



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2020

**IPNOSI E TERAPIA DEGLI STATI DELL'IO:
MODELLI IN CONNESSIONE**

Candidato

Dott.ssa Monica Tessore

Relatore

Prof. Antonio Maria Lapenta

Correlatore

Dott. Paolo Granone

Alla mia famiglia

Mamma, Papà, Andrea

*“Date parole al dolore:
il dolore che non parla bisbiglia al cuore sovraccarico
e gli ordina di spezzarsi”*

Shakespeare

Macbeth

“Ognuno ha una favola dentro che non riesce a leggere da solo.

*Ha bisogno di qualcuno che
Con la meraviglia e l'incanto negli occhi
La legga e gliela racconti”*

Neruda

Sommario

Introduzione.....	5
Capito 1: Ipnosi e Terapia degli Stati dell'Io: modelli in connessione	7
1.1.: La cornice costruttivista.....	7
1.2.: trauma e dissociazione	9
1.3: La frammentazione del sé e la presa di contatto con le parti	12
1.4.: L'ipnosi.....	14
1.5: Ipnosi e stile di attaccamento.....	15
Capitolo 2- La storia di E.....	18
2.1 Anamnesi ed invio	19
2.2. Primo colloquio.....	21
2.3 Storia di sviluppo	23
2.4 Amore e sessualità	24
2.5 Attaccamento	26
2.6 Obiettivi e contratto terapeutico.....	27
2.7 Percorso terapeutico.....	28
2.8 L'uso dell'ipnosi	30
Capitolo 3.: Ipotesi e impostazioni di lavoro futuro.....	35
3.1.: Tecniche di rinforzo dell'io.....	35
3.2. La sfera di cristallo.....	36
3.3. Costruzione della metafora	38
Capitolo 4.: Conclusioni	40
Bibliografia	42

Introduzione

L'impostazione cognitivo-costruttivista ha indirizzato sin dagli esordi la mia carriera professionale, permettendomi di individuare con precisione i traumi relazionali importanti e cronicizzati dei pazienti che si presentavano in studio. In questi stessi traumi individuavo, così, le radici profonde delle patologie e dei disturbi di personalità che causavano sofferenza nei miei pazienti. La pregressa formazione in psicoterapia e l'esperienza clinica mi hanno, quindi, fatto avvicinare allo studio del trauma e sulla sua risoluzione con strumenti clinici.

Con questo breve *incipit*, intendo introdurre due concetti fondamentali per il mio lavoro: la rinascita del cosiddetto “modello traumatico” di Pierre Janet che ha portato ad una iniziale riscoperta dei traumi secondo una concezione di essi come di esperienze discrete, circoscrivibili, rilevanti essenzialmente per la loro grandezza oggettiva; la necessaria integrazione di questo con il progresso delle conoscenze, il quale sta evidenziando la necessità in questo settore di modelli molto più complessi e non lineari (Giannantonio, 2002). Questo ricade inevitabilmente sul trattamento psicoterapico: ora non sono più sufficienti i contenuti narrativi della seduta, ma si rende necessario un accesso alle informazioni bloccate nel passato e al riattivarsi dell'elaborazione delle informazioni stesse (Shapiro, 2001).

Anche l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)¹ non soddisfa pienamente la mia necessità, integrandosi solo parzialmente con questo modello: nello specifico, in merito al trattamento di traumi complessi, nei quali emergono parti del paziente a lui sconosciute e per le quali non dispongono di risorse efficaci per affrontarle (Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2011). Da questa ulteriore comprensione ho cominciato il mio studio della Ego State Therapy o Terapia degli Stati dell'Io.

Nella pratica clinica, con questo *nuovo* approccio, si è reso evidente che, cercando un contatto con le “parti” del paziente, frequentemente si verificasse una *trance* indotta dal rilassamento iniziale previsto dal protocollo che metteva in comunicazione diretta il paziente e parti della personalità distinte tra loro e, potenzialmente, in mutuo contrasto. Da qui la domanda se esistesse uno strumento per aiutare consapevolmente a creare questa *trance* con il paziente e per utilizzarla nel verso del lavoro clinico.

¹ L'EMDR è un approccio psicoterapeutico interattivo che si basa su un protocollo standardizzato al fine di facilitare il trattamento di diverse psicopatologie e problemi legati ad eventi traumatici sfruttando i movimenti oculari come tramite per l'integrazione emisferica. Ha come base teorica l'affrontare i ricordi non elaborati che possono dare origini a sintomi e disfunzioni. Numerosi studi neurofisiologici ne hanno documentato gli effetti.

Molti autori tra cui Robin Shapiro, Van Der Kolk, Pat Ogden citano l'uso della terapia ipnotica a questo riguardo ed è così che mi sono avvicinata a questo approccio.

I vantaggi dell'utilizzo dell'ipnosi mi sono stati immediatamente chiari in quanto, consentendo di lavorare direttamente sulla memoria per immagini e procedurale, compatibilmente con quanto richiesto per una psicoterapia eminentemente psicosomatica, consentirebbe l'accesso diretto alle memorie bloccate dal trauma (Shapiro R., 2017).

Pertanto, la decisione personale di intraprendere questo percorso di apprendimento dell'ipnosi con due obiettivi principali: di poter utilizzare consapevolmente quella *trance* spontanea osservata nei miei pazienti per favorire l'affiorare di memorie dissociate; inserire l'ipnosi nel mio stile terapeutico e integrarla con la teoria degli Stati dell'io. Le tecniche di immaginazione guidata, acquisite all'inizio della mia carriera, di matrice cognitivista, sono utili per modificare le credenze e gli stili di *coping*, al pari della Desensibilizzazione Sistemica, già in uso per la terapia sulle fobie, derivano direttamente dalla terapia ipnotica.

La terapia ipnotica è particolarmente utile con il paziente traumatizzato in preda ai meccanismi dissociativi per insegnargli il controllo di questi ultimi e per modulare lo stato di *trance* che permette questo controllo (Giannantonio, 2002).

Frequentando questo corso ho quindi trovato un validissimo strumento che bene si integra con le mie precedenti cornici teoriche di formazione e, in particolare, con la CBT.

Capito 1: Ipnosi ed Terapia degli Stati dell'Io: modelli in connessione

1.1.: La cornice costruttivista

La cornice teorica fondante la mia formazione in quanto membro S.I.T.C.C. origina e si sviluppa a partire dal cognitivismo post razionalista e intorno al pensiero di Vittorio Guidano, che guidato da un'epistemologia evoluzionistica che, secondo un'ottica squisitamente post-darwinista, radica i suoi fondamenti nei principi di adattamento alla realtà e selezione delle capacità funzionali.

In quest'ottica la conoscenza viene ridefinita come un fenomeno naturale, biologico, soggetto alla pressione dell'evoluzione, secondo modalità operative prodotte della filogenesi: sulla scia di un potente revisionismo costruttivista in ambito cognitivo, Guidano prevede che le emozioni giochino un ruolo decisivo in questo processo. Questa intuizione rappresenta, tra le molte, il più importante e peculiare discostamento dal cognitivismo classico.

Si parte dal principio secondo il quale ogni esperienza psicoterapeutica si fonda sull'introduzione di nuove tonalità affettive² con cui sostituire le emozioni bloccate. Nessun processo di cambiamento può avvenire senza che ne sia coinvolta la sfera emotiva. Non è più sufficiente un cambiamento a livello cognitivo; il paziente deve "sentire" nel corpo le emozioni che si accompagnano al processo di cambiamento. La relazione terapeutica diventa strumento di cura.

Con questo presupposto il cognitivismo si differenzia sia da Bowlby sia dalla terapia cognitiva standard (TCS) di Beck e di Ellis, detta anche 'razionalista'. Per chiarire meglio quanto detto si tenga in considerazione che mentre Bowlby lavora sulle emozioni dei pattern di attaccamento del passato, e la TCS sulle cognizioni distorte del presente, il costruttivismo sintetizza il lavoro su entrambi gli aspetti (Alcini, 2011).

Grazie a questa integrazione concettuale la dimensione incarnata delle emozioni assume il ruolo centrale di elemento agente nel presente: ogni ricordo è così ricostruito nel presente e la dimensione del qui ed ora delle sedute assurge a costituente portante della terapia.

² Secondo questa teoria a distinguere il soggetto normale da uno in stato di patologia è la flessibilità e l'integrazione con cui vengono coniugati gli avvenimenti dell'esistenza quotidiana. Il cambiamento coincide con la riorganizzazione del significato personale, che diventa capace di assimilare lo squilibrio grazie ad un implemento della complessità della persona dovuta a nuove esperienze emozionali. Tali esperienze sono rese possibili anche dalla psicoterapia.

Citando Miller: *Non possiamo cambiare il nostro passato, né cancellare i danni che ci furono inflitti nell'infanzia. Possiamo però riparare i guasti, riacquistare la nostra integrità. E' la strada che ci permette di abbandonare la prigione invisibile delle memorie traumatiche per divenire individui responsabili della propria storia e capaci di convivere con essa* (Miller, 2010).

Il costruttivismo ha messo in primo piano la dimensione del significato che l'emozione prende all'interno del funzionamento personale, cercando di scoprire le modalità con cui l'individuo si è strutturato all'interno della propria storia di sviluppo e di come ha imparato ad utilizzare le emozioni e ad inserirle nella propria sfera di significato personale (Rezzonico, De Marco, 2012).

Guidano trovò nella tradizione pragmatista di James (1890), Cooley (1902) e Mead (1934) una teoria consona alle sue osservazioni cliniche: la distinzione tra esperienza immediata e riordinamento esplicativo venne da lui adottata per sviluppare un modello articolato di psicopatologia e psicoterapia. L'epistemologia dei sistemi complessi, gli fornì un paradigma che tenesse conto non solo dei fenomeni osservati, ma del modo in cui la prospettiva dell'osservatore incide sul fenomeno osservato. Infatti, nel modello psicoterapeutico da lui delineato, tenere conto della prospettiva dell'osservatore nel dare forma all'esperienza è la condizione indispensabile per poter ricostruire forme diverse dalla propria; la realtà psicologica, in questa matrice epistemologica, non viene più ritenuta oggettiva ed oggettivamente definibile, bensì è considerata come il prodotto dell'interazione tra osservatore e ambiente. (Mannino, 2010).

Per il costruttivismo il processo di sviluppo viene identificato con la tendenza a mantenere la coerenza interna del proprio significato personale. Il mantenimento dell'identità personale ha importanza pari al mantenimento della vita stessa (Onofri, Tombolini 1997).

Ortega y Gasset sosteneva che l'uomo è l'unico essere vivente che per vivere deve darsi ragione del suo esistere. Per poter gettare le basi di un progetto psicoterapeutico, dobbiamo entrare in contatto con l'esperienza soggettiva di un individuo. Il modello cognitivo costruttivista postrazionalista propone una psicopatologia esplicativa che rappresenti il presupposto per poter varcare i confini della soggettività e per avvicinarci alla comprensione dell'esperienza in prima persona. Il sintomo o il disagio psicologico sono espressione della soggettività e rappresentano la porta di entrata per accedere al significato personale, o meglio, alle specifiche caratteristiche dell'assetto emotivo-cognitivo che sottendono i processi di un'identità (Dodet, Merigliano, 2016).

Il mio lavoro terapeutico nasce quindi all'interno di questa cornice teorica, è orientato al senso e al significato che il paziente dà alla propria esistenza e ai propri sintomi come espressione della sua identità. Nasce dalla visione della terapia che vede il paziente come persona in grado di modificarsi e di migliorarsi lungo l'intero arco della sua vita, in costante relazione con gli altri e con il proprio mondo interno. Il terapeuta entra in gioco con le proprie emozioni portando la propria dimensione di significato e quindi la propria modalità di leggere l'altrui esperienza emotiva ed è in grado di utilizzarla per aprire ai pazienti nuovi punti di vista, lasciando a questi ultimi la possibilità di scegliere quelli che sente come più funzionali per raggiungere maggiori gradi di benessere (Rezzonico, De Marco, 2012).

1.2.: Trauma e dissociazione

Già Janet teorizzò che parlare di trauma significasse parlare di uno o più eventi che andassero a corrompere la capacità di sintesi della nostra mente. Per trauma Janet intendeva un evento in grado di impiantarsi nella storia del soggetto, creando uno spartiacque tra il prima e dopo, in grado di mettere a repentaglio il senso di incolumità e sicurezza/stabilità dell'individuo sia a livello fisico che psichico. Il termine dissociazione proposto da Pierre Janet nel 1889, è stato per decenni utilizzato solo relativamente alla frammentazione dell'esperienza propria delle psicosi (Lapassade, 1996).

Nella sua accezione più ampia il termine dissociazione “significa semplicemente che due o più processi o contenuti mentali sono non associati o non integrati. Solitamente si assume che questi elementi dissociati dovrebbero essere integrati nella consapevolezza cosciente, nella memoria e nell'identità” (Cardeña, 2000). All'interno del suo modello Janet rifiuta il significato unilateralmente sintomatico della dissociazione, individuandone anche un aspetto fisiologico sotto il termine di “stato modificato di Coscienza”. A partire dal suo più noto testo “l'Automatismo Psicologico” formula una teoria della mente “stratificata” che da livelli inferiori, puramente funzionali e non coscienti, sale nel suo sviluppo a livelli più complessi di organizzazione caratterizzati da attività motorie e processi di pensiero progressivamente più sofisticati.

