

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2015

IPNOSI E DISTURBO DI PANICO

3 CASI A CONFRONTO

Candidato: Dott. Gianluca Spasiano

Relatore: Dott.ssa Laura Grasso Papi

Indice

Introduzione.....	p. 3
Capitolo 1	
Definizione di ipnosi.....	p. 4
Capitolo 2	
Il caso di Anna*	p. 8
Capitolo 3	
Il caso di Sofia.....	p.15
Capitolo 4	
Il caso di Davide.....	p. 26
Capitolo 5	
Considerazioni finali.....	p. 36
Bibliografia.....	p. 37

* Il nome Lucia, come quelli degli altri casi, sono stati opportunamente cambiati nel rispetto della privacy.

Introduzione

L'idea di questa tesi nasce durante la conclusione del *Corso Base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnотica* del 2015. La frequenza delle lezioni teoriche e la possibilità di sperimentare con la pratica le nozioni apprese mi hanno permesso di approfondire e chiarire cosa sia l'ipnosi e come poterla applicare nel mio lavoro.

Nonostante vi siano una molteplicità di fonti a cui accedere per provare a conoscere questo strumento terapeutico, solo l'incontro con docenti esperti, il contatto con colleghi e professionisti sanitari mi ha permesso di strutturare e inquadrare la conoscenza di questa materia.

Ho appreso inoltre come lo studio e la pratica costanti siano i principali strumenti per tentare di acquisire sempre maggiore abilità nell'utilizzo dell'ipnosi.

Ai fini della tesi, ho concentrato la mia attenzione su un disturbo che risulta particolarmente frequente e disadattivo: il disturbo di panico.

Il lavoro è così suddiviso: nel primo capitolo verrà data la definizione di ipnosi, verrà descritto che cosa è e che cosa non è l'ipnosi. Inoltre verrà descritto brevemente il disturbo di panico.

Nei successivi capitoli verranno descritti i tre casi di disturbo di panico.

Il primo caso trattato utilizzando già nelle prime fasi dell'intervento l'ipnosi. Il secondo utilizzando l'ipnosi a circa metà del trattamento terapeutico. Il terzo utilizzando l'ipnosi alla conclusione dell'intervento terapeutico.

Lo scopo è quello di analizzare, senza alcuna velleità scientifica, i possibili progressi e/o limiti nell'utilizzo dell'ipnosi nelle varie fasi della terapia su un disturbo specifico.

CAPITOLO 1

1.1 Definizione di ipnosi

Per comprendere correttamente che cosa sia l'ipnosi e giungere quindi ad una definizione esaustiva è utile ricordare che cosa l'ipnosi **NON** è, le seguenti descrizioni sono estrapolate dalle lezioni del Corso Base 2015 e in particolare dalle lezioni del Prof. Lapenta:

Sonno: anche se le modificazioni fisiche e comportamentali osservabili dall'esterno possono trarre in inganno, l'ipnosi non è sonno, infatti l'EEG in stato di ipnosi è diverso da quello in stato di sonno.

Magia: alcuni fenomeni come l'analgesia, la catalessi o l'inibizione di movimenti volontari possono indurre a credere che sia in atto un processo "magico" ma così non è, nello stato ipnotico infatti è il paziente a decidere se mettere in atto o meno una certa abilità propria.

Fluidi o poteri: non esistono fluidi o poteri capaci di indurre lo stato ipnotico ma sono l'abilità e l'esperienza dell'operatore e la volontà del paziente a sviluppare l'ipnosi.

Siero della verità: la volontà del paziente non viene intaccata né forzata a dire altro che lui non voglia.

Succubanza: non è possibile far compiere al paziente, in stato di ipnosi, atti che vanno contro la sua morale o la sua volontà.

Trucco o gioco di prestigio: la complicità del paziente sta nel fatto di accettare o meno la relazione terapeutica con l'ipnologo e non di essere coinvolto in esibizioni o prestazioni da palcoscenico.

Suggestione: si differenzia dall'ipnosi in quanto quest'ultima è l'accettazione critica (e non acritica) dell'idea dell'altro. "Non è una semplice suggestione mentale auto- o etero indotta" (Granone, 1989).

A questo punto si può definire che cosa è l'ipnosi:

Secondo Granone *“una condizione psico-fisica che implica un particolare stato di coscienza durante il quale si realizza un legame speciale con l'ipnotista mettendolo in grado di influire sulle condizioni psichiche, somatiche, viscerali, neurologiche e comportamentali del soggetto”* (Granone, 1989).

La definizione tratta dal *Corso Base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica* del 2015, in particolare dal Prof. Lapenta è la seguente: *“sia uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico, sia un rapporto medico-paziente durante i quali sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici”*.

Recenti studi di Rainville (2002, 2003) sulla neurobiologia dell'ipnosi confermano come l'ipnosi sia uno stato di coscienza alterato e come vengano coinvolte proprio le strutture cerebrali deputate alla regolazione della coscienza.

Dove per “monoideismo plastico” si intende *“una sola idea che riverbera sul piano psicosomatico”*.

In definitiva ipnosi è la contemporanea presenza di tre condizioni:

1. Relazione operatore/paziente
2. Stato di coscienza modificato
3. Monoideismo plastico (Granone, 1989).

2.2 Disturbo di panico

Prima di descrivere che cosa sia il Disturbo di Panico è utile definire cosa sia l'attacco di panico, per entrambi farò riferimento al *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 5*.

Attacco di panico:

“Gli attacchi di panico possono verificarsi nel contesto di qualsiasi disturbo d'ansia così come all'interno di altri disturbi mentali, (per es., disturbi depressivi, disturbo da stress post-traumatico, disturbo da uso di sostanze) e nell'ambito di alcune condizioni mediche (per es., cardiache, respiratorie, vestibolari, gastrointestinali). Quando viene identificata la presenza di un attacco di panico, esso dovrebbe essere rilevato come uno specificatore (per es., “disturbo da stress post-traumatico con attacchi di panico”). Per quanto riguarda il disturbo di panico, la presenza di attacchi di panico è contenuta all'interno dei criteri per il disturbo e l'attacco di panico non viene utilizzato come specificatore.

Una comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi.

Nota: La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso.

- 1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia.*
- 2. Sudorazione.*
- 3. Tremori fini o a grandi scosse.*
- 4. Dispnea o sensazione di soffocamento.*
- 5. Sensazione di asfissia.*
- 6. Dolore o fastidio al petto.*
- 7. Nausea o disturbi addominali.*
- 8. Sensazioni di vertigine, di instabilità, di “testa leggera” o di svenimento.*
- 9. Brividi o vampate di calore.*
- 10. Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio).*
- 11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi).*
- 12. Paura di perdere il controllo o di “impazzire”.*
- 13. Paura di morire.*

Nota: Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es., tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti”.

Segue una descrizione del Disturbo di Panico:

“A. Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:”

vedi sopra

“B. Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:

- 1. Preoccupazione persistente per l’insorgere di altri attacchi o per le loro conseguenze (per es., perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, “impazzire”).*
- 2. Significativa alterazione disadattiva del comportamentocorrelata agli attacchi (per es., comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l’evitamento dell’esercizio fisico oppure di situazioni non familiari).*

C. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari).

D. Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., gli attacchi di panico non si verificano solo in risposta a una situazione sociale temuta, come nel disturbo d'ansia sociale; in risposta ad un oggetto o a una situazione fobica circoscritti, come nella fobia specifica; in risposta a ossessioni, come nel disturbo ossessivo-compulsivo; in risposta al ricordo di un evento traumatico, come nel disturbo da stress post-traumatico; oppure in risposta alla separazione dalle figure di attaccamento, come nel disturbo d'ansia di separazione).

CAPITOLO 2

Il caso di Anna

2.1 Presentazione del caso

Il primo caso fa riferimento ad una paziente che si presenta al primo colloquio già moderatamente consapevole del proprio problema. Dopo un ciclo di colloqui e una fase di approfondimento diagnostico, decidiamo insieme di proseguire con la terapia, stabiliamo gli obiettivi e le chiedo se è d'accordo a utilizzare l'ipnosi come tecnica terapeutica, la paziente acconsente.

Anna è una ragazza di 24 anni, studia scienze infermieristiche e collabora nella ditta del padre.

E' una ragazza molto sportiva, pratica la pallavolo a livello agonistico.

Vive con i genitori e con due sorelle più piccole, è felicemente fidanzata.

Anna si presenta con un abbigliamento sportivo, è alta e ha un fisico atletico, poco truccata, porta i capelli legati ma durante il primo colloquio li slega e li raccoglie di nuovo. La postura è dritta, lo sguardo a tratti appare distratto e sposta l'attenzione su vari particolari della stanza pur mantenendola su ciò che diciamo.

L'eloquio è spesso molto scorrevole.

Anna mi descrive il problema che da qualche mese sta cercando di gestire e che le crea forte disagio. Mi riferisce di essere sicura di soffrire di attacchi di panico.

