverso le competenze attuali di adulto.

A completamento, è sempre opportuno chiedere se è possibile che ci siano ulteriori motivi per il disagio, e in caso di risposta affermativa si continua con l'esplorazione a domande chiuse fino a quando il paziente non si dichiarerà soddisfatto della ricerca.

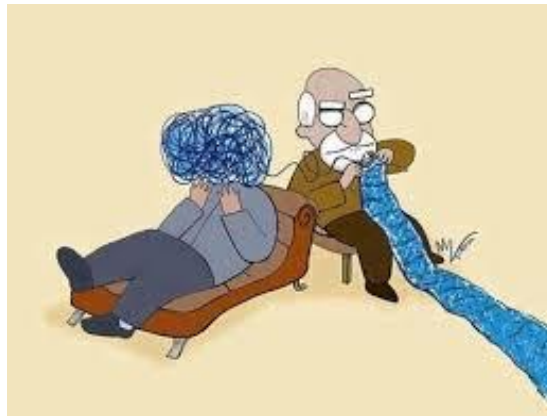
Esiste comunque la possibilità che la tecnica non dia i risultati

sperati, e che resistenze estrinseche o intrinseche non permettano al paziente di utilizzare efficacemente i segnali ideomotori (rapporto non positivo con l'ipnotista, paure non risolte, necessità del sintomo, scarsa motivazione alla risoluzione).

In generale, però, si può affermare che la tecnica dell'esplorazione ideodinamica dell'inconscio risulta particolarmente maneggevole anche per i soggetti resistenti all'ipnosi, e in casi molto semplici in cui la fobia non cela disturbi più profondi può rivelarsi risolutiva in una sola seduta.

## Cap 5

### Casi clinici



#### **Il caso di S.**

S. è una donna di 39 anni, impiegata part-time, sposata, senza figli. Circa diciotto mesi fa ha chiesto aiuto per elaborare una crisi coniugale, ora rientrata, e prosegue adesso il percorso per conoscere meglio se stessa e rafforzare quelle parti di sé che ancora sente carenti.

All'interno dello spazio terapeutico, si è subito instaurato un buon rapporto di fiducia e disponibilità che ha agevolato il lavoro di esplorazione e apertura al cambiamento.



Le viene proposto di sperimentare l'ipnosi per superare la sua irrazionale paura degli aghi, che la accompagna sin dall'infanzia, in seguito alla richiesta del suo medico curante di sottoporsi a normali esami del sangue in vista di una possibile quanto ricercata gravidanza.

S. racconta di avere un ricordo traumatico legato alla sua infanzia e fa risalire a quello spiacevole episodio la sua incapacità anche solo di pensare a iniezioni o prelievi.

La speranza di una futura maternità le dà sufficiente coraggio per aprirsi su questo problema, che in passato ha sempre preferito ignorare e si dichiara pronta ad affrontare il percorso.

Utilizziamo parte di una seduta per approfondire il significato e l'utilizzo dell'ipnosi, e il buon rapporto creato nel tempo agevola la sua fiducia a sperimentare questo strumento.

Nella prima induzione di trance ipnotica, la paziente si lascia guidare con facilità e raggiunge un buon grado di rilassamento psicofisico senza tuttavia lasciare del tutto l'attenzione (nessun segno obiettivo di ipnosi). Ciò risulta in linea con la personalità della paziente e approfitto dello stato raggiunto per focalizzare l'attenzione sulle sensazioni di piacevolezza e soddisfazione e per rinforzare la fiducia nelle sue capacità di lasciarsi andare.

La invito a cercare, nella sua esperienza reale o immaginaria, un posto rilassante, per lei sicuro, a cui potrà tornare ogni volta si sentirà a disagio, e le lascio il tempo di costruire le sue immagini in modo per lei soddisfacente.

Al termine della seduta, utilizziamo il tempo restante per discutere delle sue sensazioni e si dichiara molto soddisfatta di quanto provato, acconsentendo a proseguire il percorso.

Decidiamo di frazionare l'intervento sui vari momenti per lei ansiogeni nell'avvicinarsi al momento del prelievo:

- la sera prima dell'esame
- l'ingresso al centro medico e l'attesa del suo turno
- il momento del prelievo.