Porges, con la teoria Polivagale, si rifà a tali idee teoriche di riferimento, andando ad integrare lo sviluppo delle neuroscienze.

La teoria di Porges (2016) suggerisce che il nostro sistema nervoso possa essere descritto come una gerarchia di risposte piuttosto che in termini di equilibrio delle risposte. Descrive tre sottosistemi del SNA (Sistema nervoso autonomo) organizzati gerarchicamente, che governano le nostre risposte agli stimoli:

- 1) Il ramo ventrale parasimpatico del nervo vago che risponde agli stimoli sociali;
- 2) Il ramo simpatico che corrisponde alla mobilitazione;
- 3) il ramo dorsale parasimpatico del nervo vago che produce una risposta di immobilizzazione.

Ognuno di questi tre sottosistemi corrisponde a ciascuna delle tre zone della nostra finestra di tolleranza: il sistema vagale ventrale correla con l'attivazione ottimale, il sistema simpatico con la risposta di iperattivazione e il ramo dorsale parasimpatico del nervo vago corrisponde all'ipoattivazione. Evolutivamente il sistema più recente è il sistema vagale ventrale che coinvolge il ramo ventrale del nervo vago – il vago mielinizzato.

Questo sistema determina il livello individuale di consapevolezza ed è attivo quando siamo nello spettro ottimale della finestra di tolleranza, facilitando il coinvolgimento sociale e la formazione dell'attaccamento e dei legami sociali. Se questa risposta è disattivata, entrano in azione le risposte di mobilitazione legate all'attacco e fuga del sottosistema simpatico. La prevalenza del sottosistema vagale ventrale aiuta a mantenere un'attivazione ottimale e viene disattivato quando, per ragioni legate alla sopravvivenza, sono necessarie risposte rapide.

L'attivazione del sistema simpatico è più primitiva e meno flessibile e porta allo spettro alto delle risposte, provocando iperattivazione. Se entrambi sono incapaci di assicurare una risposta di sopravvivenza, entra in azione il ramo dorsale, non mielinizzato, del nervo vago che diminuisce l'attivazione per andare verso il versante di ipoattivazione. Questo sottosistema è caratterizzato dalla conservazione dell'energia.

Normalmente la dominanza di questi tre sottosistemi è fluttuante, anche se esiste una gerarchia. Nella normalità la prima risposta è quella del sistema vagale ventrale e solo quando questa fallisce, si ha una risposta simpatica. Se fallisce anche questa modalità di risposta, si arriva al dorsale vagale con l'ipoattivazione. Questa struttura gerarchica di risposta costituisce un vantaggio nelle situazioni traumatiche, mentre una buona risposta ventrale vagale, caratterizzata dalla qualità dell'investimento sociale, permette di fare da freno all'attivazione delle altre due modalità di risposta che sono su base automatica e che sono caratterizzate da una alterazione della consapevolezza.

Durante qualsiasi stadio evolutivo, quando altre difese falliscono, le risposte di congelamento e sottomissione sono automatiche, di fronte ad una minaccia alla sopravvivenza il cervello e il corpo entrano istintivamente in uno stato di “finta morte”. La capacità innata di avvertire la gravità di una minaccia, mobilita le risposte più efficaci per poter sopravvivere all’evento (Porges, 2016).

Pare quindi che gli esseri umani cerchino, per base innata, di distanziarsi dagli eventi traumatici, creando un senso di sé separato che gli permetta di vivere la vita di tutti i giorni, distaccato dagli eventi terrificanti; per fare ciò disconoscono le proprie parti traumatizzate, trasformandole in “stati non me”. Il senso di sé unito e coeso è quindi alquanto illusorio (Fisher, 2017).

Già Janet condusse esperimenti ipnotici su pazienti isterici dimostrando diversi livelli di consapevolezza: La Consapevolezza Principale, che corrisponde alla personalità prevalente che porta avanti la vita di tutti i giorni e La Consapevolezza Sonnambolica, ignorata dalla Consapevolezza Principale. La presentificazione non è un processo automatico ma richiede uno sforzo mentale (tensione psicologica) per contrastare la tendenza della mente a giacere nel passato o protrarsi nel futuro; è la presentificazione, l’atto che garantisce la formazione ed il mantenimento di una coscienza unitaria. Nella mente si riconoscono due tendenze funzionali, una conservativa legata al passato ed al fenomeno della memoria, l’altra evolutiva e creativa orientata al futuro. L’attività conservativa mantiene e riproduce integrazioni operate nel passato, mentre l’attività evolutiva spinge all’integrazione ed alla costituzione del presente (Pinnell, 2002).

Il trauma è profondamente incarnato, è una dimensione umana che accade, in primo luogo, nel corpo. Il modello attuale della dissociazione strutturale riprende e si evolve a partire da questa idea distinguendo una Parte principale che “va avanti con la vita normale” e una o più parti connesse al trauma, le quali rappresentano il Sé corporeo ed emotivo (Fisher, 2017).

Così mentre la Parte che rappresenta la vita normale cerca di andare avanti, le parti connesse al trauma continueranno ad attivarsi in risposta a stimoli connessi alla situazione che le ha generate, ed è così che possiamo imparare a leggere i sintomi proprio come messaggi provenienti da queste parti (Fisher, 2017).

Watkins e Watkins nel 1997 danno la seguente definizione di un ego state: *un sistema organizzato di comportamento ed esperienza i cui elementi sono legati insieme da qualche principio comune e che è separato da qualche altro stato da un confine che può essere più o meno permeabile*. Il presupposto è quindi quello che ogni individuo possieda un sé con caratteristiche non unitarie. Situano quindi le varie parti della personalità su un *continuum* che va dalla differenziazione alla dissociazione. L’aspetto interessante, da loro teorizzato, è che gli ego state possono essere completamente sconosciuti a livello della coscienza del paziente, obbligando il terapeuta, per potervi accedere, ad utilizzare l’ipnosi. Con il loro lavoro essi teorizzano l’utilizzo di tecniche ipnoanalitiche per accedere a quelle parti del sé che, altrimenti, potrebbero restare sconosciute al paziente.

Prendendo in considerazione la Dissociazione Strutturale della Personalità (Van der Hart ed al. 2011) si evince come i pazienti che presentano diagnosi di tipo Dissociativo hanno una spiccata propensione ad entrare in stati alterati di coscienza durante le sedute. Questa facilità potrebbe essere usata a scopi terapeutici inducendo questi stati per accedere agli Ego States.

L'incremento dell'interesse per la psicotraumatologia e il modello della Dissociazione Strutturale hanno portato ad una riscoperta della terapia ipnotica. Questa, infatti, non solo è la più antica delle psicoterapie, ma anche la prima ad essere stata in grado di trattare con successo gli esiti di esperienze traumatiche o altamente stressanti e ad attribuire ad esse un'adeguata rilevanza in seno ad una comprensione trasversale della psicopatologia tutta (Giannantonio, 2002).

Il grande contributo che l'ipnosi può dare alla Psicotraumatologia è l'opportunità di lavorare direttamente e contemporaneamente sulla memoria procedurale, emotiva, viscerale delle persone che riportano trauma, consentendo l'integrazione fra i differenti tipi di memoria e l'applicazione di strategie che producono un forte senso di controllo sugli eventi traumatici.

1.3: La frammentazione del sé e la presa di contatto con le parti

Uno stato dell'io è *un insieme di connessioni neurali caratterizzate da pattern coerenti di informazione, emozione, attenzione, comportamento e identità, appartenenti a età dello sviluppo o situazioni specifiche* (Shapiro R., 2017). Alla presenza di eventi traumatici gravi e ripetuti le connessioni neurali possono cristallizzarsi in stati dell'io disfunzionali che limitino il normale funzionamento della persona: lo stato dell'io può trasformarsi in uno stato dissociato, slegato dal presente (Porges, 2016). Vanno quindi distinte parti emotive del sé del “ qui ed ora”, non dissociate ma relative ad età inferiori, da parti che si attivano invece inconsapevolmente, dissociate e che si rifanno all'evento traumatico (Shapiro R., 2017). Gli ego state possono quindi essere sconosciuti al livello di consapevolezza del paziente. Il sé, quindi, non è qualcosa di fisso, ma piuttosto un processo associativo emergente che sorge dalla disposizione di relazionarsi l'uno con l'altro, profondamente radicata nel corpo. Ad un estremo stanno le lievi differenze negli stati del sé che ogni persona sperimenta; spostandosi lungo il *continuum* i fallimenti integrativi aumentano d'intensità, fino ad arrivare alla zona rappresentata dalla dissociazione legata ai traumi. L'estremo dissociativo è rappresentato dal profondo fallimento integrativo che si manifesta con la presenza di due o più parti dissociative, ognuna con il proprio senso di sé, spesso in abbinamento ad amnesia o mancanza di consapevolezza di alcune emozioni, pensieri o ricordi. (Ogden, Fisher, 2016).

Cercando un mezzo di accesso alle parti del paziente ho potuto notare come per certi pazienti sia semplice accedere alle parti con semplici formule di rilassamento attivando in loro una *trance* naturalistica, ma in non tutti i pazienti questo avviene ed è così che mi sono avvicinata all'approfondimento di questo tema. Già nel 1997 i Watkins avevano teorizzato la possibilità di utilizzare l'ipnosi per entrare in contatti con gli ego state dissociati del paziente. Secondo il loro modello di personalità, infatti, il sé non si presenta come unitario, ma caratterizzato da confini che vengono a creare le varie parti della personalità.

Portare il paziente in uno stato di coscienza "particolare" viene auspicato anche da quegli autori che, pur non riferendosi direttamente all'ipnosi, lavorano però con le parti del sé. Anche nella teoria della Dissociazione Strutturale della Personalità (Van der Hart ed al. 2011) per esempio viene presentato come i pazienti che presentano diagnosi di tipo Dissociativo abbiano una spiccata propensione ad entrare in stati alterati di coscienza durante le sedute. Questa facilità potrebbe essere usata a scopi terapeutici inducendo questi stati per accedere agli Ego States.

Van der Hart e Van der Kolk, riprendono quasi integralmente le teorie e la prassi di Janet attraverso il modello della "dissociazione strutturale" di personalità. La maggior parte delle persone che vive un evento traumatico né manterrà una traccia neurale, entrando a volte in uno stato mobilizzato di attacco o fuga e altre in uno stato immobilizzato di rallentamento e resa. Se il trauma è intenso o reiterato lo stato dell'io può trasformarsi in uno stato dissociato, slegato dal presente e che conserva i comportamenti, i pensieri e i sentimenti legati al passato. Individui affetti da trauma oscillano continuamente tra la fissazione alle esperienze traumatiche ed il distacco difensivo da queste, alternando due o più sistemi dissociati di idee e funzioni che costituiscono, quando unitariamente funzionanti, la personalità normale. Questa instabilità è il riflesso della mancata integrazione tra i sistemi che regolano le attività della vita quotidiana e quelli deputati alle funzioni difensive. La dissociazione non coinvolge soltanto la componente psicologica ma anche la matrice biologica innata su cui si costruisce e si sostiene la personalità.

Anche nei lavori di Robin Shapiro (2017) e Janina Fisher (2017) viene presentata l'ipnosi come uno dei mezzi possibili per accedere agli Stati dell'Io del paziente.

I pazienti non vengono in terapia per cambiare ciò che è successo, ma per cambiare gli effetti del passato che incidono ancora sul presente. Prima di toccare qualsiasi cosa del passato è necessario rinforzare la Parte adulta del presente. L'ipnosi facilita questo processo.

Inoltre Fischer (2017) parla di "Dialogo interno tra le parti"; è necessario infatti che le parti comunichino tra loro per acquisire quelle informazioni contenute nella ANP (parte apparentemente normale) che si riferisce alla vita adulta del paziente e di cui spesso le altre parti non sono a conoscenza. Secondo l'autrice in seguito ad eventi traumatici rilevanti, il sé dell'individuo si dividerebbe in una parte principale "apparentemente normale" (ANP) ed una o più parti separate (EP). La parte di personalità apparentemente normale continua a sovrintendere alle funzioni di base dell'attività quotidiana ed è costantemente impegnata a contrastare l'affioramento del ricordo traumatico attivando difese estreme quali amnesia,

rarefazione affettiva, ritiro e depersonalizzazione. Le parti dissociate restano legate ai sistemi motivazionali di difesa, sono più cariche d'intensità emotiva e povere dal punto di vista cognitivo. Le EP sono "congelate" al momento del trauma, non possono registrare la fine della minaccia. La risposta in seguito alla comunicazione tra ANP e EP arriva al paziente attraverso immagini e sensazioni. Questo strumento di lavoro deriva dalla terapia ipnotica. L'imponente sintomatologia che accompagna i pazienti con PTSD (*hyperarousal*) è da addebitare al persistere dei comportamenti di difesa e dell'assetto neurovegetativo corrispondente. Il paziente o meglio una o più parti di lui sono ancora "fissate" al momento della dissociazione e tendono ad occupare il posto di comando ad ogni occasione, presentandosi come vere e proprie sottopersonalità. A fronte dell'alternanza degli stati coscienza la disregolazione dei sistemi biologici di base è persistente (Porges, 2016).