Chiedo ad Anna di provare a raccontarmi un episodio in cui le è sembrato di avere un attacco di panico e di descrivermi con più particolari possibili quello che le è successo, quello che sentiva e, se lo ricordava, quello che pensava nel momento dell'attacco.

Si ricorda che, una delle prime volte, fu durante un allenamento, si è sentita molto calda, ha iniziato a sudare, sentiva il cuore battere molto più forte e più veloce, si sentiva tremare, provava a tratti nausea e respirava a fatica. Racconta come quel momento per lei sia stato molto brutto, alcune compagne e l'allenatore si sono accorti di qualcosa e lei ha dovuto interrompere l'allenamento e sedersi sulla panchina. Riferisce che il suo allenatore le ha detto di stare tranquilla che probabilmente era troppo stanca o influenzata.

Anna, durante il manifestarsi dei sintomi, pensava trattarsi di fatica, anche se era perfettamente consapevole di non essere in quel momento particolarmente affaticata, pensava trattarsi di emozione ma sapeva che era semplicemente un allenamento come gli altri, di conseguenza, non riuscendo a trovare dei validi motivi razionali, ha iniziato a preoccuparsi di poter rivivere un'esperienza come

questa e a pensare a qualche malattia. Riferisce di aver consultato il medico della squadra e un cardiologo, dalle cui visite e analisi al cuore non si sono evidenziate disfunzioni o anomalie.

Da mesi ormai gli episodi ricorrono inaspettatamente.

A questo punto chiedo ad Anna di raccontarmi più in generale della sua vita e farmi qualche esempio di una sua settimana tipica.

Chiara si descrive come una ragazza felice, con una famiglia serena.

Ha frequentato le scuole con regolarità, ottenendo sempre dei risultati nella media e ha frequentato il liceo classico.

Da quando ha iniziato l'università però si è sentita sempre più appesantita dagli impegni.

Le richieste dell'ambiente e i risultati da raggiungere aumentavano, sia quantitativamente che qualitativamente, ad esempio gli allenamenti di pallavolo si sono intensificati per far crescere la squadra, è iniziata una relazione sentimentale importante e gli esami all'università, con la frequenza obbligatoria, le prendono molto tempo. Inoltre collabora con il padre.

Durante la settimana svolge quattro allenamenti serali di pallavolo, di due ore ognuno, di giorno frequenta le lezioni all'università e nei buchi lavora, i fine settimana si svolgono le partite e cerca anche di frequentare il proprio ragazzo.

2.2 Assessment

Successivamente ai colloqui decido di somministrare il BAI *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, Epstein, Brown, Steer, 1988; Beck 1990), per completare il quadro diagnostico e confrontare i dati con quelli degli altri pazienti.

La consegna del test recita quanto segue:

“Di seguito troverà una lista dei più comuni sintomi legati all'ansia. Per favore, legga attentamente ogni frase e indichi quanto fastidio ciascun sintomo le ha causato nella scorsa settimana (incluso oggi)”, emerge un punteggio totale di 33 che indica la presenza di gravi sintomi ansiosi.

Riporto un esempio di item del test nella tabella 2.1:

	Per niente	Un po' Non mi ha infastidito molto	Abbastanza Era spiacevole ma potevo sopportarlo	Molto Potevo appena sopportarlo
Intorpidimento o formicolio				

Tabella 2.1

2.3 Obiettivi

A questo punto stabiliamo gli obiettivi con Anna, in particolare:

- Ridurre il livello di attivazione fisiologica e aumentare la percezione di autoefficacia.
- Normalizzare le preoccupazioni disfunzionali.
- Rinforzo dell'io e dell'immagine positiva di sé.
-

A proposito delle preoccupazioni disfunzionali Rapee (1987) assume che:

1. Il soggetto disponga di schemi cognitivi catastrofizzanti che sono deputati all'analisi delle sensazioni somatiche;
2. Che gli stimoli enterocettivi siano di per sé neutri e che vengano trasformati in seguito in sensazioni terrorizzanti come risultato delle distorsioni;
3. Che il disturbo si mantenga grazie ad apprensione e ipervigilanza per le sensazioni somatiche.

2.4 Terapia

Inizialmente introduco la paziente all'ipnosi, le chiedo che cosa sia secondo lei, che cosa si aspetti e rispondo a qualche suo dubbio come:

P: *mi farà fare quello che vuole?*

T: *assolutamente no, sarà sempre lei a decidere cosa fare e cosa dire, io la guiderò cercando di farle scoprire come mettere in pratica questa sua abilità.*

Descriverò di seguito la pratica svolta durante le otto sedute di ipnosi:

Prima seduta:

Invito Anna ad accomodarsi sulla poltrona, a mettersi comoda e ad appoggiare le mani sulle cosce.

Questi "ordini" hanno lo scopo di creare la *fiducia* necessaria e abbassare il livello di critica.

Mi siedo accanto alla paziente e chiedendo il permesso sollevo leggermente le sue mani prendendole i polsi, da subito noto la tendenza di Anna ad accompagnare le sue mani verso l'alto insieme alle mie, questo mi fa orientare verso la scelta di suggestioni legate alla leggerezza.

Descrivo la posizione di Anna:

T: vedo che ha una gamba alzata e incrociata sulla poltrona, può anche appoggiarla comodamente come l'altra ("ordine"), (esegue).

La sua schiena è sostenuta dallo schienale, la testa è comodamente appoggiata e posso osservare come i suoi occhi si sono chiusi da soli con il suo controllo.

Introduco il ricalco per approfondire la condizione di fiducia che si sta instaurando.

T: può sentire l'aria che entra e che esce dal naso, così come può sentire le braccia appoggiate ai braccioli, il contatto della schiena sulla superficie della poltrona.

Può sentire la mia voce e contemporaneamente il contatto dei piedi sul pavimento.

Osservo che Anna aumenta l'intensità del respiro e sembra lasciar andare alcune piccole tensioni nelle braccia.

A questo punto introduco le suggestioni per "produrre" il *monoideismo plastico* che, se risultante, confermerà l'induzione e quindi lo stato ipnotico.

T: Bene Anna, vorrei che immaginasse una sensazione di leggerezza, il braccio che si alza quando gioca a pallavolo, il suo braccio proprio quando è ben allenato, preciso e senza fatica si alza per colpire la palla oppure, può immaginare un palloncino legato al bracciale che porta al polso destro e questo palloncino l'aiuta a sentire il braccio leggero, così leggero da non far quasi sentire il contatto con il bracciolo, e a questo palloncino possiamo aggiungere un altro, un altro ancora e con ogni palloncino in più il braccio è sempre più leggero.

Conterò fino a dieci e quando avrò finito sarà completamente leggera e rilassata.

Conto 1...2...3...

Osservo che alcune dita della mano hanno un piccolo scatto e decido di proseguire utilizzando i passi.

T: adesso toccherò leggermente il suo dito, vede? I palloncini sono così tanti e così belli e la fanno sentire così leggera che può lasciar andare la mano su su fino a dove vuole.

Stacco la mia mano e la mano di Anna rimane sollevata.

Ratifico:

T: il braccio è così leggero che anche senza la mia mano rimane sollevato.

Bene Anna, molto bene, continui ad immaginare questi palloncini e si goda questo momento di piacevole leggerezza.

Ancoraggio:

T: adesso unirò il pollice e l'indice della sua mano sinistra, ogni volta che farà questo gesto, se lo vorrà e solo se lo vorrà, da sola o con la mia guida, tornerà in questo stato di benessere.

Deinduzione:

T: bene Anna, tra poco conterò da dieci a uno, intanto potrà abbassare il braccio e quando avrò finito potrà staccare le dita. Quando vorrà potrà aprire gli occhi o tenerli ancora chiusi per un po', per tutto il tempo che le serve e porterà con sé solo il meglio di questa esperienza, per il resto della giornata.

Conto: 10...9...8...

Anna apre gli occhi alcuni secondi dopo aver concluso il conteggio, rimane a tratti ferma con lo sguardo su un punto fisso davanti a sé e a tratti ruota lentamente gli occhi come in cerca di un oggetto.

Frazionamento:

T: se vuole può provare a unire nuovamente le dita, chiudere gli occhi e ricercare lo stesso stato di poco fa

Accenna ad un sorriso, chiude gli occhi e unisce le dita, il respiro sembra farsi più profondo, guidandola con brevissime suggestioni la mano e dopo il braccio iniziano a sollevarsi. Dopo poco guido nuovamente la paziente verso la fase di deinduzione.

Anna riferisce di essersi sentita molto bene, la invito a riprovare la stessa cosa a casa, unendo le dita e semplicemente ritrovando e ricercando liberamente questo stesso stato vissuto in seduta. Goldwurm, Sacchi e Scarlato (2003) pongono l'accento sulla non necessità che il paziente ripeta a memoria la sequenza di frasi del terapeuta, ma che apprenda il procedimento e che trovi un "gesto chiave", nel nostro caso le dita, che fungano da stimolo condizionato.

Seconda seduta:

A distanza di qualche giorno rivedo la paziente.