Dalle reazioni di S. intuisco la sua preferenza per il canale visivo e utilizzerò questa informazione nelle sedute successive per approfondire la trance ipnotica.

L'induzione successiva inizia con la richiesta alla paziente di formare nella sua mente alcune immagini il più possibile dettagliate seguendo le indicazioni del metodo di Kline<sup>21</sup>.

Rilevati i segni di trance ipnotica, conduco la paziente ad immaginare se stessa il giorno prima dell'esame e stimolo immagini di calma e rilassamento, fiducia e coraggio, chiedendole di segnalarmi con un segno delle dita quando si sentirà soddisfatta di ciò che prova.

Al suo segnale, introduco l'ancoraggio (pollice e indice della mano destra uniti) e terminiamo il nostro incontro di nuovo con uno spazio per elaborare insieme le sue sensazioni.

Le due sedute successive ricalcano lo stesso schema, ed ogni volta stabilizziamo con successo il senso di calma e sicurezza per le fasi

---

21 Granone F., op. cit. p.57

“ingresso e attesa” e “momento del prelievo”.

Il sabato mattina seguente, S. mi invia un messaggio entusiasta comunicandomi di essere appena uscita dal laboratorio analisi, di essere stata benissimo e di sentirsi più forte e soddisfatta di se stessa.

### **Il caso di G.**

G. è una ragazza di 21 anni, e si presenta su suggerimento dei genitori per difficoltà negli studi universitari.

Nei primi incontri, G. racconta dei successi scolastici del passato, della scelta del percorso successivo come il coronamento di un sogno che la porterà alla professione da lei amata e delle pressioni familiari per il suo rendimento.

La sua vita sociale e familiare sono buone, si dichiara ancora soddisfatta della sua scelta universitaria e nell'insieme mostra una buona forza dell'io e stabilità emotiva.

I disagi che la portano in seduta si manifestano in prossimità degli esami, e soddisfano i criteri per una diagnosi di Fobia Sociale:

- paura marcata e persistente di affrontare il giudizio dei docenti e di mostrare segni di ansia imbarazzanti o umilianti in sede di interrogazione
- quando ha provato a superare la situazione temuta,

importanti sintomi psicofisici di ansia (senso di svenimento, tachicardia, nausea, confusione mentale) hanno indotto la paziente ad evitare la prova

- la paziente riconosce che la paura è irragionevole ed eccessiva
- l'evitamento, l'ansia e il disagio interferiscono significativamente con il desiderato funzionamento scolastico.

Dopo aver analizzato a livello conscio le possibili cause di questo blocco mai sperimentato nei precedenti anni di studio, decidiamo di lavorare utilizzando tecniche di ipnosi per rafforzare il suo senso di adeguatezza ed efficacia e per superare i blocchi emotivi che la rallentano nel suo percorso.

Seguendo quanto suggerito da Granone, condivido con la paziente i passaggi che affronteremo nel percorso:

- *“condizionare la visualizzazione della situazione temuta con visualizzazioni concomitanti che diamo sollievo e stimoli che evocano risposte di sollievo di un'intensità sufficiente a dominare l'ansia*
- *creare in ipnosi un valido condizionamento fra il rilassamento psichico e somatico indotti in trance e la visualizzazione della scena traumatica che non sarà più tale perchè il paziente sarà protetto dal rilassamento stesso [...]*
- *creare nuovi diversivi e sollievi di contrasto sotto controllo*
- *aggredire dapprima le ansie minori in modo ad aver subito a disposizione quella energia che si libera dalla neutralizzazione di queste [...]*
- *cercare di ottenere una trance più profonda possibile sin dalla*

*prima seduta e di portare il rapporto interpersonale su di un piano di assoluta fiducia [...]*

- *visualizzare durante l'ipnosi una sistematica affermazione della propria personalità in varie circostanze della vita.*"<sup>22</sup>

La prima seduta di ipnosi, con induzione per fissazione dello sguardo e rilassamento frazionato, porta la paziente ad un soddisfacente grado di trance (movimento di deglutizione, inerzia psicomotoria, modifica del respiro e della mimica facciale).

Approfondisco la trance inducendo l'ancoraggio e accompagno la paziente nella ricerca di un posto o una situazione per lei sicuri all'interno della sua immaginazione.