Il dialogo interno è la narrazione che ognuno di noi si costruisce relativamente alla propria storia di vita. Fanno parte di questo dialogo anche le convinzioni limitanti e gli introietti genitoriali sia positivi sia negativi. La terapia degli stati dell'io aiuta ad esplorare le cognizioni inappropriate indagando le età cui esse appartengono, a potenziare la parte adulta forte e sicura nel momento presente prima della presa di contatto con le parti più giovani e traumatizzate (Shapiro, 2017).

L'ipnoterapeuta si propone di far emergere le capacità e le risorse della persona con cui sta lavorando, di modo che per questa sia possibile esprimere se stessa in modo equilibrato ed armonico, potendo andare a modificare il Dialogo interno e gli introietti negativi (Yapko, 2011).

1.4.: L'ipnosi

La cornice teorica fondante questo lavoro si basa sulla definizione sviluppata dal Prof. Franco Granone e sui suoi studi.

Franco Granone (1989) definì l'ipnosi *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, per mezzo di monoideismi plastici.*

Granone distingueva quindi ipnosi ed ipnotismo: quest'ultimo sarebbe *la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l'ipnotizzatore; mentre l'ipnosi è lo stato di coscienza particolare che presenta modificazioni di natura psichica che riguarda la coscienza e la volontà a cui seguono modificazioni di ordine somatico, viscerale e umorale.*

Momento di concretizzazione dell'ipnosi secondo Granone è la realizzazione di un monoideismo plastico; ciò che viene suggerito tramite l'induzione diventa una sensazione, un'immagine, un'azione in movimento. *Per la realizzazione di fenomeni ipnotici psicosomatici e psicoviscerali bisogna che l'immagine, abbia una particolare vivacità e forza, tanto da provocare un fenomeno di monoideismo suggestivo, da ottundere i poteri di critica e limitare il campo della coscienza, sin da raggiungere, un vero e proprio grado di dissociazione psichica. Ciò si realizza facilmente nei soggetti in cui c'è iperattività e ipereccitabilità della zona diencefalo-mesencefalica, che agisce inibendo alcune funzioni corticali e limitando il campo della coscienza* (Granone, 1989).

Il monoideismo plastico, in questo quadro di riferimento, è un fenomeno biologico che ristrutturata le reti neurali a loro volta responsabili di comportamenti disfunzionali.

Benché ritenendo questa definizione esaustiva e tutt'oggi la più completa, è necessario ricordare che la storia dell'ipnosi sia stata caratterizzata da sorti alterne, ma soprattutto che è stata oggetto di studio di numerose personalità importanti sia nell'ambito psicoterapeutico sia di eminenza nel mondo scientifico, che hanno apportato numerosi contributi e aiutato a migliorare, laddove possibile, il quadro semantico per la definizione dell'ipnosi.

Secondo questo corso, ad esempio, si è distinto lo stato di coscienza modificato denominato *trance* dallo strumento *ipnosi*.

Con il lemma *trance* si definisce uno stato di coscienza differente da quello di veglia e da quello di sonno, distinguibile da questi a livello di attività neuronale.

Per Erickson la *trance* è una condizione naturale che si attiva durante le normali attività quotidiane, con una funzione di recupero di energie e raggiungimento di momenti di rilassamento. Lo stato di *trance* che possiamo osservare durante un'induzione ipnotica, è quindi un'amplificazione di questo stato naturale portato ad un livello più profondo (Nardone, Loredano, Zeig, Watzlawick, 2006).

Un'altra interessante definizione di ipnosi, è quella pubblicata sulla rivista *Psychological Hypnosis* dove si conviene che si tratta di una procedura durante la quale il paziente sperimenta cambiamenti a livello di sensazioni, percezioni, pensieri e comportamento. Il tutto ha inizio tramite una procedura di induzione tra le numerose a disposizione. Questa fase iniziale include suggestioni di rilassamento, benessere e calma (1993, *Psychological Hypnosis, A Bulletin of Division 30,2*).

Riguardo allo strumento ipnosi, si possono distinguere due modalità differenti di induzione a seconda del ruolo investito dall'ipnotizzato: pertanto si definirà etero - indotta se lo stato di trance è indotto dall'esterno, al contrario sarà definita auto-indotta se lo stato è indotto autonomamente dall'ipnotizzato.

Questa distinzione, interviene a sostegno dell'ipotesi di Ercolani per la quale gli esseri umani avrebbero utilizzato questa possibilità della mente di isolarsi dalla realtà da sempre, e che sottolineerebbe il cambio del ruolo rivestito dall'ipnotista. Quest'ultimo, secondo tale ricostruzione, passerebbe da un ruolo autoritario e sbilanciato, ad un ruolo simmetrico a quello del paziente, in un rapporto di condizionamento vicendevole, superando la concezione del ruolo passivo del paziente (Merati, Ercolani, 2015).

1.4: Ipnosi e stile di attaccamento

Già Ferenczi si era reso conto che in terapia non è tanto importante ricordare quanto il ripetere un'esperienza. Dopo l'allontanamento di Freud dall'ipnosi è proprio questo autore a riportarla in seduta e con essa tutta la dimensione della corporeità. Il ruolo della relazione tra terapeuta e paziente diviene fondamentale.

Fu John Bowlby con la sua Teoria dell'Attaccamento (1982) a riprendere questo filone e portare una chiave di lettura nuova sul versante delle esperienze traumatiche.

Il comportamento di attaccamento è quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che mantiene una prossimità nei confronti di un'altra, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Compito della figura di attaccamento è quello di svolgere per il bambino il ruolo di base sicura da cui possa esplorare il mondo sapendo di poter fare ritorno ogni volta che ne sentirà la necessità (Giannantonio, 2000).

Il sistema d'ingaggio sociale favorisce la dinamica di attaccamento-accudimento. Se ricevono cure sufficienti, i bambini acquisiscono aspettative generalmente positive riguardo le interazioni con gli altri e diventano capaci di inibire le aree corticali addette all'organizzazione di strategie difensive. Al contrario in caso di gravi incurie, abusi o maltrattamenti possono strutturarsi *patterns* disfunzionali e disorganizzati dell'attaccamento, che tendono a diventare stabili nel tempo (Ogden, Fischer 2016).

La psicoterapia ipnotica ha, in questi casi, il grande pregio di poter intervenire direttamente ed efficacemente su quelle che Guidano chiamava scene nucleari, le quali hanno costituito i momenti di formazione dei *patterns* di attaccamento disfunzionali. In questo senso la psicoterapia ipnotica, rispetto ad altre forme di psicoterapia possiede un accesso privilegiato alla modificazione di episodi negativi o traumatici ed alla creazione di realtà ipnotiche che consentono l'esperienza diretta di nuove relazioni di attaccamento.

A partire dall' induzione stessa si ha a disposizione un prezioso strumento di diagnosi e terapia. Il modo che il paziente ha di rapportarsi con il terapeuta è indicativo del modello operativo interno (MOI) dello stesso. I bambini possono sviluppare diversi tipi di attaccamento con persone diverse e i MOI che ne derivano possono essere complessi e contraddittori. L'incapacità dei genitori di riconoscere alcuni aspetti dei figli porta il bambino stesso a disconoscere alcune parti di sé. Queste parti di sé non sono in comunicazione tra loro e spesso il paziente proprio per questo non riesce a comprendere l'origine e la natura dei suoi conflitti interni (Ogden, 2017).

Se letta all'interno di questa cornice anche la "semplice" induzione ipnotica è già, in quest'ottica, un fare psicoterapia. Nel momento in cui, infatti, viene richiesta una particolare intimità ed autenticità, vengono attivati i MOI del paziente. In questo senso, di nuovo, la gestione dei problemi dell'induzione è un fare psicoterapia che coinvolge anche, la storia di attaccamento del paziente, essendo l'obiettivo di diventare per il paziente una "base sicura ipnotica", affidabile ma non onnipotente. Nel caso di pazienti fortemente traumatizzati, portatori di gravi abusi o trascuratezza l'integrazione globale del Sé dovrà essere intesa come una meta a lunga scadenza successiva solamente al trattamento di più episodi e memorie ed alla sperimentazione di nuove esperienze relazionali correttive. In questi casi, integrando la terapia ipnotica con le tecniche di *imagery* della CBT e con la Terapia degli Stati dell'Io è possibile utilizzare come strategia l'impiego di parti sane-adulte del sé che possono sopperire da figure di accudimento per tutte quelle parti legate al trauma. E' anche possibile usare figure di attaccamento sostitutive in quei casi in cui la parte sé adulto non risulti del tutto capace di svolgere la funzione del prendersi cura (Giannantonio, 2000).

Per evitare che il paziente venga ri-traumatizzato invece che curato è necessario comunque procedere per gradi, tenendo in considerazione alcuni aspetti fondamentali: effettuare un *assessment* corretto, instaurare una solida alleanza terapeutica, instaurare nel paziente una condizione di stabilità e sicurezza, aumentare le risorse e le capacità di *coping* del paziente, aumentare la stabilità emotiva e relazione del paziente (Giannantonio, 2000).

Se è normale per tutti ritornare su quanto di significativamente negativo avviene nella nostra vita e, gradualmente, cambiare le emozioni che proviamo, cambiare l'evento stesso o il suo significato, magari attraverso l'ironia, la condivisione con altri e l'impiego di rabbia e risentimento verso chi ci ha danneggiato, non sempre questa procedura, ecologica nella sua essenza, si produce spontaneamente nei modi e/o nei tempi adeguati. E' in questo caso che possiamo utilizzare la terapia ipnotica, in associazione alla Terapia degli stati dell'Io, per andare a favorire questo processo e riprenderlo là dove si è interrotto, potendo dare un finale diverso ad una storia passata che potrà così tornare a far parte del nostro passato smettendo di interferire sul nostro presente (Giannantonio, Boldorini, 1997).

Capitolo 2- La storia di E.

E. è stata una delle prime pazienti con cui ho deciso di provare a lavorare utilizzando l'ipnosi. Ho deciso di portare la sua storia perché è una paziente che mi sta particolarmente a cuore. Nonostante la sua giovane età porta con sé una profonda sofferenza, una storia evoluta tra traumi e abusi, che hanno segnato profondamente la creazione della sua personalità e l'immagine di sé; ma anche tante risorse che l'hanno condotta a riuscire a chiedere aiuto, nonostante l'amnesia segnasse buona parte della sua vita.

La salda relazione terapeutica, di fiducia, che si era instaurata tra noi durante quasi un anno di lavoro mi ha reso sicuro nel proporre questo strumento di lavoro. Inoltre E. si è sempre dimostrata una ragazza curiosa, ed ero sicuro che avrebbe accolto volentieri questa possibilità.

Il nostro lavoro terapeutico era già avviato, i sintomi di E. erano stati stabilizzati e avevamo lavorato sul rinforzo delle sue risorse e sul potenziamento della sua Parte Adulta. Avevo più volte notato che E. aveva una buona capacità di visualizzazione e necessitava di prendere contatto con le sue molte EP dissociate e portatrici di un trauma inaccessibile per la sua ANP. Prendere contatto con queste parti risultava molto difficile. Il trauma si manifestava attraverso molti sintomi ma non era narrabile, restava racchiuso nella memoria implicita; le parti bambine ne erano le custodi e numerosi parti protettrici e altrettante parti autodistruttive tenevano lontana la sua ANP, in modo che riuscisse ad andare avanti con la sua vita.

Decisi così di proporre l'ipnosi. In primo luogo affinché E. potesse avere un "luogo sicuro" in cui riuscire ad andare quando le sue paure diventavano troppo soverchianti e, in secondo luogo, come via di accesso per riuscire ad entrare in contatto con le varie EP dissociate e ad avviare un dialogo interno tra EP e ANP che potesse favorire l'integrazione emisferica.

L'utilizzo dell'ipnosi ha costituito, per il nostro lavoro terapeutico, un punto di svolta verso la presa di contatto e l'elaborazione del trauma. Il lavoro con E. non è concluso ma ancora in divenire.

2.1 Anamnesi ed invio

Conobbi E. nel febbraio del 2019, presso il mio studio privato situato allora presso il Centro Clinico Crocetta di Torino. La paziente mi chiamò per prendere appuntamento dopo aver avuto il mio numero da una dietista con la quale collaboro. Quest'ultima ritenne necessario un invio, in quanto E. si era recata da lei per un percorso di alimentazione più sana, ma era emerso quasi immediatamente la presenza di un sottostante disturbo alimentare.

E., durante il nostro primo contatto telefonico, mi disse semplicemente di avere urgentemente bisogno di un appuntamento perché sentiva di non farcela più, ma non fece riferimento ai sintomi riguardanti il cibo.

Al momento del nostro primo incontro E. aveva 22 anni, normopeso, viveva con i genitori e la sorella, più grande di un anno, in un paese della provincia di Torino. Frequentava l'università di Scienze della Formazione Primaria, era in pari con il piano di studi, seppur studiasse il minimo indispensabile per riuscire a passare gli esami, e nel periodo estivo lavorava come cameriera in montagna. Il lavoro non era una necessità economica, ma un modo per allontanarsi per tutto il periodo estivo da casa e famiglia e vivere da sola. Quello era il periodo migliore per E., in cui si sentiva meno inquieta.