Durante questo incontro, dopo una prima fase di induzione, approfondisco lo stato di rilassamento di Anna e quindi riduco lo stato di attivazione fisiologica, con immagini legate al volo, all'essere un' aquila. Immagine emersa dai colloqui con Anna, così come il suo sogno di poter volare, "innalzarsi sopra le cose".

T: in questo momento è molto rilassata, completamente rilassata, leggera, la sua leggerezza potrebbe aumentare fino a farla sentire così leggera che volerebbe, proprio come fa l'aquila. Se riesce ad immaginare l'aquila me lo indichi con un cenno del capo.

Anna annuisce con molta lentezza.

T: questa aquila è un animale forte, veloce, deciso, vola alta e non ha rivali nel cielo (rinforzo dell'Io) e così come l'aquila sa quando volare e quando riposarsi sulla cresta di un monte e osservare e rilassarsi e respirare l'aria fresca, così potrà fare in ogni momento della sua vita, da questo momento in poi, le situazioni in cui prima stava male, non saranno più le stesse, perché richiameranno l'immagine di forza e leggerezza che sta immaginando... (condizionamento).

Terza seduta:

Concentro gli sforzi terapeutici verso la normalizzazione delle credenze disfunzionali.

T: le racconterò la storia di un'aquila che credeva di non riuscire a volare, perché proprio da piccolina, quando si affacciava sull'orlo del nido, iniziava a sentire un sacco di cose che cambiavano dentro di sé, sentiva il cuore che batteva molto veloce, non riusciva a respirare perché il vento fuori dal nido era più forte, e guardando giù la testa le girava. Un giorno il papà aquila spiega all'aquilotta che non c'è bisogno che si affacci al nido se non se la sente, che quando se la sentirà potrà farlo e sarà il momento giusto per farlo, le spiega anche come sia importante che il cuore inizi a battere più veloce per preparare tutto il corpo al volo, come il vento possa non far respirare bene ma che non serve respirare sempre e continuamente nello stesso modo e come il vento serva a far volare. L'aquilotta inizia a capire che se vorrà uscire dal nido e volare dovrà fidarsi delle sue reazioni, accettarle e usarle.

Quarta, quinta e sesta seduta:

Durante queste sedute cerco di intensificare l'immagine positiva di sé.

T: se vuole può descrivermi un momento della sua vita in cui si è sentita forte proprio come l'aquila, così forte da poter volare in alto, un giorno in cui giocava a pallavolo o un giorno qualsiasi della sua vita.

P: ero ad una partita...eravamo tutte molto brave e allenate...la partita non era molto importante ma...la sensazione che avevo era molto bella, stavamo vincendo ma non era quello l'importante per me...

T: brava Anna, proprio come per l'aquila non è importante riuscire a cacciare la preda perché avrà altre occasioni, ma l'aquila sa che è riuscita a volare, a essere se stessa...

Settima e ottava seduta:

durante queste due ultime sedute ho cercato di stabilire nuovi obiettivi per il futuro e di stabilizzare la nuova condizione positiva di Anna.

T: vorrei che immaginasse la stessa aquila tra qualche anno, come potrebbe essere, magari grande e bella, con un bel piumaggio, con dei bei colori, oppure piccola ma ugualmente bella e forte, altrettanto capace di volare e di cacciare. E così come l'aquila raggiungerà nuovi traguardi anche lei potrebbe immaginare di volare alto e raggiungere traguardi sempre più belli.

Non c'è bisogno di decidere ora ma potrebbe farlo ora come potrà decidere tra qualche istante o anche tra qualche giorno e quando deciderà lo farà automaticamente proprio come ora sta respirando.

2.5 Conclusioni

Gli attacchi di panico di Anna sembrano essersi risolti, solo nella fase iniziale delle sedute si sono manifestati alcuni sintomi di intensità minore.

Quello che prima era vissuto catastroficamente ora viene vissuto da Anna come semplice ansia.

I risultati del BAI confermano quanto sopra: punteggio totale 10.

A prescindere dai risultati specifici ottenuti, l'ipnosi potrebbe rivelarsi utile per ottenere quello che Giannantonio (2009) descrive come lo stato di sicurezza psicofisiologico, per il processo ulteriore della psicoterapia e come perfezionamento nell'abilità di regolazione delle emozioni.

2.6 Riflessioni personali

La conduzione della terapia, seguendo l'approccio ipnotico, ha comportato un'attenzione particolare alla paziente fin dalle primissime fasi e cioè già durante il primo colloquio ho cercato di osservare Anna in tutti quegli aspetti che mi sarebbero stati utili più tardi, per farle ottenere la trance.

Durante l'intervento ho alternato momenti di naturale osservazione del paziente, impegno nel mettere in atto quanto appreso e una sana e leggera ansia personale dovuta alla necessità di automatizzare alcune fasi di questo strumento terapeutico.

Nel complesso mi ritengo abbastanza soddisfatto, probabilmente dedicherei qualche seduta in più per non "accelerare" troppo ma lasciare alla paziente una maggiore possibilità di elaborazione del vissuto.

CAPITOLO 3

Il caso di Sofia

3.1 Presentazione del caso

Il secondo caso fa riferimento ad una paziente la cui terapia cognitivo comportamentale è circa in una fase intermedia, cioè sono già state utilizzate alcune tecniche che descriverò di seguito ma non è conclusa.

Decidiamo insieme di proseguire con la terapia, stabiliamo gli obiettivi e le chiedo se è d'accordo ad introdurre l'ipnosi come tecnica terapeutica, la paziente acconsente.

Sofia è una donna di 48 anni, laureata in lettere e filosofia, lavora presso una libreria della sua città. Vive con il marito e i figli, un maschio e una femmina rispettivamente di 17 e 15 anni, i quali studiano e frequentano le scuole superiori regolarmente.

Il marito è professore di matematica presso un liceo scientifico.

Sofia si presenta al primo colloquio accompagnata dal figlio che subito dopo aver salutato se ne va. Invito Sofia ad entrare e a sedersi comodamente (ordini), subito accoglie la richiesta, si siede, con un atteggiamento molto "pesante", appare leggermente sovrappeso, la sua postura è piuttosto morbida, lenta ma decisa. Lo sguardo a tratti è orientato verso il basso e a tratti verso gli occhi dell'interlocutore. L'abbigliamento è sobrio, non eccessivamente elegante, in ordine.

L'eloquio è chiaro, interrotto sovente da sbuffi e inspirazioni profonde con espirazioni brevi e decise.

Appena seduta sulla sedia Sofia inizia fin da subito a parlarmi del suo problema. Riferisce di essere felicemente sposata, di avere due splendidi figli e di trovarsi bene al lavoro ma che da qualche tempo non riesce più a controllarsi. *"All'improvviso mi sento come se mi mancasse l'aria, molto calda, inizio ad avere paura, più respiro e più non sento entrare l'aria, se poi va male mi gira anche la testa, sento il cuore che batte forte"*.

Chiedo a Sofia di raccontarmi nei particolari uno degli ultimi episodi di questo genere.

Riferisce di essersi trovata con il marito a casa da soli, mentre mangiavano a tavola, stavano parlando di lavoro, di come lei abbia rischiato diverse volte di essere coinvolta in un taglio del personale, inoltre parlavano di progetti per i figli, alcuni andati a monte per questioni finanziarie e altri da intraprendere. All'improvviso si è sentita come descritto sopra, il marito allora ha pensato

quasi ad un infarto. Dopo qualche minuto, prima che il marito la portasse al pronto soccorso, i sintomi sono scomparsi.

Successivamente è ricapitato mentre rientrava in casa, a quel punto il marito, preoccupato, decide di portarla in ospedale dove tutti gli esami sono risultati negativi. *“E’ stato in quel momento che i medici mi hanno parlato di attacco di panico”*.

Riferisce di aver rifiutato fin da subito di prendere degli ansiolitici, *“non mi sono mai piaciute le medicine”*. Gli attacchi si sono susseguiti nel tempo, per circa due mesi, con una frequenza di circa due a settimana e con intensa paura del ripetersi di questi episodi.

Dopo aver consultato un cardiologo ed uno pneumologo (Su et al. (2015) ritengono che le apnee notturne possano portare ad un più alto rischio di sviluppo del disturbo di panico), per escludere possibili rischi Sofia chiede di poter essere aiutata, *“vorrei riuscire a risolvere questo problema senza prendere farmaci, se è possibile, e sapere se si tratta proprio di attacchi di panico.”*

Chiedo a Sofia quali potrebbero essere secondo lei le cause di queste manifestazioni ansiose e mi riferisce di come la sua vita da qualche tempo sia felice ma più tesa, di come le preoccupazioni siano aumentate, di come incominci ad avere paura per il futuro, una cosa a cui prima non pensava mai così spesso perché riusciva a vivere la vita più alla giornata.

3.2 Assessment

Come nel primo caso ho somministrato, ad inizio terapia, il BAI *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, Epstein, Brown, Steer, 1988; Beck 1990).

Inoltre sono stati usati altri strumenti diagnostici per approfondire ed eventualmente orientare la diagnosi ma il confronto di questi strumenti esula dagli scopi di questa tesi.