Useremo questo posto da lei scelto (un bellissimo paesaggio montano) per le successive sedute di ipnosi, luogo di partenza da cui la paziente trae forza e coraggio per sperimentarsi a livello immaginativo nei compiti per lei più difficoltosi.

Alternando messaggi di rinforzo dell'io, autoefficacia, capacità di rilassarsi e di raggiungere una "calma lucida" nei momenti di messa alla prova, G. raggiunge un buon controllo della sua ansia.

Continuiamo ad incontrarci con cadenza quindicinale in vista della successiva finestra esami, lavorando su temi diversi per rafforzare la fiducia nelle sue capacità.

Nel semestre successivo supera due esami a lungo rimandati.

## **Qualche riflessione personale**

---

<sup>22</sup> Granone F., op. cit. p.442

Nell'ambito della mia professione, prediligo metodi di induzione ed esplorazione più lenti, narrativi, rilassanti.

Le mie ansie legate alla scarsa esperienza nell'ipnosi mi spinge ad una cautela che non impedisce però la sperimentazione, nel pieno rispetto dei miei pazienti, con cui condivido il piacere della scoperta di nuovi metodi e reciproche reazioni.

## Conclusioni

L'immagine mentale ha un ruolo specifico nel processo terapeutico ipnotico in quanto le immagini vissute non sono necessariamente né letteralmente quelle suggerite dall'operatore ma di fatto sono guida e supporto per il paziente e attraverso di esse il paziente può riassociare e riorganizzare gli aspetti confusi dell'esperienza psicologica.

Il processo di guarigione passa dalla mente razionale a quella inconscia e di nuovo a quella razionale attraverso la trance ipnotica che è per il paziente produttrice e motrice di fenomenologia immaginativa.

L'ipnosi si rivela un utile strumento di promozione del rinnovamento, in grado di sbloccare rapidamente situazioni di stallo, facilitando il successivo insight durante il percorso psicoterapeutico.

Gli utilizzi dell'ipnosi in senso moderno sono molteplici e versatili, ed esiste un'area scientifica e pragmatica in cui ci si può muovere con questo strumento che aiuta le persone a conoscere se stesse più a fondo, là dove la razionalità si ferma.

## Bibliografia

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Fourth Edition (DSM-IV-TR). Washington DC, American Psychiatric Association, 2001.

Casula C., *Le competenze comunicazionali: un linguista quasi perfetto*. In Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica, Atti X Congresso Nazionale di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica. Milano, A.M.I.S.I., 1995.

Corydon Hammond D., *Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders*. Expert Review of Neurotherapeutics, 10(2), 2010.

Crawford H.J., Barbasatz A.F., *Phobias and intense fears: facilitating their treatment with Hypnosis*. In Rhue J.W. Et al., Handbook of Clinical Hypnosis. APA, Washington DC, 1993.

Fonzi A., Negro Sancipriano E., *La magia delle parole: alla riscoperta della metafora*. Einaudi, Torino, 1975.

Gabbard G.O., *Psichiatria Psicodinamica*, Cortina, Torino, 1995.

Granone F., *Trattato di Ipnosi*. Utet, Torino, 1989.

Iglesias A., Iglesias A., *Awake alert hypnosis in the treatment of Panic Disorders. A case report*. Am. J. Of Clinical Hypnosis, 47(4), 2005.

Kessler R.C., Berglund P.A., Demler O., Jin R., Walters E.E., *Lifetime Prevalence and Age-on-onset Distributions of DSM-IV*



*Disorders in National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).*  
Archives of General Psychiatry n.62.

Kirsch I., Montgomery G., Sapperstein G., *Hypnosis as a adjunct to Cognitive-Behavioural Psychotherapy: a meta-analysis.* Journal of Counseling and Clinical Psychology, 63, 1995.

Mc Neal S.A. *EMDR and Hypnosis in the treatment of Phobias.* Am. J. of Clinical Hypnosis, 43:3/43:4, 2001.

Nardone G., *Oltre i limiti della paura.* Bur Saggi, Milano, 2000.

Nemiah, J.C., *A Psychoanalytic view of Phobias.* Am. J. Psychoanalytic, 41-1981.

Wolpe J., *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* Stanford University Press, 1958.