Aveva scelto di studiare Scienze della Formazione Primaria perché voleva fare la maestra come sua mamma, unica persona per cui provava stima nella famiglia, ma negli ultimi mesi erano emersi molti dubbi al riguardo. Non si sentiva più adatta per quel lavoro anche se non sapeva spiegarsi il perché.

La mamma era la persona con cui aveva più rapporti all'interno della famiglia, anche se segnato da una forte ambivalenza e da un'oscillazione continua tra stima e incomprensioni. Maestra elementare, E. si sentiva legata a lei. La definiva come persona molto intelligente e più volte disse di essersi domandata come lei potesse aver sposato un uomo come suo padre. Questo la aveva portata nell'ultimo periodo ad allontanarsi da lei.

Il papà venne definito come una persona *“ingenua e poco interessante.”* Non provava stima per lui ma soltanto fastidio per la sua presenza. I loro rapporti erano da sempre freddi e distaccati ed E. cercava di passare meno tempo possibile con lui. *“Per mio padre ho sempre provato grande disprezzo”*. Provava dispiacere per questi sentimenti di cui non conosceva la causa ma erano per lei inevitabili. La sua presenza era fonte di disagio e rabbia a cui non riusciva a dare un'origine.

La sorella più grande venne descritta come la preferita di papà, *“che lo manipola per ottenere sempre quello che vuole”*. Tra loro due non c'era mai stato dialogo ed E. disse di essere sempre stata molto invidiosa di lei, in quanto molto più attraente a livello fisico rispetto a lei. Ovviamente questa era la sua percezione.

Al momento del nostro primo incontro E. non aveva una relazione sentimentale, né ne aveva mai avute di stabili. Le sue uniche relazioni erano caratterizzate da assenza di componenti emotive.

Il suo rapporto con il cibo era stato da sempre molto difficile, caratterizzato in adolescenza dall'alternarsi di periodi segnati da diete restrittive e intensa attività fisica ad altri in cui mangiava molto e in maniera poco sana. Il tutto era andato peggiorando negli ultimi tre anni, dopo un lungo periodo di dieta restrittiva trovata in internet, era poi passata ad abbuffate quotidiane con conseguenti episodi di vomito indotto.

Quando la conobbi le condotte eliminatorie alternate alle abbuffate avvenivano quotidianamente, in alcuni periodi anche più volte al giorno. Questo faceva emergere in lei una profonda paura della morte.

Nessuno nella famiglia di E. era a conoscenza di questo disturbo, seppur sapevano del suo difficile rapporto con il cibo e del suo mangiare con poca costanza e spesso in solitaria. Le abbuffate avvenivano quasi sempre quando era in casa da sola, mentre le condotte eliminatorie anche dopo i pasti svolti insieme alla famiglia. Sebbene E. non facesse nulla per nascondere il suo disturbo nessuno sembrava essersi accorto di quanto profondo fosse il suo disagio. Questo comportamento da parte dei genitori era quanto lei sperimentava quotidianamente, in quanto si era sempre sentita non vista da loro, che le davano attenzione solo quando *“faceva storie”* per poi rimproverarla di conseguenza.

Riferì molto spesso che la sua famiglia la considerava *“una ragazza viziata, che fa mille capricci per essere notata, come una bambina”*, i cui disturbi non sono reali ma fatti per richiamare l'attenzione.

Tutto questo suscitava in lei una grande rabbia che sfogava quasi sempre con il cibo. E. mi spiegò che le abbuffate spesso scaturivano da momenti in cui provava *“un misto tra rabbia e tristezza”*, in quei momenti sentiva di non poter agire, e questo sfociava in *“un bisogno di masticare, una forte tensione alla mandibola, che se non assecondo diventa vuoto”*. *“Mi disprezzo, non mi sento viva. La mandibola si stringe sempre di più e io devo mangiare ancora.”*. Dopo essersi abbuffata una voce interna giudicante la spingeva a vomitare, facendole sentire di non valere nulla. Dopo il vomito s'impadroniva di lei una forte paura di morire, di aver perso la sua vita senza fare nulla. *“Credo che questo sia un modo per non farmi del male”*. Indagando meglio questo aspetto emerse che in adolescenza, prima di sviluppare il disturbo alimentare E. pensava spesso a come sarebbe potuta morire.

Non c'erano gesti suicidari nella sua storia, ma molti pensieri che giravano intorno al tema della morte e di quale sarebbe stato il modo migliore per togliersi la vita, a come questo le desse sollievo.

La sua storia era caratterizzata dall'assenza di ricordi per interi periodi di vita, spesso le succedeva di percepire le cose come in un sogno o di non sapere se alcuni ricordi fossero sogni o ricordi reali. Anche il suo corpo veniva percepito con stranezza, con lunghi episodi di depersonalizzazione. Tutto questo, insieme al disturbo alimentare mi portarono da subito a propendere per un'ipotesi traumatica.

Iniziammo insieme il nostro percorso psicoterapeutico chiedendo il sostegno farmacologico di una collega psichiatra, che valutò le sue condizioni di salute conseguenti il disturbo alimentare e prescrisse uno stabilizzatore dell'umore per permetterci di lavorare più tranquillamente e di tenere a bada i pensieri intrusivi di tipo suicidario.

2.2. Primo colloquio

Ricevetti per la prima volta E. nel mio studio nel febbraio del 2019. Si presentò al primo colloquio da sola. Era una ragazza molto carina, alta, di corporatura normale, non troppo magra. Portava indosso diversi strati di vestiti che le conferivano uno stile eccentrico. Senza trucco e con i capelli lunghi era di una bellezza molto naturale. Guardarla mi fece immediatamente venire in mente la famosa frase che Nietzsche (1886) scrisse nella sua famosa opera "Al di là del bene e del male": "*Se guarderai troppo a lungo nell'abisso, l'abisso finirà per voler vedere dentro di te*" e gli occhi di E. sembravano davvero aver guardato l'abisso.

Presentandosi non mi diede la mano e si sedette nella sedia di fronte alla mia scrivania rannicchiandosi quasi a voler scomparire. Durante il colloquio parve piuttosto agitata, si muoveva frequentemente sulla sedia e cambiava molto spesso posizione, tormentandosi le mani durante tutta la seduta.

Il suo colloquio iniziò dicendo: "*sono qui perché se con il pensiero mi posso autodistruggere lo faccio. Sono stufo di questo. Le dico subito che non farò finta di parlare bene della mia famiglia. Il mio problema sono loro. Per molti la casa è un luogo di pace, per me appena mi avvicino scatta il buio*". Definì casa sua come un "*covo pieno di nervosismi*". Lì era il luogo in cui il suo disturbo alimentare era più ingestibile. Quando andava all'università o quando in estate lavorava in montagna e viveva da sola le cose miglioravano notevolmente. Gli episodi di vomito non scomparivano ma si diradavano; aveva così finito per associare il suo malessere all'ambiente di casa. Appena poteva passava il più tempo possibile fuori. I momenti peggiori erano quelli in cui era presente anche il padre. Dichiarò che ad infastidirla era la sua piattezza intellettuale e la sua ingenuità, ma anche una strana sensazione di disgusto che provava involontariamente ogni volta che lui le si avvicinava. Provava dispiacere per questo disgusto verso il padre per cui non sapeva darsi una spiegazione, ma era sempre stato così da quando lei avesse memoria. Non era stata una di quelle bambine per cui il papà era l'eroe, aveva sempre visto sua mamma come spreca nella relazione con lui, tanto che anche da bambina aveva spesso

sperato che i suoi divorziassero. Nella maggior parte dei casi lei e il padre si ignoravano, ma quando lui provava ad avere un contatto con lei o le si avvicinava anche solo per chiederle come stava in E. scattava una forte rabbia “*insensata*” che si accompagnava ad una sensazione di irrigidimento e fastidio. Non sapeva se il padre si accorgesse o meno delle sue reazioni o se pensasse che semplicemente tra loro non ci fosse molto dialogo.

I genitori erano a conoscenza della sua intenzione di iniziare un percorso di terapia. Non avevano ostacolato la sua scelta, ma nemmeno appoggiata. Per loro era l’ennesimo capriccio che lei faceva per attirare la loro attenzione. Speravano semplicemente che assecondandola lei diventasse meno difficile da gestire. Mi raccontò che, pur non essendo a conoscenza del suo disturbo alimentare, erano molto arrabbiati con lei, per il suo modo di mangiare, perché spesso mangiava troppo e fuori pasto o perché finiva i dolci che il padre aveva comprato per se. Sembravano completamente estranei alla sua sofferenza.

Mi descrisse la sua paura della morte: “*È qualcosa che in fondo è sempre stata parte di me. Ora ne ho paura quando vomito, ne sono terrorizzata e vado nel panico. Penso che sto sprestando la mia vita...morirò senza aver fatto nulla. Ma anche prima c’era. Prima, alle superiori, era un’attrazione forte verso la morte. Sentivo che una parte di me era molto triste ma non di una tristezza normale, io la chiamo tristezza assoluta. Era come cadere in un vuoto che ti risucchia sempre più a fondo. E quel vuoto mi attirava. Forse ci volevo scomparire. Ora invece ho paura di quella parte, non è sotto controllo e non voglio morire senza aver vissuto*”.

Quando provava paura della morte, cambiava anche la percezione che aveva delle cose. Era in quei momenti che iniziava a percepirla come in un sogno e vedeva il suo corpo dall’esterno “*mentre faceva cose*”.

Notai subito che E. era una ragazza molto intelligente, con delle buonissime capacità di mentalizzazione e di introspezione e che in questa paura della morte si nascondeva anche una grande forza vitale. Oltre alla parte da lei descritta emerse nel colloquio anche una parte di E. molto positiva, piena di interessi e risorse creative, amante dell’arte, della natura. Una parte piena di bellezza e di energie. Portò con sé un quaderno che lei chiamava “*quaderno del sollievo*”, in cui annotava tutte le cose belle, le opere d’arte che le piacevano, le sue canzoni e poesie preferite e che sfogliava quando la “*tristezza assoluta*” tornava a tormentarla.

E. non aveva mai affrontato altri percorsi terapeutici.

Durante le prime sedute indagai i suoi pensieri suicidari. Non c’erano passaggi all’atto nella sua storia, anche se da adolescente alcune volte si era tagliata per riuscire a sentirsi viva. I pensieri giravano intorno al tema che la morte porta con sé pace. Spesso quando non riusciva ad addormentarsi e si sentiva molto in ansia, per calmarsi, immaginava come sarebbe potuta morire. E. si era creata la convinzione che la paura di morire la proteggesse da questi pensieri e che fosse il vomito a procurargliela e quindi che il suo comportamento disfunzionale fosse per lei un modo per proteggersi.

Da questi primi colloqui emerse chiaro il grande disprezzo che E. provava per se stessa, come se in lei ci fosse sempre stato qualcosa di profondamente sbagliato. La voce giudicante che sentiva dentro di lei ogni volta che mangiava troppo e si sentiva spinta a vomitare le ricordava continuamente questo disprezzo verso se stessa, in un ciclo senza fine.

2.3 Storia di sviluppo

Feci molta fatica a ricostruire la storia di sviluppo di E. Mi accorsi quasi subito che al suo racconto mancavano interi periodi di vita di cui non riusciva a narrare episodi specifici. Il suo racconto diventava frammentato e impersonale. Anche lei se ne rendeva conto, tanto che mi disse che a volte quando raccontava la sua storia le sembrava che non fosse sua, che stesse raccontando quella di qualcun altro. Per quanto si sforzasse non riusciva a ricordare nessun episodio specifico se non nel periodo più recente riguardante le superiori.

Anche provando a riguardare alcune foto della sua infanzia, non riusciva ad associare ad esse veri ricordi se non quelli che le erano stati raccontati.

Disse di essere stata una bambina che si lamentava sempre, che faceva capricci per delle sciocchezze o se non era al centro dell'attenzione; lei negli anni aveva fatto sua questa definizione di sé. *“Non ero una brava bambina, mi lagnavo sempre. Odio questa parte di me. Una volta i miei mi hanno raccontato che eravamo in montagna e io non volevo più camminare perché ero stanca così mi sono lagnata e ho rovinato la giornata a tutti”*.

Da questo episodio e poi su tanti altri simili, iniziò il nostro lavoro di confronto in cui provai a chiederle se avrebbe mai dato ragione ai suoi genitori se al posto suo ci fosse stata un'altra bambina. Questo aprì un grande spazio di lavoro nel nostro percorso terapeutico in cui, a poco a poco, E. riuscì a provare meno odio per la sua Parte Bambina e un po' più di compassione.

A scuola era sempre andata abbastanza bene pur facendo lo stretto necessario. Ricordava che da sempre si era ridotta all'ultimo sia per studiare, sia tutt'ora per preparare gli esami. Il procrastinare era sempre stato parte di lei ed era una cosa che non sopportava. Già alle elementari era sempre l'ultima a consegnare le verifiche e questo perché passava la maggior parte del tempo immobile ad aspettare per poi ridursi all'ultimo e fare tutto di fretta. Non sapeva spiegarsi il perché di questo atteggiamento di immobilità che le creava tutt'ora diversi problemi. Ogni volta che doveva rispondere ad una mail o ad un messaggio di un'amica impiegava ore per convincersi a farlo e giorni prima di riuscire ad aprire un libro ed iniziare a studiare. *“E' come se ci fossero due parti che vogliono cose diverse. Una vuole fare ma l'altra glielo impedisce e così rimango immobile. In quei momenti i pensieri vanno da soli e più procrastino più penso e meno riesco a fare”*.