Dal BAI ottengo un punteggio di 40, che indica la presenza di gravi sintomi ansiosi.

3.3 Obiettivi

A questo punto stabiliamo gli obiettivi con Anna, a tal proposito riporto solamente gli obiettivi comuni agli altri casi, tralasciandone alcuni secondari, allo scopo di poter operare un confronto finale basato su un’omogeneità di dati:

- ridurre il livello di attivazione fisiologica e aumentare la percezione di autoefficacia.
- normalizzare le preoccupazioni disfunzionali.
- Rinforzo dell’Io e dell’immagine positiva di sé.

3.4 Terapia

Illustrerò di seguito quali strumenti e tecniche sono state utilizzate con Sofia fino all'introduzione dell'ipnosi:

ESPOSIZIONE DEL MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Nella prima fase del trattamento e durante tutto il percorso ho illustrato a Sofia il modello teorico di riferimento, focalizzando l'attenzione su Clark (1986).

Sofia dapprima scettica sull'apprendimento di una teoria che rappresentasse anche graficamente il problema, ha successivamente accolto positivamente il modello. Questo mi ha permesso di utilizzare questo metodo per creare un'alleanza terapeutica che favorisse l'inserimento delle tecniche successive.

RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA

Di seguito riporto alcuni risultati dell'analisi funzionale. Un esempio tipico di attacco di panico di Sofia è riportato nella tabella 3.1:

Antecedenti	Pensiero	Emozione	Conseguenza comportamentale
Sofia parla a tavola con suo marito di temi importanti per la famiglia	<i>“se accadrà di nuovo vuol dire che non sono più capace di stare a tavola tranquilla e parlare”</i>	ansia	Aumenta l'attenzione sui sintomi somatici
Aumenta l'attenzione sui sintomi somatici	<i>“ecco che respiro male, starò male”</i>	panico	smette di mangiare, si alza e va avanti e indietro

Tabella 3.1

Riporto la scheda 3.1 di Andrews et al. (2003), utilizzata con Sofia, sulle componenti della reazione di attacco e fuga:

Componenti della reazione di attacco e fuga:

- Il respiro si fa più frequente e le narici e i polmoni si espandono, aumentando la quantità di ossigeno disponibile per i muscoli.
- Il ritmo cardiaco e la pressione del sangue aumentano, in modo da trasportare velocemente l'ossigeno e il nutrimento richiesti dai muscoli.
- Il sangue è dirottato ai muscoli, particolarmente ai grossi muscoli degli arti inferiori. Meno sangue affluisce agli organi interni ed anche alla faccia e si può diventare “bianchi di paura”.
- I muscoli si tendono preparandosi a contrarsi velocemente.
- Aumenta la capacità di coagulazione del sangue, cosicché nel caso di ferita si ridurrebbe la perdita di sangue.
- Si comincia a sudare, per contrastare il surriscaldamento dovuto alla attività fisica.
- La mente si concentra su un pensiero dominante: “Sono davvero in pericolo e, se sì, come posso evitarlo?”. Tutto il resto passa in secondo piano.
- La digestione si ferma. La bocca diventa secca e produce meno saliva. Il cibo si ferma nello stomaco e può dar luogo ad una sensazione di nausea o di “nodo allo stomaco”. Viene invece liberato nel sangue dello zucchero, che serve a fornire energia.
- Il sistema immunitario rallenta. Il corpo per il momento concentra tutti i suoi sforzi nella fuga.

Scheda 3.1

Carter e Barlow (1995) si rifanno alle teorie dell'apprendimento, nel loro modello chiamato “teoria dell'allarme” o “flight-or-fight response”, l'attacco di panico è inteso come una risposta incondizionata di paura che può capitare per un pericolo reale o non reale (situazione di falso allarme). Per motivi di adattamento, il consolidarsi dell'associazione tra queste risposte emozionali è molto veloce e può favorire il rapido insorgere dello stato di attivazione che fa da innesco all'attacco di panico.

Successivamente propongo a Sofia di compilare la tabella 3.2, illustrata in Wells (1999), da portare con sé e compilare ogniqualvolta si fosse presentata un'emozione sgradevole o un attacco di panico:

DATA	SITUAZIONE	EMOZIONE	PENSIERO AUTOMATICO	INTERPRETAZIONI ALTERNATIVE	RISULTATI
	Descrivere la situazione o il pensiero/ricordo associati a emozioni spiacevoli	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrivere il tipo di emozione (tristezza, ansia, rabbia ecc.) 2. Valutare l'intensità dell'emozione (0-100) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Scrivere il pensiero automatico 2. Valutare il grado di convinzione del pensiero automatico (0-100) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual è il punto di vista alternativo? 2. Rivalutare il grado di convinzione del pensiero automatico (0-100) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrivere il tipo di emozione 2. Rivalutare l'intensità dell'emozione (0-100) 3. Altre possibili azioni
Gio.	<i>“Sto parlando con mio marito”</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>ansia</i> 2. <i>90</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>“ho paura che accada di nuovo”</i> 2. <i>80</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>“mi hanno già detto che non ho nulla di grave”</i> 2. <i>25</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>leggera ansia</i> 2. <i>50</i> 3. <i>concentrarmi sui pro e contro dell'argomento</i>

Tabella 3.2

ESPOSIZIONE ENTEROCETTIVA (Wolpe, 1990):

Sofia è stata esposta, tramite “esperimenti comportamentali”, ai sintomi che provava durante i suoi attacchi di panico.

Abbiamo rispettato la successione dei sintomi, nell'ordine in cui si presentavano.

Sofia ha descritto le sensazioni provate durante un tipico attacco di panico e i pensieri legati a queste sensazioni.

L'esercizio sul respiro è stato affiancato ad esercizi di respirazione lenta.

La procedura è stata ripetuta anche per: sensazione di calore, per la sudorazione, la credenza di avere problemi al cuore e per la nausea.

Elenco nella scheda 3.2 i principali punti della procedura seguita per la sensazione di mancanza d'aria, secondo la teorizzazione di Taylor (2006):

- Identificazione della credenza disfunzionale;
- Scelta di un'alternativa non catastrofica plausibile;
- Misurazione della credenza catastrofica e dell'alternativa non catastrofica (utilizzando una scala da 0 a 100, dove 0= “non credo sia vero” e 100= “credo che sia completamente vero”);
- Scelta dell'esercizio enterocettivo:
Respirare attraverso una cannuccia, per indurre la sensazione di soffocamento.
- Formulazione di una previsione basata sulla credenza catastrofica e un'altra su quella non catastrofica;
- Valutazione della capacità di eseguire il compito per la durata fissata (utilizzando una scala da 0 a 100, dove 0= “non in grado” e 100= completamente in grado). La valutazione per eseguire l'esercizio dovrà essere di almeno 80;
- Svolgimento dell'esercizio prima da parte mia;
- Svolgimento dell'esercizio da parte di Sofia;
- Confronto delle esperienze e delle previsioni;
- Ripetizione dell'esercizio fino alla diminuzione della credenza catastrofica e all'aumento dell'alternativa non catastrofica;
- Esecuzione a casa.

Scheda 3.2

- Identificazione della credenza disfunzionale: *“respiro male, ho qualcosa che non va”*.
- Scelta di un'alternativa non catastrofica plausibile: *“anche durante i lavori domestici a volte ho il fiatone”*.
- Misura credenza catastrofica: 95
- Misura credenza alternativa: 65
- Esercizio enterocettivo: respirare attraverso un cannuccia
- Previsione catastrofica: *“non respirare fa male, non ci riuscirò ”*
- Previsione non catastrofica: *“non può succedermi nulla di male perché capita a tutti di trattenere l'aria e non respirare”*
- Valutazione della capacità di eseguire il compito per la durata fissata: 75
- Svolgimento dell'esercizio da parte mia
- Svolgimento dell'esercizio da parte di Sofia
- Confronto delle esperienze e delle previsioni:

ho esposto a Sofia come mi sia sentito infastidito dalla sensazione di respirare attraverso una cannuccia, di come durante l'esercizio mi sia concentrato non sulla paura di soffocare ma sulla possibilità di graduare l'aria in entrata e in uscita. Inoltre le ho descritto le sensazioni che derivavano da questo esercizio, come sentire il viso che si scalda e una stretta ai polmoni che gradualmente è diminuita.

Sofia mi descrive la sua esperienza come inaspettata, le ricordava un po' lo stare al mare, immergersi e ritornare in superficie.

- Proseguendo, abbiamo ripetuto l'esercizio, negli incontri successivi, incrementando la durata (1.50 minuti, 2 minuti).

La forza della credenza catastrofica misurata all'inizio e dopo ogni prova, è risultata attenuarsi fino a raggiungere 0/100, viceversa la credenza non catastrofica è aumentata fino a 100/100.

- Sofia ripeteva ogni esercizio a casa registrando la forza delle credenze che discutevamo al successivo incontro.

Nella tabella 3.3 sono riportati i risultati ottenuti:

Credenza: paura di soffocare

Tipologia di esercizio	Misura credenza catastrofica prima dell'esposizione	Misura credenza catastrofica dopo l'esposizione	Misura credenza non catastrofica prima dell'esposizione	Misura credenza non catastrofica dopo l'esposizione
10 secondi di respirazione con cannuccia	95/100	80/100	65/100	80/100
30 secondi di respirazione con cannuccia	90/100	65/100	80/100	90/100
45 secondi di respirazione con cannuccia	80/100	45/100	90/100	95/100
Un minuto di respirazione con cannuccia	30/100	0/100	95/100	100/100

Tabella 3.3

La successione degli esercizi e la familiarizzazione con essi permette a Sofia di acquisire l'esperienza necessaria per generalizzarli nei vari contesti della vita quotidiana.

Dal BAI, somministrato per registrare eventuali cambiamenti, emerge un punteggio di 18.

3.4.1 Terapia ipnotica

Una naturale prosecuzione della terapia cognitivo comportamentale prevederebbe l'inserimento, in alcuni casi anche in parallelo agli interventi sopra descritti, di una tecnica di rilassamento. Sovente

utilizzo il training autogeno. Con Sofia iniziamo l'ipnosi. Infatti come descritto da Galeazzi e Meazzini (2004), la psicoterapia di derivazione comportamentista ha concepito l'ipnosi come una tecnica che favorisce gli stati di rilassamento dell'individuo ma che non si limita a questo.

Introduco la paziente all'ipnosi, le chiedo che cosa sia secondo lei e che cosa si aspetti.

Descriverò di seguito la pratica svolta durante le otto sedute di ipnosi:

Prima seduta:

Invito Sofia ad accomodarsi sulla poltrona, a mettersi comoda e ad appoggiare le mani sulle cosce.

Questi "ordini" hanno lo scopo di creare la *fiducia* necessaria e abbassare il livello di critica.

Mi siedo accanto alla paziente e chiedendo il permesso sollevo leggermente le sue mani prendendole i polsi, come immaginavo, osservando la postura tipica di Sofia, si rivela una paziente potenzialmente "pesante", infatti le mani ricadono subito sulle cosce.

Descrivo la posizione di Sofia:

T: *vedo che la sua testa è ben appoggiata, la sua schiena e le sue gambe sono appoggiate e così anche le braccia sono sorrette dai braccioli, può trovare la posizione che più preferisce, per esempio lasciandosi andare ancora di più o semplicemente rimanendo così com'è.*

Può tenere gli occhi aperti o semplicemente abbassare le palpebre in questo modo (dimostro come), lentamente, sempre di più (Sofia segue il mio esempio), sempre di più, fino a quando sente che tutto ciò che sta facendo le piace. Molto bene, proprio così, bravissima. Qualcosa forse sta cambiando, forse no, potrebbe riuscire a sentire meglio il suo respiro che potrebbe aumentare o anche dare un senso di rilassamento e tranquillità.

Introduco il *ricalco* per approfondire la condizione di fiducia che si sta instaurando.

T: *può sentire l'aria che entra e che esce dal naso, così come può sentire le braccia appoggiate ai braccioli, il contatto della schiena sulla superficie della poltrona.*

Può sentire la mia voce e contemporaneamente il contatto dei piedi sul pavimento.

Osservo che Sofia non ha alcun movimento degli arti.

A questo punto introduco le suggestioni per "produrre" il *monoideismo plastico* che, se risultante, confermerà l'induzione e quindi lo stato ipnotico.

T: *Bene, ora può immaginare il suo braccio destro che diventa sempre più pesante, potrebbe essere riempito da qualcosa di solido, che lo rende pieno, oppure potrebbe essere semplicemente rilassato e appoggiato, pesante, sempre più pesante. Può immaginare il suo braccio come attratto da una calamita a terra (suggerione tratta dalle lezioni pratiche svolte con il dott. Gonella), la calamita attira il suo braccio sempre di più, sempre di più, e il braccio è così pesante che può sapere di non*

dover fare alcun movimento. La calamita ha anche un regolatore di intensità e questo regolatore può aumentare e proprio come adesso aumenta, aumenta, fino ad attirarla completamente.

Conterò fino a dieci e quando avrò finito il suo braccio sarà completamente pesante e rilassato.

Conto 1...2...3...

Utilizzo i “passi”, portando le mie mani sulle spalle di Sofia, facendole scorrere, senza forzare né sfiorare inutilmente ma in modo deciso e il più possibile “fluidi”, lungo le braccia fino alle dita delle mani, non prima di averla “avvisata” dell’azione che mi accingevo a compiere.

Ratifico:

T: il braccio è così pesante che anche provando ad alzarlo (prendo il polso della mano destra) ricade sul bracciolo.

Bene Sofia, molto bene, continui ad immaginare questa calamita e si goda questo momento di piacevole pesantezza. E così, nello stesso modo in cui è riuscita a rendere il suo braccio destro pesante può immaginare che questa sensazione attraversi le sue spalle, fino al braccio sinistro, sentire che anch’esso può essere pesante. Continuo con gambe e corpo.

Osservo che Sofia china leggermente il capo verso la sua destra e le labbra si staccano leggermente.

Ancoraggio:

T: adesso unirò il pollice e l’indice della sua mano sinistra, ogni volta che farà questo gesto, se lo vorrà e solo se lo vorrà, da sola o con la mia guida, tornerà in questo stato di benessere.

Deinduzione:

T: bene Sofia, tra poco conterò da dieci a uno e quando avrò finito potrà staccare le dita. Quando vorrà potrà aprire gli occhi o tenerli ancora chiusi per un po’, per tutto il tempo che le serve e porterà con sé solo il meglio di questa esperienza, per il resto della giornata.

Conto: 10...9...8...

Sofia apre gli occhi, sbatte le palpebre più volte, come a voler recuperare l’attenzione.

Frazionamento:

T: se vuole può provare a unire nuovamente le dita, chiudere gli occhi e ricercare lo stesso stato di poco fa.

Annuisce, chiude gli occhi e unisce le dita, riprendo alcune suggestioni e ratifico.

Sofia sembra soddisfatta, riferisce di sentirsi rilassata, come dopo un bel sonno ma di non aver dormito.

La invito a riprovare la stessa cosa a casa, unendo le dita, fino alla prossima seduta.

Seconda seduta:

A distanza di una settimana rivedo la paziente.

La interrogo sulla pratica svolta a casa e risponde che è riuscita quasi sempre a ritornare nello stesso stato, attribuiva il parziale fallimento a momenti in cui non era tranquilla a casa, come avrebbe voluto, a causa dei familiari intorno a lei.

Successivamente all'induzione introduco immagini legate allo stare in spiaggia, distesa sul lettino. Immagini di ricordi piacevoli emersi durante i colloqui e la terapia, prestando particolare riguardo (si veda anche Wehrli, 2014) all'attenzione empatica, alla calma e alla comprensione per promuovere emozioni e cambiamento positive.

T: ora è molto rilassata, pesante, rilassata, può immaginare di essere rilassata proprio come quando è stata su quel lettino, durante le vacanze al mare, intorno a lei solo il rumore dei gabbiani e delle onde. E' pesante e rilassata. Tutto il suo corpo è pienamente rilassato disteso sulla sdraio, può sentire i profumi che porta il vento, oppure toccare la sabbia con la mano, la mano che pesantemente ricade dalla sdraio.

T: così come è riuscita a cambiare lo stato del suo corpo con la sola forza della sua immaginazione e così come, con la stessa forza è riuscita a trovare questa calma e questa sensazione di rilassatezza, così potrà fare in ogni momento della sua vita, da questo momento in poi, le situazioni in cui prima stava male, non saranno più le stesse, perché richiameranno l'immagine di tranquillità che sta immaginando... (condizionamento). Allo stesso modo in cui è capace di sentirsi così, sarà capace di tornare in questo stato quando ne avrà bisogno, sapendo che ne è capace e che il suo corpo sa farlo.

Terza seduta:

Concentro gli sforzi terapeutici verso la normalizzazione delle credenze disfunzionali.

T: potrebbe immaginare adesso le sue sensazioni, come quella di soffocare o il battito cardiaco, come le stesse sensazioni che si provano dopo una bella nuotata, anche leggera, come quando uscendo dall'acqua o finendo di nuotare il respiro è pieno, calmo, il cuore batte perché è vivo, forte e si fa sentire e queste stesse cose accadono anche quando parla di cose importanti e ora sa che potrà sentirsi bene anche fuori dall'acqua, proprio come quando è distesa sulla sdraio rilassata, come un granchio che prende il sole, o come un gatto che si crogiola al sole, anche lei può stare bene.

Quarta, quinta e sesta seduta:

Durante queste sedute cerco di intensificare l'immagine positiva di sé.

T: quella volta in cui ha affrontato una situazione difficile ed è riuscita a risolvere tutto, quella volta in cui si è sentita pienamente soddisfatta, quella parte di Sofia che l'inconscio sa dove si trova

e sa di poter utilizzare quando meglio crede, come ora sa che potrà succedere in ogni momento, sempre di più e sempre con più libertà.