Al momento del nostro incontro manteneva due relazioni di amicizia importanti e che frequentava regolarmente. Altre frequentazioni erano di tipo più superficiale, a cui non si sentiva particolarmente legata. Erano amicizie di lunga data, una che si rifaceva ai tempi delle elementari, l'altra più recente. Solitamente non era lei a confidarsi o a chiedere aiuto ma loro a farlo con lei, questo la faceva sentire utile e non aveva mai pensato che le cose potessero andare diversamente.

Ricordava di essere stata sempre invidiosa della sorella, che considerava più bella di lei, sempre al centro delle attenzioni dei genitori e per il modo in cui sapeva manipolare il padre che finiva per il concederle sempre quello che voleva. Leggeva qualcosa di "sbagliato" però nel loro rapporto. Non seppe spiegarmi il perché ma negli occhi del padre quando guardava la sorella lei ci vedeva qualcosa di sessualizzato, motivo che aumentava il suo disprezzo verso di lui. Era sicura che la sorella non percepisse quello sguardo nello stesso suo modo e non era mai riuscita a parlare di questo con lei. Spesso si sentiva molto sbagliata a fare questi pensieri su suo padre, che la portavano ad essere "*molto prudente*", per esempio chiudendosi a chiave in bagno o facendo attenzione a non girare per casa troppo svestita.

Con la mamma ricorda un rapporto di maggiore confidenza anche se spesso in passato lei aveva provato rabbia verso sua madre che stava con un uomo che secondo lei non era al suo livello. Il rapporto con la mamma aveva perso di confidenza con l'insorgere del disturbo alimentare di E. Quest'ultima spesso veniva sgridata perché mangiava troppo e male e non si sentiva compresa. Nel corso della terapia emerse che non la considerava una figura protettiva perché non pronta a confrontarsi con la sua sofferenza. Lei voleva che si vedessero come una famiglia normale e questo suo essere "*diversa*" guastava l'idea della mamma.

2.4 Amore e sessualità

E. non aveva mai avuto, e non ha tutt'ora, relazioni sentimentali con pari che comportino la presenza di una componente emotiva. Dai nostri colloqui emerse che non era mai stata innamorata. Per lei era molto difficile tenere insieme amore e sessualità. Il profondo disgusto che provava per il suo corpo e l'imbarazzo di potersi mostrare nuda ad una persona affettivamente significativa era per lei una cosa impensabile. Odiava il suo corpo e le sue forme e pensava che se una persona per cui lei provava stima ed affetto l'avesse vista nuda, avrebbe provato per lei lo stesso disgusto che lei provava per se stessa e questo non era per lei tollerabile.

Le uniche esperienze sessuali che aveva avuto erano state con ragazzi da cui non si sentiva emotivamente coinvolta e che non stimava. Non aveva mai provato piacere in queste esperienze e le aveva vissute in maniera completamente dissociata, assecondando i desideri della persona del momento, per poi sentirsi profondamente sbagliata e non ricordare quasi

nulla dell'esperienza. In quei momenti desiderava solo che tutto finisse il più presto possibile.

E. desiderava l'amore e ne era spaventata allo stesso tempo. Spesso faceva fatica a dividere, a capire quali erano i suoi reali desideri e finiva con il trovarsi in difficoltà. E' successo numerose volte che, in passato, lei cercasse affetto, in alcuni ragazzi che stava frequentando, e da cui avrebbe voluto semplicemente un abbraccio, ma che questo suo desiderio venisse visto come una richiesta sessuale che lei si sentiva poi in dovere di assecondare. Questo finiva per riattivare ancora di più in lei le sensazioni di disgusto.

Esplorando alcuni ricordi delle sue esperienze sessuali emerse come lei in quei momenti si sentisse completamente immobile e paralizzata, incapace di fare e dire qualunque cosa e sperasse semplicemente che tutto finisse al più presto.

Il suo immaginario comprendeva unicamente scene in cui veniva costretta con la violenza ad avere rapporti sessuali e questo era l'unico modo che conosceva per provare piacere. Tali esperienze non venivano ricercate nella vita reale, ma restavano a livello di fantasie.

Nell'ultimo periodo è emersa una nuova parte di E., una parte protettiva. Non essendo lei ancora pronta per vivere una relazione, questo protettore interno la tiene lontana da tutte le esperienze che coinvolgano la sfera sessuale. L'emergere di tale parte è stata per lei un punto di svolta, in quanto le permette di non sperimentare nuovamente il *freezing* legato al trauma e di provare meno disprezzo per il suo corpo.

La sola traccia di innamoramento presente nei pochi ricordi di E. è quella per un compagno delle elementari, con cui è in contatto tutt'ora e per cui lei conserva questo innamoramento platonico e fortemente idealizzato. Sapere che questa persona non corrisponde i suoi sentimenti le permette di vivere in serenità questa emozione senza doversi mettere in gioco in qualcosa per cui non è ancora pronta. E' qualcosa di lontano e sicuro.

Anche nelle amicizie aveva la tendenza ad allontanarsi quando qualcuno le era troppo vicino emotivamente. Non amava e non ama il contatto fisico con nessuna persona. La zona del corpo per cui prova maggiore disagio è quella dei fianchi. Nel corso della terapia riportò diversi episodi in cui gli amici per gioco avevano provato a farle il solletico sui fianchi. Questo aveva fatto scattare in lei la sensazione d'impotenza e immobilità che provava durante i rapporti sessuali, facendole percepire nuovamente il suo corpo come qualcosa di esterno a sé.

Al momento, dopo aver avuto accesso ad alcuni ricordi traumatici riguardanti un abuso sessuale vissuto in infanzia, E. è riuscita a connettere le sensazioni che provava durante le sue esperienze sessuali alla sensazione di impotenza provata durante l'abuso. La spiegazione dei meccanismi di difesa del nostro corpo e del *freezing* le hanno permesso di comprendere ciò che era successo all'epoca, quando era soltanto una bambina e di liberare quella parte di lei dalla colpa di non aver reagito all'abuso. Il lavoro che stiamo facendo insieme non è ovviamente finito e verrà ripreso più nel dettaglio all'interno del paragrafo sul percorso terapeutico e sull'uso dell'ipnosi.

2.5 Attaccamento

E. non ha potuto sperimentare nella sua storia di vita un tipo di amore incondizionato e sicuro da parte delle proprie figure di riferimento, quel tipo di amore che permette di sviluppare un senso coeso di identità e di valore ontologico.

Una mamma fisicamente fredda, che non ama il contatto fisico, che dà e toglie il suo amore in base a quanto E. sia stata o meno una brava bambina, la fecero crescere con l'idea che l'amore fosse qualcosa che vada meritato. Quando lei non era all'altezza delle aspettative di una mamma molto esigente sperimentava la perdita dell'amore, che fece nascere in lei l'idea di essere sbagliata, una bambina cattiva e non meritevole. La mamma l'ha sempre definita capricciosa e sempre in cerca di attenzioni. Da bambina in quei momenti la mamma si allontanava e la lasciava sola, così come ora non si accorge dei suoi bisogni e della sua sofferenza. Anche i suoi problemi con il cibo sono per lei capricci. E' una mamma che non vede E., non vede la sua sofferenza e non si accorge del suo disagio interiore, completamente centrata su se stessa.

E. aveva cercato per anni la sua approvazione, anche intraprendendo il suo stesso percorso di studi, per poi rendersi conto che per quanto potesse sforzarsi non sarebbe mai riuscita ad ottenerla.

Il papà è una figura decisamente ambigua, con cui E. ha un attaccamento disorganizzato. Non è chiaro tutt'ora se ciò che E. legge come sguardo sessualizzato nei confronti della sorella sia qualcosa di reale o una sua percezione. Non è il padre protettivo che lei avrebbe voluto, è figura spaventante, che confonde. Non è mai stato l'eroe della sua infanzia. E. si è sempre sentita profondamente a disagio nel mostrarsi a lui poco vestita, sente il bisogno di chiudersi a chiave in bagno se il padre è presente in casa, non ha mai sentito di poterlo abbracciare o di potersi sedere sulle sue ginocchia, neanche quando era più piccola. Come emergerà dal lavoro terapeutico il padre, pur non essendo il diretto responsabile dell'abuso subito da E., ne era però a conoscenza e non solo in quell'occasione non l'ha protetta, ma si è sempre comportato come se l'evento non fosse mai successo.

La dissociazione, il *freezing*, i fenomeni di depersonalizzazione derivano sicuramente da un tipo di attaccamento di questo tipo. E. è cresciuta sentendo di non poter trovare sicurezza e non poter provare fiducia in chi avrebbe dovuto essere la sua base sicura e le sue fatiche relazionali attuali ne sono la diretta conseguenza. Il modello operativo interno dell'attaccamento disorganizzato si può considerare una struttura mentale che facilita la risposta dissociativa ai traumi. In lei era presente una lotta tra la parte che ricerca un legame di attaccamento e una parte fuga, che non le permetteva di creare relazioni stabili e durature nella sua vita.

Figura al momento positiva nella vita di E. è una nonna anziana, di cui ama prendersi cura. Ma anche in questo caso, ancora una volta, è lei quella che si prende cura. Ciò che è mancato è il poter sperimentare l'essere amore per qualcuno.

E. sogna l'amore, ma allo stesso tempo lo teme. Anche nelle amicizie è lei quella che si prende cura, ma se qualcuno prova a farlo con lei si allontana.

Anche la nostra relazione si è mantenuta su modello prevalentemente cooperativo. Le volte in cui ho sentito di spingermi verso il versante dell'accudimento E. ha alzato immediatamente le difese, facendomi capire l'errore.

2.6 Obiettivi e contratto terapeutico

Finita la parte di *assessment* iniziale chiesi ad E. che cosa si aspettasse dalla terapia. Il suo obiettivo principale era lavorare sulla paura della morte, conseguente il suo disturbo alimentare. Voleva riuscire a non avere più paura della tristezza e soprattutto non voleva più sperimentare quella parte di tristezza assoluta. Voleva lavorare sulle emozioni, riuscire a sentirle per potersi permettere di vivere una relazione sentimentale futura.

Riformulando insieme l'obiettivo, per tutto il primo anno del nostro lavoro, ci occupammo della stabilizzazione dei sintomi. Approfondimmo insieme il significato del suo disturbo alimentare, senza mai porci l'obiettivo di eliminarlo. Lei stessa aveva capito che in qualche modo il disturbo le era funzionale. Ci occupammo quindi di rinforzare le parti creative, le risorse di E, di permettere alla sua ANP di continuare la sua vita, ridando potere alla sua Parte Adulta.

Al momento attuale del nostro lavoro, con il disturbo alimentare ormai in remissione, ci siamo trovate a dover riconcordare l'obiettivo terapeutico. Attualmente il nostro lavoro ha come focus il dialogo interno tra le parti e il contatto con tutte le EP dissociate, al fine di favorirne una reintegrazione. L'ipotesi traumatica iniziale è stata confermata nel corso del lavoro clinico. I ricordi di cui sono portatrici le EP bambine devono divenire narrabili al fine di poter lasciare tali eventi nel passato. Per questa seconda parte di lavoro terapeutico ho proposto ad E. di lavorare con l'ipnosi, al fine di accedere e rielaborare gli eventi traumatici, ed è su questa parte che mi soffermerò parlando del percorso terapeutico.

Il nostro contratto terapeutico prevede che E. venga in seduta una volta a settimana. La scorsa estate è tornata a lavorare in montagna e a vivere lì lontana dalla famiglia. In tale occasione ci siamo comunque assicurate che le venisse garantito il permesso per recarsi alle sedute settimanalmente. E' capitato raramente che saltasse le sedute. Ciò avviene principalmente quando il suo procrastinare prende il sopravvento sulla sua ANP, ed è necessario, in quelle occasioni, che sia io a contattarla per riattivare la sua Parte Adulta.

Ogni sei mesi, inoltre, effettua il controllo presso la psichiatra da cui è seguita per l'aspetto farmacologico. L'invio alla psichiatra le è stato proposto fin dai primi colloqui, in seguito all'emergere dei suoi pensieri di morte. Nonostante essi non fossero strettamente correlati ad un elevato rischio suicidario, in accordo con la psichiatra, ritenemmo utile tenere sotto controllo quella "parte tristezza assoluta".

Ipotizzando poi l'emergere di ricordi traumatici pensammo che uno stabilizzatore dell'umore potesse esserle di aiuto. E' in trattamento farmacologico tutt'oggi. La psichiatra si è occupata anche di valutare il suo livello di salute relativo agli effetti del vomito indotto, che risultò essere buono. Tra le nostre figure c'è una buona collaborazione e il progetto terapeutico è comune e condiviso.