Lascio che sia l'inconscio a trovare la via migliore poiché come Erickson (1979) sostiene vi è una maggiore ricchezza di materiale accumulato.

Settima e ottava seduta:

durante queste due ultime sedute ho cercato di stabilire nuovi obiettivi per il futuro e di stabilizzare la nuova condizione positiva di Sofia.

T: Ora può immaginare di sentirsi così bene proprio come è successo tante volte su questa poltrona. Può immaginare e inventare il futuro, immaginando ciò che le piace e quello che la fa stare bene e sapere che avrà tutte le forze e le energie per prendere decisioni importanti, trovare soluzioni, perché la sua creatività non ha limiti così come la sua immaginazione.

Prendendo spunto da quelle che Erickson e Rossi (1982) descrivevano come suggestioni a finale aperto, lascio a Sofia la possibilità di non dover decidere subito ma di lasciare tutto il tempo necessario all'inconscio di trovare la soluzione più adatta.

3.5 Conclusioni

La terapia si è conclusa, i sintomi dell'attacco di panico, se ancora parzialmente presenti durante la terapia, sembrano del tutto scomparsi alla conclusione della terapia ipnotica.

Sofia non ha più manifestato attacchi di panico, chiede di continuare le sedute ipnotiche che le procurano molto benessere.

I risultati del BAI confermano quanto sopra: punteggio totale 4.

3.6 Riflessioni personali

Ho inserito l'ipnosi durante una terapia già avviata, questo ha richiesto una dose di lavoro personale sulla possibilità di introdurre questa tecnica nel modo più naturale possibile, al fine di non trasmettere eventuali tensioni.

A questo proposito sono sicuramente servite le esercitazioni pratiche svolte durante il corso.

Purtroppo ho dovuto selezionare una paziente che rispettasse i criteri diagnostici richiesti dall'obiettivo della tesi e un momento terapeutico preciso, probabilmente in futuro inserirò l'ipnosi in parallelo ad altre tecniche o in momenti meno specifici ed anteriori rispetto al caso di Sofia.

CAPITOLO 4

Il caso di Davide

4.1 Presentazione del caso

Nel terzo caso esporrò la terapia cognitivo comportamentale svolta con un paziente e portata a termine. Successivamente, a distanza di circa un mese, durante il follow up, in accordo con il paziente, decidiamo di applicare la tecnica ipnotica con l'obiettivo di consolidare i risultati raggiunti.

Davide è un uomo di 38 anni, laureato in economia, lavora presso uno studio di commercialisti.

Ha da poco concluso la sua relazione sentimentale con una donna poco più giovane di lui. Insieme convivevano da circa tre anni. Non ha figli e la sua famiglia di origine è composta dal padre, dalla madre e da un fratello più grande che vive e lavora all'estero.

Davide si presenta al primo colloquio dopo una giornata di lavoro.

Il suo aspetto appare formale ma non eccessivamente elegante, manifesta un giustificato atteggiamento di stanchezza dovuto alla giornata impegnativa, tuttavia lascia trasparire segni di agitazione, che sembra voler nascondere o comunque tenere a bada. Suda molto, cambia spesso posizione sulla sedia, si sbottona la camicia e chiede il permesso di togliersi la giacca. Verso la fine della visita sembra essersi placato e appare più rilassato.

La postura è regolare, così come la sua forma fisica, è curato nell'aspetto ma senza esagerazioni o un'eccessiva ricercatezza.

L'eloquio risulta fin da subito chiaro ma preoccupato.

Inizia ad espormi il suo problema.

Riferisce di essere in un periodo di *“stanchezza estrema, stress e paura”*.

Mi racconta di come il suo lavoro in questi ultimi mesi sia diventato particolarmente impegnativo in un ambiente competitivo, a causa di nuovi assunti che *“sembrano voler gareggiare”*. Gli orari sono aumentati ed è costretto a fare dello straordinario. Da poco più di un mese ha interrotto la sua relazione sentimentale con la sua ex compagna che ha deciso quasi improvvisamente, dopo un periodo di intensi litigi, di andarsene dalla casa di lui, lasciandolo e non facendosi più sentire. Per aggravare la situazione i suoi genitori, entrambi in pensione, hanno iniziato ad aver bisogno di lui a casa, soprattutto durante il fine settimana, a causa della salute del padre.

Riferisce che da qualche settimana, da quando la sua ex compagna lo ha lasciato, subisce “*dei veri e propri attacchi di panico*”.

A questo punto gli chiedo di farmi un esempio di uno di questi episodi e mi spiega come ad esempio un giorno si trovasse da solo davanti alla televisione sul divano, non riusciva a rilassarsi e la sua testa era piena di pensieri, all'improvviso si è sentito molto caldo, il suo cuore ha iniziato ad accelerare, cercava di respirare meglio senza riuscirci e le mani tremavano leggermente, oltre a ciò aveva un'intensa paura, non meglio definita.

Durante questa manifestazione ansiosa non sapeva cosa fare, si è alzato, non trovava nessuno da poter chiamare, la sua ex compagna non avrebbe risposto, non voleva preoccupare i suoi genitori, suo fratello si trovava all'estero. Allora, apre e chiude gli occhi e aspetta, cercando di pensare a cosa potesse avere e pensando proprio ad un attacco di panico. Dopo qualche minuto i sintomi scemano fino a scomparire. Questa esperienza inizia a preoccuparlo, decide di fare una visita dal medico di base che lo invia ad un cardiologo, entrambi ipotizzano che la causa sia l'ansia.

Il medico gli prescrive del Lexotan.

Successivamente gli episodi si sono ripresentati, una due volte a settimana per circa un mese, decide che in questi casi avrebbe assunto la sua medicina e avrebbe chiamato un amico nel caso in cui non fosse riuscito a gestire l'ansia. Riferisce di vivere con il pensiero costante di riavere un attacco di panico.

Vorrebbe risolvere il problema per tornare a vivere come prima.

4.2 Assessment

Come nel primo e secondo caso ho somministrato, ad inizio terapia, il BAI *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, Epstein, Brown, Steer, 1988; Beck 1990).

Inoltre sono stati usati altri strumenti diagnostici per approfondire ed eventualmente orientare la diagnosi ma il confronto di questi strumenti esula dagli scopi di questa tesi.

Dal BAI ottengo un punteggio di 44, che indica la presenza di gravi sintomi ansiosi.

4.3 Obiettivi

Stabiliamo gli obiettivi con Davide, a tal proposito riporto solamente gli obiettivi comuni agli altri casi, tralasciandone alcuni secondari, allo scopo di poter operare un confronto finale basato su un'omogeneità di dati:

- ridurre il livello di attivazione fisiologica e aumentare la percezione di autoefficacia.
- normalizzare le preoccupazioni disfunzionali.
- Rinforzo dell'Io e dell'immagine positiva di sé.

4.4 Terapia

Illustrerò di seguito quali strumenti e tecniche sono state utilizzate con Davide, durante l'intervento cognitivo comportamentale, fino alla conclusione di esso e all'introduzione della terapia ipnotica. Per quanto riguarda le tecniche già utilizzate con il secondo caso, l'esposizione sarà più breve, al fine di evitare inutili ripetizioni.

In aggiunta alle tecniche già viste inserirò il training autogeno.

ESPOSIZIONE DEL MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Nella prima fase del trattamento e durante tutto il percorso ho illustrato a Davide il modello teorico di riferimento, focalizzando l'attenzione su Clark (1986).

RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA

Di seguito riporto alcuni risultati dell'analisi funzionale. Un esempio tipico di attacco di panico di Davide è riportato nella tabella 4.1:

Antecedenti	Pensiero	Emozione	Conseguenza comportamentale
Davide è sul divano che guarda la televisione	<i>“devo consegnare questi documenti domani e poi correre da mio papà”</i>	ansia	Aumenta l'attenzione sui sintomi somatici
Aumenta l'attenzione sui sintomi somatici	<i>“tra poco mi sentirò come l'ultima volta”</i>	panico	Chiude gli occhi spaventato

Tabella 4.1

Consegno a Davide la scheda di Andrews et al. (2003), affinché potesse analizzarla e chiedere eventuali spiegazioni.

Successivamente propongo a Davide di compilare la tabella, illustrata in Wells (1999), da portare con sé e compilare ogniqualvolta si fosse presentata un'emozione sgradevole o un attacco di panico:

ESPOSIZIONE ENTEROCETTIVA (Wolpe, 1990):

Davide è stato esposto, tramite “esperimenti comportamentali”, ai sintomi che provava durante i suoi attacchi di panico.

Abbiamo rispettato la successione dei sintomi, nell'ordine in cui si presentavano.

Davide ha descritto le sensazioni provate durante un tipico attacco di panico e i pensieri legati a queste sensazioni.

La successione degli esercizi e la familiarizzazione con essi permette a Davide di acquisire l'esperienza necessaria per generalizzarli nei vari contesti della vita quotidiana.

TRAINING AUTOGENO (T.A.)

Propongo a Davide il Training Autogeno di Shultz (1932), giustificando questa scelta, spiegandogli che è una tecnica molto utile per acquisire consapevolezza del proprio corpo e della propria mente, utile per produrre calma autonomamente.