2.7 Percorso terapeutico

Durante il nostro primo anno di lavoro cercai di focalizzarmi sul rinforzo della Parte Adulta di E., sul far uscire le sue risorse e sull'esplorazione dei sintomi.

Decisi di partire dal suo "quaderno del sollievo", al fine di capire quali fossero le sue risorse e come incrementarle. Questo strumento si rivelò particolarmente utile tutte le volte in cui E. usciva dalla sua Parte Adulta, dissociava ed emergevano le altre EP. Questo quaderno delle risorse divenne un modo per riportarla nel qui ed ora delle sedute e che poi lei prese ad utilizzare nella vita quotidiana.

In concomitanza insegnai ad E. alcune tecniche di *grounding* e ad utilizzare la *mindfulness* per autocalmarsi.

Esplorando i suoi sintomi emerse come E. avesse una scarsa tolleranza delle emozioni. A scatenare le sue abbuffate che precedevano le condotte di vomito era una forte rabbia inespressa, una rabbia che lei non riusciva nemmeno a nominare e che somatizzava in quella sensazione di contrattura della mandibola, che la spingeva a dover mangiare.

Le proposi di rimanere in quella sensazione per un po', di vedere che cosa succedeva a non assecondarla, ma semplicemente osservandola, come se fosse un'onda, che ha un picco e una volta superato ridiscende e poi scompare. Così ci si aprì la via d'accesso alla rabbia. Una rabbia nei confronti di una famiglia da cui non si sentiva accolta e capita, ma che lei auto dirigeva verso se stessa. L'assecondare il bisogno di cibo sfociava in un profondo disprezzo per se stessa, che sentiva di non avere valore e di essere profondamente sbagliata.

Introducendole al lavoro sulle Parti insegnai ad E. a pensare in questi termini, al fatto che parlare dei suoi sintomi equivalesse a parlare di parti traumatizzate e di memorie implicite ed imparò ad accettare che una Parte di lei provasse rabbia e disprezzo, ma che una parte non è il tutto; questo portò ad un grande cambiamento nel suo modo di percepire le cose. Riuscire a pensare “una parte di me si disprezza” fu un grande passo avanti rispetto all’originario “io mi disprezzo e sono una persona disprezzabile”. Non trattammo le emozioni come espressioni di un sé integro, ma vedemmo come ogni sensazione corporea e ogni pensiero disturbante potessero essere trattati come una Parte.

E. aveva sempre pensato che in lei ci fosse una grande ambivalenza riguardo moltissimi aspetti della vita ed imparare a pensare in termini di Parti non solo normalizzò queste sensazioni, ma la portò a riconoscere che se una Parte di lei provava determinate emozioni, un’altra ne provava di opposte. Il disprezzo era il sentimento di una sola parte, mentre un’altra Parte di lei poteva volersi bene.

Disegnammo la tavola delle parti. Emerse la presenza di due parti bambine: la prima ferita, che piange, una parte bambina da accudire e consolare; la seconda, invece, una parte provocante, per cui lei provava disgusto e che non meritava compassione. Era una parte custode di colpa. Le due parti non potevano stare insieme e non erano mai presenti contemporaneamente, in un alternarsi continuo e confusivo.

Oltre alle parti bambine, fortemente dissociate, emerse una parte molto triste, attratta e spaventata allo stesso tempo dalla morte. Una EP che provava attrazione per il vuoto e allo stesso tempo lo temeva. La faceva provare una rabbia di tipo positivo, di reazione. Era la parte che da adolescente per calmare l’ansia immaginava come poter morire, ma che aveva anche paura di sprecare la sua vita perdendola a rimuginare su questi pensieri.

Una EP positiva che ama la vita, l’arte e la natura. Rappresentava la sua parte più vitale e spensierata; la parte realmente ventenne. E ancora una EP fuga che provava un profondo disprezzo per se stessa. La voce negativa che la spingeva a vomitare dopo essersi abbuffata, che le diceva di essere una persona disgustosa, che non valeva nulla, che non può avere una relazione sentimentale perché quando qualcuno la guarderà la vedrà in tutti i suoi difetti.

Il nostro lavoro, per lungo tempo, si è focalizzato sulla conoscenza e sull’esplorazione di queste parti. Mentre E. inizialmente pensava di dover eliminare alcune parti che lei credeva negative provammo, a poco a poco, a leggerle come protettori interni, che hanno agito per molto tempo in quel modo per difenderla da emozioni per lei intollerabili, con le uniche possibilità di cui disponevano. Nessuna parte può e deve essere eliminata, va trovato però un nuovo equilibrio. Rafforzando la sua Parte Adulta, si rese conto di quanto alcune sue parti protettrici fossero meno necessarie.

Un evento importante accadde la scorsa estate. E. decise di andare a lavorare per il periodo estivo in un rifugio di montagna e di vivere lì tre mesi lontana dalla famiglia. Tornava a Torino ogni settimana per la nostra seduta e solo in quell'occasione vedeva i genitori.

Durante questo periodo il nostro lavoro fece notevoli passi in avanti e i suoi sintomi alimentari ebbero una rapida regressione. Nonostante il ritorno alla vita familiare a settembre E. non ebbe un peggioramento e sapeva ormai riportare al comando la sua Parte Adulta durante gli episodi dissociativi, che sono tutt'ora presenti.

Attualmente il disturbo alimentare è del tutto scomparso. Raramente si verificano episodi di abbuffate, seppur con quantitativi di cibo molto più modesti, che non si concludono però con la condotta di evacuazione.

Ha imparato a gestire gli episodi dissociativi e la sua ANP si è decisamente rafforzata ed è ora in grado di prendersi cura delle altre EP. La procrastinazione resta uno dei sintomi che più condizionano la vita di E. in maniera negativa. Questa sensazione di immobilità le rende difficoltoso concentrarsi sullo studio, ma anche impegnarsi nelle relazioni di amicizia. Alcune volte l'ha portata anche a saltare alcune sedute ed è stato molto utile per aprire il lavoro in questa direzione.

Abbiamo iniziato, da alcuni mesi, il lavoro con l'ipnosi, integrandolo con la Terapia degli Stati dell'Io. L'obiettivo è quello di avviare una presa di contatto e un dialogo tra le Parti, al fine di favorirne l'integrazione, oltre che di fornire ad E. la possibilità di utilizzare l'autoipnosi. Siamo riuscite così ad accedere a ricordi di cui le uniche depositarie erano le EP bambine e a leggere e dare una spiegazione al sintomo del procrastinare, seppur questo aspetto non sia ancora stato risolto.

2.8 L'uso dell'ipnosi

“Il guerriero della luce si sta ridestando dal suo sonno. Pensa, non riesco a sopportare la luce. La luce persiste, perché la volontà è una parola piena di trucchi. Allora gli occhi e il cuore del guerriero cominciano ad abituarsi alla luce. Essa non lo spaventa più e lui comincia ad accettare la propria Leggenda, anche se ciò significa correre dei rischi. Il guerriero ha dormito per lungo tempo. E' naturale che si stia risvegliando a poco a poco” (Coelho, 1997).

Voglio iniziare il paragrafo riportando questa citazione del Manuale del guerriero della luce, in quanto è stata metafora che ha accompagnato il viaggio mio e di E. nel lavoro con l'ipnosi. Come il Guerriero anche E. per molti anni aveva dormito e attraverso l'ipnosi, a poco a poco, ha ricominciato ad abituarsi alla luce, ad accettare il suo passato, senza temere più il cambiamento.

Il libro di Coelho, che entrambe amiamo, mi permise di condurre la paziente nel mondo dell'ipnosi.

Durante la fase di pre-talk spiegai ad E. che l'ipnosi è una condizione dinamica diversa dal sonno. La rassicurai sul fatto che non è magia e non è forzatura della volontà né suggestione, ma uno stato di coscienza modificato, fisiologico e dinamico (Granone, 1979).

Per farle comprendere meglio, come esempio, la feci pensare a tutte le volte in cui ci sembra di agire come sotto "pilota automatico" e a come tutte quelle volte siano stati di *trance* ipnotica naturali.

L'inizio del nostro lavoro con l'ipnosi venne a coincidere con la fine del *lockdown*, a maggio, e la ripresa del nostro lavoro di persona. Questo avvenne in concomitanza con il mio cambio di studio. In seguito al lungo periodo di chiusura forzata di quest'anno il poliambulatorio in cui visitavo aveva, infatti, deciso di chiudere. Rappresentò un significativo cambio di *setting*. Lo studio precedente aveva un *setting* prevalentemente medico, in quanto ogni stanza veniva condivisa da numerose figure professionali, mentre in quello attuale ho una stanza che ho potuto arredare a mio piacimento, anche con oggetti personali. Il cambio di *setting* fece sicuramente sentire me più propensa a mettermi in gioco con questo nuovo modo di fare terapia. Avere a disposizione delle poltroncine più comode, seppure so non essere indispensabili per applicare la comunicazione ipnotica che può essere utilizzata in qualsiasi contesto, ha aiutato me, almeno in fase iniziale, così come avere a disposizione una serie di oggetti personali da poter utilizzare.

Il rimando al riguardo da parte di E. fu che sicuramente un ambiente più "caldo" e meno formale erano stati per lei di aiuto nel riuscire a rilassarsi.

Durante il nostro lavoro insieme avevo notato che il canale privilegiato di E. era sicuramente quello visivo. Per questo motivo scelsi come induzione la fissazione di un punto. "...Trova la posizione a te più comoda sulla poltrona, lascia che il tuo corpo si rilassi, come abbiamo fatto tante volte..lascia che il respiro, il suono dell'aria che entra ed esce dal tuo corpo porti via con sé i pensieri della giornata... bene..ora, fissa la fiamma della candela davanti a te...fissa quella fiamma con tutta l'attenzione di cui sei capace...mantenendo lo sguardo sul punto preciso che hai scelto..molto bene..continua a fissarlo.

Potresti iniziare a sentire che qualcosa cambia nei tuoi occhi...potresti sentire fastidio, oppure bruciore...potresti sentire che gli occhi iniziano a lacrimare o il bisogno di sbattere le palpebre...potresti sentire lo sguardo sfocarsi a poco a poco e potresti sentire stanchezza agli occhi...una fatica nel mantenere lo sguardo fisso sulla fiamma...potresti sentire che tutto questo diventi più intenso e le palpebre sbattere sempre di più e diventare sempre più pesanti. Potresti sentire il desiderio di chiudere gli occhi a man mano che le palpebre diventano più pesanti...asseconda questo desiderio...e quando le palpebre si chiudono

sentirai che sarà molto piacevole...i tuoi occhi sono chiusi e ti abbandoni a questa sensazione di piacere e di benessere.”

Notai subito l'espressione e i muscoli del volto rilassarsi.

Una volta terminata l'induzione continuai con l'approfondimento: “...benissimo...assaporando questa sensazione di benessere immaginiamo di essere su una sedia a dondolo, immaginiamo i suoi colori e le sue forme... e immaginiamo di dondolare...lentamente...per ogni dondolio immaginiamo che il nostro respiro si faccia più profondo...e mentre tu dondolerai io conterò da 10 a 1 e immaginerai di scendere sempre più in profondità...dentro di te... E dieci, il tuo respiro si fa più profondo... nove, scendiamo come in una nuvola di tranquillità...otto, in una sensazione sempre più profonda...sette...sei...il tuo respiro è calmo e profondo...cinque...dondola in questa sensazione di benessere...cinque...lasciati cullare dal dondolio della sedia a dondolo...quattro...ti senti calma e tranquilla...tre...completamente rilassata...due...il tuo respiro è molto profondo...uno e tu stai molto bene...”

Utilizzai la sedia a dondolo in quanto l'avevamo già impiegata in altri esercizi di *imagery* e mi piaceva l'idea di poterla condurre con l'utilizzo di un'immagine a lei conosciuta e tenemmo la stessa induzione e la stessa modalità di approfondimento tutte le volte che utilizzammo l'ipnosi.

In seguito all'approfondimento condussi E. nel suo Luogo Sicuro. Questo è un esercizio che già avevamo utilizzato durante le sedute EMDR, fu facile quindi poterlo impiegare anche in ipnosi: “...torni ora con la mente in quel luogo che abbiamo visitato molto spesso..il suo luogo di pace, di guarigione... quando sarà arrivata riempi il suo sguardo con la bellezza di questo luogo...ne respiri la pace, il silenzio...lasci che tutto il suo corpo si senta invadere dalla tranquillità di questo luogo...respiri a fondo per assaporare tutti i profumi..a poco a poco si inizierà a sentire rigenerata dalle energie di questo posto meraviglioso...”

Per un primo periodo utilizzammo l'ipnosi come rilassamento e come metodo per riuscire a calmare E. in seguito alle sedute più impegnative e per riportarla nel qui ed ora della seduta.

Preso entrambe maggiore dimestichezza utilizzammo l'ipnosi per favorire il dialogo tra la Parte Adulta di E. e le Parti Bambine. La maggior parte dei ricordi legati all'infanzia erano infatti per E. inaccessibili attraverso la narrazione. Il suo corpo portava e mostrava i segni del trauma ma mancavano le connessioni affinché la sua parte Adulta fosse finalmente in grado di prendersi cura delle altre Parti.