Espongo al paziente che per raggiungere gli obiettivi dovrà impegnarsi negli esercizi a casa, aggiungo inoltre che questi esercizi non possono creare nessun danno o fastidio e che potremo interromperli quando vorrà.

Ho suggerito alcune indicazioni mostrando come, appoggiando una mano sulla parte alta del ventre, questa possa essere spinta dal respiro verso l'alto.

Per intervenire sulla sensazione di mancanza d'aria e sull'iperventilazione ho illustrato a Davide la respirazione lenta, mostrandogli come trattenere per qualche secondo il respiro, anziché cercare di “ingerire” più aria possibile, possa facilitare il ritorno ad una respirazione normale.

Per completezza espositiva e per dare un'idea più precisa dell'intervento descrivo qui di seguito i primi due esercizi del training.

Esercizio della calma

Ho fatto posizionare Davide su una comoda poltrona, leggermente inclinata.

Ho invitato Davide a sentirsi comodo e a suo agio, mantenendo l'angolazione di gomiti e ginocchia circa di 90° gradi e ad appoggiare comodamente la testa allo schienale.

Ho chiesto a Davide di provare a trovare una rappresentazione della calma che preferisse, ho preferito non dare alcun tipo di stimolo ma solo di evitare, nella rappresentazione, la presenza di persone familiari e/o di animali, allo scopo di tutelare eventuali immagini disturbanti.

A questo punto ho chiesto a Davide quale fosse la rappresentazione scelta e, mi ha risposto: “*andare in moto*”.

Nel training autogeno, come in diverse altre tecniche cognitive comportamentali, viene utilizzata la capacità del soggetto di immaginare, si lavora quindi sui processi cognitivi intesi come pensieri, rappresentazioni e immagini. Proprio questo è un utile punto di incontro, come descritto meglio da Hackmann et al. (2014), che permette di integrare le varie tecniche o di utilizzarne una specifica come “propedeutica” o come canale per una futura induzione.

Chiedo a Davide di chiudere gli occhi e di ripetere insieme a me la seguente formulazione:

“io sono completamente calmo”. Ripeto per sei volte e concludo, lasciando qualche momento a Davide per “sentire” il suo corpo e la sua mente, dopodichè lo invito a rialzarsi dopo aver svolto alcuni brevi esercizi di ripresa, al fine di evitare di portarsi dietro, durante la giornata, un eccessivo senso di rilassamento, controproducente in caso di attività lavorativa.

Gli ho suggerito di ripetere a casa due, tre volte al giorno l’esercizio.

Esercizio della pesantezza

L’incontro successivo ha preso in esame la prima parte dell’esercizio della pesantezza, interessando gli arti superiori ovvero le braccia.

La formulazione è stata la seguente: “il mio braccio destro è completamente pesante”, ripetuta per sei volte e intervallata ogni volta dalla formulazione della calma.

Durante lo stesso incontro abbiamo aggiunto la formulazione “le mie braccia sono completamente pesanti”.

Con la stessa modalità si affrontano gli arti inferiori, concludendo l’esercizio della pesantezza con la formula “il mio corpo è completamente pesante”.

In ordine abbiamo affrontato i seguenti esercizi con la rispettiva formula, ripetuti sei volte e intervallati dall’esercizio della calma.

Seguono in ordine:

Esercizio del calore

Esercizio del cuore

Esercizio del respiro

Esercizio del plesso solare

Esercizio della testa

4.4.1 Conclusione della terapia cognitivo comportamentale

A conclusione del training autogeno gli attacchi di panico e il conseguente disturbo di Davide sono risolti, permane tuttavia una leggera sintomatologia ansiosa, in questo caso probabilmente attribuibile a ciò che Sperry (2004) indica come stile di personalità differenziandolo dal disturbo di personalità.

Dal test BAI ottengo un punteggio di 10.

Davide impara a lavorare, seguendo il proprio ritmo e non quello dei colleghi, riesce ad aiutare i suoi genitori elaborando e accettando l'idea che essendo avanti con l'età potranno spesso aver bisogno di lui, a tal proposito comunica al fratello le necessità della famiglia e riceve da quest'ultimo un aiuto economico e una saltuaria presenza.

Durante il follow up a distanza di un mese, propongo a Davide di incrementare e consolidare i risultati raggiunti con una nuova tecnica, che gli servirà anche in molte altre occasioni. Egli accetta.

4.4.2 Terapia ipnotica

Introduco il paziente all'ipnosi, gli chiedo che cosa sia secondo lui e che cosa si aspetti. Descrivo le differenze rispetto al training autogeno.

Descriverò di seguito la pratica svolta durante le otto sedute di ipnosi:

Prima seduta:

L'utilizzo del training autogeno con Davide mi ha dato modo di conoscere il paziente in quelle che sono le sue tendenze, ad esempio leggero/pesante, le immagini relative ad esempio all'andare in motocicletta e ha permesso di utilizzare un canale di induzione già sperimentato e di approfondirlo.

Invito Davide ad accomodarsi sulla poltrona e a posizionarsi nello stesso modo in cui svolgeva gli esercizi di training autogeno

Da subito, con una certa dose di sicurezza, mi oriento verso suggestioni legate alla pesantezza.

Descrivo la posizione di Davide:

T: vedo che la sua testa è ben appoggiata, la sua schiena e le sue gambe sono appoggiate e così anche le braccia sono sorrette dai braccioli, può trovare la posizione che più preferisce, per esempio lasciandosi andare ancora di più o semplicemente rimanendo così com'è.

Gli occhi sono chiusi e il respiro è calmo.

Introduco il *ricalco* per approfondire la condizione di fiducia.

T: *può sentire l'aria che entra e che esce, così come può sentire le braccia appoggiate ai braccioli, il contatto della schiena sulla poltrona.*

Può sentire la mia voce e contemporaneamente il contatto dei piedi sul pavimento.

A questo punto introduco le suggestioni per “produrre” il *monoideismo plastico*” che, se risultante, confermerà l'induzione e quindi lo stato ipnotico.

T: *Bene, ora può immaginare il suo braccio destro che diventa sempre più pesante, proprio come durante il training autogeno, potrebbe diventare ancora più pesante o semplicemente rilassarsi ancora di più, potrebbe essere riempito da qualcosa di solido, che lo rende pieno, oppure potrebbe essere semplicemente rilassato e appoggiato, pesante, sempre più pesante. Può immaginare il suo braccio come attratto da una calamita a terra (suggerione tratta dalle lezioni pratiche svolte con il dott. Gonella), la calamita attira il suo braccio sempre di più, sempre di più, e il braccio è così pesante che può sapere di non dover fare alcun movimento. La calamita ha anche un regolatore di intensità e questo regolatore può aumentare e proprio come adesso aumenta, aumenta, fino ad attirarlo completamente e a farlo sentire pesante e piacevolmente rilassato proprio come dopo dell'esercizio fisico.*

Conterò fino a dieci e quando avrò finito il suo braccio sarà completamente pesante e rilassato.

Conto 1...2...3...

Ratifico:

T: *il braccio è così pesante che anche provando ad alzarlo (prendo il polso della mano destra) ricade sul bracciolo.*

Bene Davide, continui ad immaginare questa calamita e si goda questo momento di piacevole pesantezza. E così, nello stesso modo in cui è riuscito a rendere il suo braccio destro pesante può immaginare che questa sensazione attraversi le sue spalle, fino al braccio sinistro, sentire che anch'esso può essere pesante. Continuo con gambe e corpo. Proprio come sa già fare, con la stessa sensazione di piacevole rilassatezza.

Ancoraggio:

T: *adesso chiuderò la sua mano destra, ogni volta che farà questo gesto, se lo vorrà e solo se lo vorrà, da solo o con la mia guida, tornerà in questo stato di benessere.*

Deinduzione:

T: *bene Davide, tra poco conterò da dieci a uno e quando avrò finito potrà aprire la mano.*

Quando vorrà potrà aprire gli occhi o tenerli ancora chiusi per un po', per tutto il tempo che le serve e porterà con sé solo il meglio di questa esperienza, per il resto della giornata.

Conto: 10...9...8...

Davide apre gli occhi.

Frazionamento:

T: se vuole può provare a chiudere nuovamente la mano, chiudere gli occhi e ricercare lo stesso stato di poco fa.

Chiude gli occhi e le dita della mano, riprendo alcune suggestioni e ratifico.

Alla fine della deinduzione davide mi riferisce di essersi sentito *“in modo simile, come in uno degli stati più profondi del training autogeno, sempre presente a me stesso ma diverso”*.

Seconda seduta:

A distanza di una settimana rivedo il paziente.

Lo interrogo sulla pratica svolta a casa e mi descrive di come sia interessato ad utilizzare l'ancoraggio per velocizzare lo stato di rilassamento fino all'induzione.

Introduco immagini legate alla motocicletta.

T: può immaginare quel bel momento che mi ha già descritto, mentre va in moto, sente il vento sulla faccia, un vento rinfrescante, sulle mani e sotto di lei le sensazioni delle vibrazioni del motore, l'odore della campagna e i rumori del motore, può accelerare e nello stesso tempo decelerare, frenare o cambiare marcia, e ciò lo rilassa tantissimo. Può decidere di rilassarsi sempre di più e sempre di più e di essere molto pesante perché c'è la sua moto che la porterà dove vuole, senza nessuna fatica, senza nessuno sforzo, proprio come ora.

Così come è riuscito a cambiare lo stato del suo corpo con la sola forza della sua immaginazione e così come, con la stessa forza è riuscita a trovare questa calma e questa sensazione di rilassatezza, così potrà fare in ogni momento della sua vita, da questo momento in poi, le situazioni in cui è stato male, non saranno più le stesse, perché richiameranno l'immagine di tranquillità che sta immaginando e sentendo... (condizionamento). Allo stesso modo in cui è capace di sentirsi così, sarà capace di tornare in questo stato quando ne avrà bisogno, sapendo che ne è capace e che il suo corpo sa farlo. Proprio come quando guida la sua moto.

Terza seduta:

Concentro gli sforzi terapeutici verso la normalizzazione delle credenze disfunzionali.

T: proprio come quando è sulla moto può capitare che succeda qualcosa, quel qualcosa potrebbero essere delle emozioni o delle sensazioni, il battito del cuore che gioisce di felicità per il paesaggio, l'adrenalina nelle curve o la prontezza nelle frenate, queste stesse sensazioni si possono ripresentare anche in altri momenti della vita, proprio perché il cuore ha solo un modo di farsi sentire, battere e batte di felicità, di paura e di tristezza ma batte perché è vivo e nulla può

accadere, perché come è capace di controllare la moto sentendo il suo cuore che batte forte così sarà capace di controllare il suo lavoro e i suoi impegni anche quando il cuore batte forte e veloce.

Quarta, quinta e sesta seduta:

Durante queste sedute cerco di intensificare l'immagine positiva di sé.

T: così come ci sono dei momenti in cui è capitato a tutti di pensare di non arrivare in tempo, magari guidando la moto o anche a piedi, allo stesso modo è capitato a tutti almeno una volta nella vita di scoprire di avercela fatta, di essere riusciti a portare a termine il proprio lavoro e così come si può viaggiare in moto avendo una meta prestabilita, per raggiungerla bisogna stare attenti ai limiti di velocità, agli ostacoli, al tempo, aspettare o farsi aspettare dai compagni di viaggio, così anche al lavoro può capitare di dover stare attenti, aspettare o farsi aspettare, dare le precedenza o godersi bei momenti.

Settima e ottava seduta:

durante queste due ultime sedute ho cercato di stabilire nuovi obiettivi per il futuro.

T: può utilizzare ora, proprio adesso la sua immaginazione e creare il futuro che cerca e che vuole, potrebbe farlo utilizzando tutti gli strumenti che ha a disposizione, che ha appreso qui, potrebbe farlo proprio ora oppure farlo più avanti, creando quello che più le piace.

4.5 Conclusione terapia ipnotica

Davide mette in atto molto volentieri la sua abilità, riferisce di sapere di aver acquisito uno strumento importante per se stesso.

Mi spiega come durante lo stato ipnotico riesca a riposare maggiormente la testa mentre con il training autogeno percepiva un maggiore rilassamento corporeo.

Durante la quinta seduta ammette di essersi addormentato, o almeno di ricordare questo, ma ciò non ha provocato problemi durante il momento della deinduzione anzi, è stato un momento particolare che come gli ho spiegato mi ha permesso di dare alcune suggestioni utili.

Dal BAI si ottiene un punteggio di 5.

4.6 Riflessioni personali

In questo caso avevo la piena conoscenza del paziente e la relazione terapeutica di fiducia risultava già instaurata, potrei dire di aver iniziato il lavoro ipnotico già con metà del compito svolto, tuttavia

ho posto attenzione particolare nel far percepire la differenza a Davide tra stato di coscienza del training autogeno e stato di coscienza ipnotico, al fine di non mischiare i contenuti che sarebbero emersi nel vissuto del paziente e confondere i potenziali risultati.

Ho percepito in questo, come nei precedenti casi, l'importanza della percezione di sicurezza personale nella gestione della tecnica e come questo sia percepito dai pazienti in modo più o meno consapevole.

Ritengo sia importante la costante pratica e il costante studio di questa specifica materia che oltre a far progredire le persone che si affidano a noi fa progredire noi stessi attraverso uno speciale rapporto che si crea tra tarapeuta e paziente.

CAPITOLO 5

Considerazioni finali

La pratica dell'ipnosi mi ha permesso di esplorare nuove modalità di approccio con il paziente, osservarlo con più precisione e rendere lui stesso più creativo.

Credo possa includersi bene all'interno di una terapia cognitivo comportamentale, sia fin da subito che in ogni fase dell'intervento. A conferma di ciò Merati ed Ercolani (2015) sostengono che la terapia ipnotica possa aiutare il paziente a bloccare le reazioni delle cellule cerebrali iper attivate (locus coeruleus), quindi produrre un adattamento specifico e migliorativo per il disturbo di panico.

Le difficoltà maggiori che ho incontrato riguardavano il mettere in atto un approccio basato sulle metafore, sulle analogie, sull'immaginazione ma dopo poco ho tratto vantaggio proprio da ciò che sembrava più complicato, rendendomi conto di come la libertà di creare possa essere propria del paziente quanto del terapeuta.

Un'analisi della tabella 5.1 evidenzia subito una riduzione dei sintomi in tutti e tre i pazienti.

Anna raggiunge un punteggio pari a quello che Davide raggiunge a fine terapia cognitivo comportamentale, Davide però parte da un punteggio, relativo ai sintomi ansiosi, più alto di Anna. Dopo l'introduzione dell'ipnosi Davide ne trae beneficio, abbassando ancora di più il suo punteggio fino a 5.

Sofia raggiunge un punteggio di 4, equiparabile a quello di Davide che raggiunge 5, anch'essa come Anna parte da una sintomatologia più bassa di Davide ma più alta della stessa Anna.

	ANNA	SOFIA	DAVIDE
BAI inizio terapia	33	40	44
BAI metà terapia	/	18	/
BAI fine terapia	/	/	10
BAI fine terapia ipnotica	10	4	5

Tabella 5.1

Bibliografia

American Psychiatric Association (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (Quinta edizione). Raffaello Cortina.

Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., & Page, A. (2003). *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guida per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Beck A.T., Steer R.A. (1990), *Manual for the Beck Anxiety Inventory*, The psychological Corporation, San Antonio.

Carter M.M., Barlow D.H. (1995), Learned alarms: The origins of panic. In W. O'Donohue, L. Krasner (eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*, Guilford, New York.

Clark, D.M. (1986). A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Erickson M.H., Rossi E.L., (1982) *Ipnoterapia*. Astrolabio, Roma.

Erickson M.H., Rossi E.L. Rossi S.I., (1979) *Tecniche di suggestione ipnotica*. Astrolabio, Roma.

Galeazzi, A., & Meazzini, P. (2004). *Mente e comportamento*. Firenze: Giunti Editore S.P.A.

Giannantonio M., (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Centro scientifico editore. Torino

Goldwurm G.F., Sacchi D., Scarlato A. (2003). *Le tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale. Manuale teorico pratico*. Milano: Franco Angeli.

Granone F., *Trattato di ipnosi* (1989). Utet, Torino.

Hackmann A., Bennett-Levy J., Holmes E.A. (2014). *Le tecniche immaginative in terapia cognitiva. Strategie di assessment e di trattamento basate sull'imagery*. Firenze: Eclipsi.

Merati L. Ercolani R., (2015). *Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi*. Edra, Milano.

Schultz J. H. (1932), *Das autogene training*, Verlag, Leipzig.

Sperry, L. (2004). *I Disturbi di Personalità. Dalla Diagnosi alla Terapia*, McGraw-Hill Companies.

Rainville P. Hofbauer RK. Bushnell MC. Duncan GH. Price DD., (2002) *Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness*. J Cogn Neurosci. 2002 Aug 15;14(6):887-901.

Rainville P. Price DD., (2003) *Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness*. Int J Clin Exp Hypn. Apr;51(2):105-29.

Rapee R. (1987), The Psychological treatment of panic attacks: Theoretical conceptualization and review of evidence, *Clinical Psychology Review*, 7, 427-438.

Su VY. et al. (2015). *Sleep Apnea and Risk of Panic Disorder*. Ann Fam Med. Jul;13(4):325-30. doi: 10.1370/afm.1815.

Taylor, S. (2006). *Disturbi di panico*. Bologna: Monduzzi Editore.

Wells, A. (1999). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: McGraw-Hill.

Wehrli H., (2014). *Hypnotic communication and hypnosis in clinical practice*. Praxis (Bern 1994). Jul 2;103(14):833-9. doi: 10.1024/1661-8157/a001719. Review. German.

Wolpe J. (1990), *The practice of Behavior Therapy* (IV ed.), Pergamon Press, New York.