Prendendo finalmente contatto con la Parti Bambine in stato di trance emerse dalla memoria di E. il trauma di un abuso che aveva vissuto all'età di quattro anni, durante una vacanza al mare con i genitori. La parte peggiore del ricordo era rappresentato dal racconto dello stesso al padre, il quale non solo era stato completamente inadeguato e non in grado di proteggerla, ma le aveva anche chiesto di non parlarne con nessuno. L'ipnosi ci permise l'accesso ad una memoria, che altrimenti sarebbe rimasta priva di parole e bloccata nell'elaborazione. Quel ricordo si esprimeva sotto forma di sintomi, che continuavano ad influire sul presente della paziente.

Iniziammo così poco alla volta a ricollegare il senso di disgusto provato per il padre ogni volta che lui le si avvicinava. Anche le sensazioni di impotenza e immobilità legate al procrastinare assunsero un nuovo significato. L'immobilità che E. provava nel corpo nel suo presente era la stessa che aveva provato durante l'abuso.

E. scindeva in due la sua EP Bambina, una rappresentava la parte meritevole di amore e di conforto, mentre l'altra portava la colpa dell'abuso subito. Il senso di colpa derivava dal ricordo di essere rimasta immobile sulla spiaggia senza provare a fuggire mentre subiva l'abuso. A livello cognitivo aveva capito perfettamente la mia spiegazione del *freezing*, dell'immobilità allora necessaria come strategia adottata dal suo corpo per poter sopravvivere, ma il razionale non toccava il suo livello emotivo. Il suo corpo continuava a rispondere a determinati stimoli come se stesse affrontando una minaccia nel momento presente.

Durante una seduta di ipnosi provammo a condurre la sua Parte Adulta attraverso i ricordi all'allora traumatico e chiesi ad E. di immaginare che la sua Parte Adulta potesse essere lì insieme alle sue Parti Bambine. Ciò che lei immaginò fu che la sua Parte Adulta potesse difendere queste parti dall'aggressore, potesse liberarle dalla sua presa e portarle nel suo luogo sicuro. "...vedo la mia Parte Adulta...lei vede cosa sta succedendo...può togliere le sue mani dai fianchi...la me Bambina ora è una sola e si può muovere...la prendo per mano con la mia Parte Adulta e andiamo via..."

Questo lavoro diede inizio alla trasformazione delle memorie traumatiche che ha portato ad una nuova narrazione delle memorie implicite.

Questo diede modo di fondere insieme le due Parti Bambine e far sì che E. potesse finalmente provare compassione e amore per loro. Portò anche ad un miglioramento della procrastinazione seppur questo risulti tutt'ora un sintomo ancora presente, diede inizio alla re-iscrizione di una nuova storia, una storia di guarigione. Quell'immobilità caratteristica dell'abuso è ancora un aspetto molto presente nella vita della paziente e spesso la condiziona rendendole difficile iniziare a fare qualsiasi cosa.

In molti casi E. sentiva di non potersi ancora prendere cura di alcune EP, per lei ancora intollerabili. Decidemmo quindi di utilizzare una figura di accadimento sostitutiva con cui lasciare queste Parti negli intervalli tra le nostre sedute, che potesse così aiutare la Parte Adulta: "...immagini di poter avere qualsiasi entità lei voglia, qualcuno o qualcosa che vigili su di lei e sia sempre pronto a rispondere amorevolmente...ogni giorno..ogni ora.. con chi o cosa vorrebbe lasciare le sue Parti nel suo luogo sicuro?" (Shapiro, 2017)

Il nostro lavoro attuale si sta occupando di svolgere sotto ipnosi alcuni esercizi di immaginazione guidata, che prevedono l'incremento dello sviluppo della relazione di cura da parte della ANP di E. verso le Parti Bambine. Man mano che E. riesce a prendersi cura di loro e ad avere meno bisogno della figura di accadimento vicaria, queste sperimentano un senso di sicurezza che è mancato durante la sua infanzia e acquisiscono un nuovo equilibrio.

Utilizzando l'ancoraggio è diventato per E. molto semplice ritornare in stato di trance ipnotica e questo ci ha concesso di accorciare i tempi dedicati all'induzione e poter lavorare molto più a lungo sul Dialogo Interno.

Ci sono altri traumi e altri ricordi da rielaborare che fanno parte del passato di E. e delle sue memorie somatiche, ma attraverso l'ipnosi abbiamo trovato una via privilegiata per accedere alle parti dissociate e per poter rendere narrabili quei ricordi che prima si esprimevano soltanto sotto forma di sintomi. Il nostro lavoro continuerà quindi in questa direzione.

Capitolo 3.: Ipotesi e impostazioni di lavoro futuro

3.1.: Tecniche di rinforzo dell'io

Il rinforzo dell'io è una tecnica ipnotica suggestiva strutturata in immagini e metafore atte ad aumentare l'interazione tra gli aspetti sani e positivi della personalità e quelli meno costruttivi, attivando così le risorse interiori della persona permettendole di affrontare momenti di difficoltà in maniera più idonea.

Obiettivo dell'utilizzo di questa tecnica può essere di conseguenza quello di fortificare il paziente ogni giorno educandolo alla comprensione e alla gestione delle proprie emozioni in modo più consapevole, come pure dei propri pensieri e delle proprie paure, per potenziarlo al punto tale da superarle completamente.

Integrarlo con la Terapia degli Stati dell'Io, fortificare la ANP, aiuta il paziente a lasciare il *suo passato nel tempo passato*.

Sono stati sviluppati diversi protocolli promossi da altrettanti autori, oltre a Granone, ne citerò tre: Hartland, Stanton, Assaggioli.

Il modello più compatibile che ho scelto per proseguire il lavoro con E. è la tecnica del "Dialogo interno" di Assaggioli, perché, tra l'altro, consente di aiutarla a rinsaldare la sua ANP.

Tale tecnica prevede l'uso della metafora come strumento per rivolgersi direttamente all'inconscio. L'attivazione delle risorse avviene tramite immagini simboliche, al fine di elaborare i ricordi del passato e immaginare nuove possibilità per il presente. Attraverso le immagini sarebbe possibile accedere a Parti inaccessibili alla mente razionale *bypassando* il pensiero critico.

La tecnica del "Dialogo interno" evoca la figura del saggio che viene incontrato in cima alla montagna, il quale ci accetta per ciò che siamo. Il saggio agisce per risvegliare le risorse positive del paziente, come un terapeuta interno, va a stimolare e rinforzare una Parte che non è intrappolata in un trauma passato e che si può permettere così di accudire le altre Parti.

Evocando tale stimolo stiamo cercando di far sperimentare alla Parte Adulta quel senso di accettazione vero e completo che è mancato nelle sue relazioni reali.

In seduta, guidai E. in ipnosi all'interno di una visualizzazione guidata che prevedeva di percorrere una lunga strada, la quale conduceva ad una montagna altissima. In cima alla montagna. Dietro alla figura del saggio, E. immaginò di incontrare una Parte futura di sé stessa, identificata come *Gandalf*, lo stregone de "Il Signore degli anelli", ma al femminile.

Questo personaggio si rivolgeva alla sua Parte Adulta del presente assicurandola su come stava diventando brava a prendersi cura delle altre parti sofferenti. Le mostrava come nel tempo avesse smesso di rivolgere la rabbia per gli eventi del passato contro la Parte bambina e di come ora riuscisse a provare compassione.

Immaginò che attraverso il suo bastone magico potesse mostrarle diversi fotogrammi in cui si era sentita capace e perfettamente in grado di condurre la sua vita. Mostrò ad E. che esisteva un'alternativa al dover affrontare le situazioni della vita completamente da sola.

Questa visualizzazione si è poi rivelata utile tutte le volte in cui E. si sentiva scoraggiata o provava la sensazione di non farcela, in cui si sentiva bloccata in un punto lungo la strada verso il cambiamento.

Tornare dal saggio della montagna consente ad E. di ricordarsi delle sue risorse quando ne ha bisogno. Grazie all'utilizzo di questa visualizzazione E. si è sentita incoraggiata a tornare indietro e prendersi cura sempre più frequentemente delle sue Parti Bambine e ad avere sempre meno bisogno di una figura di accudimento sostitutiva immaginaria che potesse farlo in sua vece. Così le Parti Bambine hanno avuto progressivamente meno bisogno di restare nel Luogo Sicuro, nell'intervallo tra le sedute, in quanto sempre più sicure di poter trovare il conforto della Parte Adulta ora finalmente degna della loro fiducia.

3.2. La sfera di cristallo

Tramite l'utilizzazione terapeutica delle risorse personali del paziente si procede verso quella che Perussia (2003) chiama ri-educazione: partendo dal presupposto che tutti i comportamenti disfunzionali siano risultato di un processo educativo, si può pensare di mutare quanto divenuto disfunzionale perchè nel tempo ha perso il vantaggio iniziale per il quale era stato appreso.

E' per questo che spesso si spinge il soggetto a rivisitare il proprio passato. In ipnosi si può attivare la rappresentazione mentale di qualcosa apparentemente molto lontana nel tempo ma che esiste, di fatto, solo in una memoria legata a delle emozioni che soggiornano nel presente del paziente e che quindi, nel qui ed ora, vanno modificate.

Bandler (1993), a tale proposito, utilizzò ampiamente nel trattamento delle fobie la "tecnica dei due schermi". Il suo scopo era, attraverso un gioco di visualizzazione di schermi, esporre il paziente allo stimolo ansiogeno partendo da uno stimolo rilassante. Lo schermo con lo stimolo o la situazione ansiogena poteva essere inizialmente più piccolo di quello a valenza positiva e ed essere nascosto dietro quest'ultimo se il paziente non si sentiva ancora pronto a "guardare".

Tale procedura potrebbe essere riconducibile alla Desensibilizzazione Sistemica, ideata da Wolpe nel 1958, in ambito cognitivista, basata sul principio per cui se è possibile far in modo che alla presenza di uno stimolo in grado di generare uno stato ansioso nel soggetto vi sia la comparsa, al posto dell'ansia, di una risposta fisica e/o mentale che sia antagonista di quest'ultima, quale ad esempio può essere uno stato di rilassamento muscolare o una immagine con valenza positiva e piacevole per il soggetto, e che sia pertanto di contrasto alla stessa risposta d'ansia, sia quindi possibile anche indebolire il legame che c'è tra lo stimolo ansiogeno e la risposta emozionale e della Moviola.

La tecnica della Moviola (Guidano, 1991), invece, si concentra su un episodio raccontato dal paziente e collega il livello dell'*esperienza immediata*, definibile come la percezione soggettiva dell'evento, con la susseguente rielaborazione esplicita relativa all'immagine di sé.

Erickson utilizzava, infine, la tecnica della *sfera di cristallo*. Tale tecnica, che consiste brevemente nel far immaginare al soggetto una sfera di cristallo di diametro di circa quindici centimetri di fronte a lui come monoideismo, fu ideata per indurre i pazienti in *trance lucida o cosciente*, durante la quale si può attingere al patrimonio dell'inconscio.

Nella progettazione del percorso terapeutico, questa tecnica è risultata la mia scelta nel prosieguo del lavoro con E.

La tecnica della *sfera di cristallo*³ era in uso già nel Cinquecento sia per scopi medianici e divinatori, ma anche come strumento di diagnosi medica. Nell'immaginario collettivo e nella sua accezione comune è sinonimo di visione magica mentre, in realtà, questa tecnica è uno strumento induttivo potente che concentra su di sé l'attenzione e consente il passaggio allo stato di *trance*. Con essa si stimola in modo indiretto, persuasivo e quasi spontaneo, la capacità di staccarsi dalla realtà (Yapko, 2011).

La mia ipotesi si basa sulla possibilità di far visualizzare davanti agli occhi di E. una sfera di cristallo. Portare la concentrazione sulla sfera immaginaria dovrebbe indurre la paziente in stato di *trance* così come di solito accade fissando la candela, tecnica citata nel capitolo precedente.

In un primo momento vorrei farle visualizzare il suo Luogo Sicuro, con tutte le sensazioni di benessere ad esso associate. Una volta che la paziente si sentirà completamente a suo agio e si sarà ricaricata con le energie di questo Luogo di guarigione vorrei farle notare come l'immagine nella sfera cambi: "Vorrei che ora guardasse l'immagine dentro la sfera di cristallo....piano piano sta mutando...non è più il suo luogo sicuro...vorrei che vedesse dipingersi in essa quella giornata di tanti anni fa...sulla spiaggia...". Obiettivo è aiutarla a mettere le emozioni negative, a questo punto del nostro lavoro ancora troppo intense, fuori da sé, renderla padrona di queste emozioni e libera di "gettarle" insieme alla sfera lontane

³ Nell'immaginario collettivo e nella sua accezione comune è sinonimo di visione magica mentre, in realtà, questa tecnica è uno strumento induttivo potente che concentra su di sé l'attenzione e consente il passaggio allo stato di *trance*.

da sé, finché non sarà pronta a riaccoglierle, una volta purificate. Vorrei condurla a visualizzare nella sfera il ricordo che a poco a poco muta, inserendo al suo interno le immagini della sua Parte Adulta che difende le Parti Bambine dall'aggressore, così come emerso in precedenti sedute sopra riportate. La mia idea è fondere insieme (come già fatto in precedenza) la modalità di lavoro basata sull'ipnosi e la Terapia degli Stati dell'Io. Mi sembra, pertanto, che la "Tecnica della sfera di cristallo" possa sposarsi particolarmente bene con la tecnica di "Liberazione dagli introietti" ideata da Shapiro e che nasce appunto dalla tradizione ipnotica. L'esercizio consiste nel guidare il paziente a trovare le emozioni e le credenze negative, nell'individuare dove le sente a livello corporeo per poi immaginare di poter tirare fuori e buttare via ciò che non si vuole più tenere all'interno.

Gli introietti che E. si porta dentro non sono positivi, in quanto nel corso della sua storia ha avuto la possibilità di vivere poche esperienze positive di attaccamento e accudimento. Le sue Parti Bambine hanno imparato, in seguito all'abuso, a sentirsi colpevoli, a pensare di meritare quanto accadute e molto spesso vengono espressi dalla sua voce interna giudicante, la stessa che la spingeva a mangiare e poi vomitare. Il vuoto lasciato libero da ciò che non c'è più può essere riempito con sensazioni nuove positive, solitamente fatte visualizzare come un fiume colorato. Vorrei che la sfera di cristallo, da depositaria di emozioni intense, potesse tingersi di tinte più neutre, per poter essere riportata all'interno di sé e vissuta come qualcosa di doloroso che ormai fa parte di un passato che ha perso il potere sul suo presente.

3.3. Costruzione della metafora

La parola metafora deriva dal greco meta "sopra" e pherein "trasportare". La metafora quindi porta oltre, trasporta il significato da un campo semantico a un altro. Decontestualizzando e ricontestualizzando crea nuove realtà che altrimenti non sarebbero possibili. All'interno della terapia la metafora è una storia strategicamente orientata e preparata per il paziente con lo scopo di promuovere cambiamenti evolutivi. Facilita la regressione al servizio dell'io e stimola il soggetto a far emergere risorse nascoste e ad abbattere limitazioni non più necessarie (Casula, 2002).

Le fiabe e le favole sono molto usate in psicoterapia. Hanno funzione di stimolo dell'attività immaginativa che permette di accedere ad una quantità di materiale, molto spesso non accessibile a causa delle difese del paziente. Il lieto fine è la storia di guarigione, la trasformazione del paziente. L'utilizzo delle metafore narrative ci permette di parlare con le varie Parti dei pazienti; essi infatti possono proiettarle nei veri personaggi della storia. La Parte Adulta del paziente è il regista che può decidere quale personaggio della storia essere. Il fine è quello di riconoscere quante più Parti possibili e reintegrare, in modo da poter tendere ad un equilibrio sempre maggiore tra le stesse. Più EP sono

conosciute e integrate dalla ANP più il paziente riuscirà a tenere in equilibrio le stesse, senza esserne dominato o sopraffatto (Caldironi, Witmann, 1980).

La metafora come racconto è una forma di comunicazione che si rivolge direttamente all'emisfero destro del cervello, coinvolgendo così più l'emotività che non la razionalità, insita nella parte sinistra dominante. Per questo la metafora contiene sempre due livelli di comunicazione interconnessi tra loro, uno superficiale del racconto e l'altro più profondo di significati impliciti e nascosti (Casula, 2002).

Uno dei sintomi importanti che la paziente tutt'ora accusa è la sensazione di immobilismo, caratteristico di quel comportamento di rallentamento e resa di cui mantiene una traccia neurale dovuta al trauma (Porges, 201). Per aiutare la paziente ad uscire da questo stato ho pensato di utilizzare una metafora. All'inizio del nostro percorso siamo ricorse al "Manuale del Guerriero della luce" e vorrei continuare ad utilizzarlo anche in questo caso.

Il guerriero è la luce, è ciò verso cui cammina, ossia la migliore versione di se stesso e vorrei utilizzare la metafora proprio in questo modo, come ricerca della parte migliore di sé.

"A volte il guerriero della luce si comporta come l'acqua, e fluisce fra gli ostacoli che incontra.

In certi momenti, resistere significa venire distrutto. Allora egli si adatta alle circostanze. Accetta, senza lagnarsi, che le pietre del cammino traccino la sua rotta attraverso le montagne.

In questo consiste la forza dell'acqua: non potrà mai essere spezzata da un martello, o ferita da un coltello. La più potente spada del mondo non potrà mai lasciare alcuna cicatrice sulla sua superficie.

L'acqua di un fiume si adatta al cammino possibile, senza dimenticare il proprio obiettivo: il mare. Fragile alla sorgente, a poco a poco acquista la forza degli altri fiumi che incontra". (Cohelo,1997).

Quella per E. vuole essere una metafora di adattamento, un invito a lasciare il suo passato nel passato. La sua storia non è tutto ciò che lei è, è andata avanti e ora è pronta per poter essere ciò che vuole, per essere il Guerriero della luce che c'è dentro di lei.

Capitolo 4.: Conclusioni

L'ipnosi non modifica la persona, né la sua passata esperienza di vita. Serve a permetterle di imparare di più su se stessa. La trance terapeutica aiuta le persone a superare i limiti appresi, così da poter pienamente esplorare ed utilizzare le proprie risorse.

M.H. Erikson

Il più grande insegnamento tratto dalla pratica clinica e dall'esperienza personale, è che il tempo non guarisce le ferite, bensì i ricordi non rielaborati riemergono con forza dal passato. Con questa consapevolezza, il nostro compito come terapeuti è cambiare il modo in cui i ricordi rimangono immagazzinati nel cervello.

Nel periodo di formazione è stata fondamentale la comprensione dell'importanza della relazione all'interno del contesto terapeutico, acquisizione che quotidianamente ricorre lavorando con pazienti traumatizzati e indispensabile per poter applicare l'ipnosi come strumento di lavoro e intervento.

Il *rapport* è fondamentale per aiutare il paziente a riposizionare e contestualizzare l'evento traumatico nell'intero arco della vita, a concentrarsi sul presente così da poter osservare il tutto con uno stato d'animo calmo e cosciente. Sarà così possibile, successivamente, permettergli di proiettarsi nel futuro, avendo correttamente ricollocato il proprio passato (Casula, 2020, slide lezioni corso CIICS).

Con una formazione basata prevalentemente sull'approccio narrativo, l'ipnosi, a mio avviso, si definisce come lo strumento fondamentale da aggiungere alla "cassetta degli attrezzi" del terapeuta, dato che permette il passaggio elaborativo da una memoria traumatica ad una narrazione. A riprova della mia considerazione, molti autori sostengono che *uno stato particolare di coscienza sia necessario come condizione per favorire l'insight, per accedere agli ego state e quindi per avviare le condizioni per un cambiamento* (Giligan, 2002). Questo *stato particolare di coscienza* (*ibidem*) è compatibile concettualmente con quello della *trance* ipnotica ed il passaggio è guidato dunque dall'utilizzo consapevole dell'ipnosi.

Desidero concludere citando le parole dell'articolo di Michele Giannantonio (2010) "Psicoterapia ipnotica: concetti generali": *l'impiego della trance ipnotica in psicoterapia, contrariamente a quanto avviene con la maggior parte degli altri approcci alla psicoterapia, consente di lavorare direttamente su ogni tipo di memoria del paziente, in particolare sulla memoria procedurale e per immagini. In questo senso, la psicoterapia ipnotica è intrinsecamente una psicoterapia psicosomatica perché è potenzialmente in grado di intervenire armonicamente su ogni area del paziente, lavorando sulle sue memorie semantiche astratte come su quelle più squisitamente viscerali e procedurali, aiutando ad integrarle.*

Ecco credo davvero di poter ritrovare in queste parole ciò che ha reso prezioso per me l'uso dell'ipnosi, non solo come nuovo modo di fare terapia, ma come integrazione perfetta con quello che è il mio personale modo di fare terapia.

Bibliografia-

Abramowitz EG, Torem MS., 2018, *The roots and evolution of Ego-State Theory and Therapy*. Pubmed.gov

Alcini S, 2011, *La modellazione dell'attività conoscitiva dell'opera di V.F. Guidano: un breve itinerario verso i paradigmi*. Portale al costruttivismo.

Bandler R., 1993, *Magia in azione. Cambiamento e cura delle fobie con la programmazione neurolinguistica*. Astrolabio.

Bandler R., Grinder J., 1981, *La struttura della magia*. Astrolabio

Bara B., 1996, *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri.

Bowlby J., 1982, *Attaccamento e perdita*. Boringhieri.

Caldironi B., Witmann C., 1980, *Visualizzazioni guidate in psicoterapia*. Piovani.

Cardeña, E., 2000, *Hypnosis in the Treatment of Trauma: A promising, but not fully supported, Efficacious Intervention*. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis

Casula C., 2002, *Giardinieri, principesse e porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*. Franco Angeli.

Coelho P., 1997, *Manuale del guerriero della luce*. La nave di Teseo.

Damasio A. R., 2007, *Emozione e coscienza*. Adelphi.

Dodet M., Merigliano M., 2016, *Significato, identità, relazione: una riflessione sul metodo post razionalista in psicoterapia*. Costruttivismi. AIPPC.

Fisher J., 2017, *Guarire la frammentazione del sé. come integrare le parti del sé dissociate dal trauma psicologico*. Raffaello Cortina Editore.

Giannantonio M., 2000, *Attaccamento e ipnosi*. Sito internet:
www.psicotraumatologia.com
Articolo pubblicato sulla Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnocica.

Giannantonio M., 2002, *Psicoterapia ipnotica e Eye Movement Desensibilization e Reprocessing (EMDR): sinergie e integrazioni nellapsicoterapia dei disturbi post-traumatici e dell'attaccamento*. www.psicotraumatologia.com

Giannantonio M., 2010, *Psicoterapia ipnotica: concetti generali*.
www.psicotraumatologia.com

Giannantonio M., Boldorini A. L., 1997, *La tecnica del cambiamento di storia in psicoterapia ipnotica*. Rivista italiana di Ipnosi Clinica e Psicoterapia Ipnocica.

Gilligan S., 2002, *EMDR and Hypnosis*; In: Shapiro, Francine (Ed), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. (pp. 57-83) American Psychological Association.

Granone F., 1979, *Trattato di ipnosi*. Boringhieri

Greenberg L. S., Paivio S. C., 2000, *Lavorare con le emozioni in psicoterapia integrata*. Sovera

Guidano V. F., 1991, *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. The Guilford Press.

Liotti G., Farina B., 2011, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina

Mannino G., 2010, *Le dimensioni del sé*. Alpes

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

Miller A., 2010, *Il bambino inascoltato. Realtà infantile e dogma psicoanalitico*. Bollati Boringhieri.

Nardone G., Loriedo C., Zeig J., Watzlawich P., 2006, *Ipnosi e terapie ipnotiche. Misteri svelati e miti sfatati*. Ponte alle Grazie.

Ogden P., Fisher J., 2016, *Psicoterapia senso motoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore.

Onofri A., Tombolini L., 1997, *Il sé auto poetico e il sé con l'altro. Le teorie dello sviluppo nella prospettiva cognitivista*. Psicobiettivo Vol.17.

Pinnel C., 2002, *Dissociative Disorders*;
images.wikia.com/adultpsychopathology/.../Dissociative_Disorders_rev.pdf

Lapassade G., 1996, *Trance e dissociazione*. Sensibili alle Foglie Edizioni.

Perussia F., 2003, *Theatrum psychotechnicum. L'espressione poetica della persona*. Bollati Boringhieri.

Phillips M., 2020, *It Takes More Than Two to Tango: Building Secure Attachment Through Hypnotic and Ego-State Relationships*. Pubmed.gov

Porges S. W., 2016, *La Teoria Polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Giovanni Fioriti Editore.

Puliatti M., 2017, *La psicotraumatologia nella pratica clinica*. Mimesis

Rezzonico G., De Marco I., 2012, *Lavorare con le emozioni nell'approccio costruttivista*. Bollati Boringhieri.

Shapiro F., 2001, *The Challenges of Treatment Evolution and Integration*. American Journal of Clinical Hypnosis, 43, N° 3,4: 183-186

Shapiro F., 2013, *Lasciare il passato nel passato. Tecniche di auto-aiuto nell'Emdr.* Astrolabio.

Shapiro R., 2017, *Ego State Therapy. Interventi di base sugli stati dell'io.* Istituto di Scienze Cognitive Editore.

Siegel D. J., 2014, *La mente adolescente.* Raffaello Cortina

Ugazio V., 2013, *Storie permesse. Storie proibite. Polarità semantiche e familiari psicopatologiche.* Bollati Boringhieri

Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K. , 2011, *I fantasmi del sé: Trauma e trattamento della dissociazione strutturale.* Raffaello Cortina

Veglia F., 1999, *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva.* Bollati Boringhieri

Wade T., Wade D., 2001, *Integrative psychotherapy: combining ego-state therapy, clinical hypnosis, and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in a psychosocial developmental context.* Pubmed.gov

Watkins J.G. , Watkins H.H, 1997, *Ego States: Theory and Therapy.* Norton

Yapko M. D., 2011, *Lavorare con l'ipnosi. Un'introduzione alla pratica clinica.* Franco Angeli.

Yalom I.D., 2016, *Il dono della terapia.* Neri Pozza.

