

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2017

Ipnosi ed Ansia posttraumatica, un caso clinico

Candidato

Dott. Giuseppe Tusa

Relatore

Dott. Massimo Somma

Dott.ssa Maria Sole Garosci

Il cervello di oggi non è quello di ieri e non sarà quello di domani.

(Guido Brunetti)

INDICE

1) Introduzione	PAG 1
2) Caso clinico	PAG 5
3) Conclusioni	PAG 16
4) Bibliografia	PAG 19

Introduzione

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed il rapporto operatore - soggetto.

Suoi elementi essenziali sono appunto il rapporto operatore-soggetto e la creazione del “**monoideismo plastico**”. Il primo, cuore della relazione terapeutica, si può costruire attivando un dialogo inconsapevole tra gli emisferi destri dell'operatore e del soggetto, facilitando così la condivisione inconscia dei modelli di pensiero, percezione e linguaggio. La relazione terapeutica costituisce il perno centrale di ogni forma di psicoterapia, intorno al quale possono ruotare tecniche e setting differenti. Infatti, nonostante i molteplici approcci possibili, la relazione rimane uno strumento comune e le sue caratteristiche di osservazione, conoscenza, valutazione diagnostica, interventi terapeutici e la valutazione della loro efficacia passano tutti attraverso il rapporto terapeuta-paziente. Questo rapporto che definirei “esclusivo” si basa inoltre su un ulteriore aspetto altrettanto fondamentale: la costruzione e l'implementazione della fiducia, condizione imprescindibile affinché possa avere luogo il cambiamento terapeutico. Proprio l'aumento della fiducia rappresenta una delle basi strutturali dell'induzione ipnotica, dato il suo effetto essenziale sulla riduzione volontaria della critica del paziente. Questa, pur restando presente e attiva, consente al paziente di accettare più facilmente i suggerimenti del terapeuta. Così, aumentando

la fiducia e operando una sempre maggiore fissazione dell'attenzione su un'idea o una rappresentazione mentale, si può realizzare un Monoideismo Plastico, definibile come la possibilità creativa che ha un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni: percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie, evidenziando così il cambiamento.

In questo modo si crea l'A.F.F.A.R.E. (acronimo che sta per Aumento della Fiducia, Fissazione dell'Attenzione affinché si Realizzi un monoideismo che Evidenzi un cambiamento) illustratoci dal dott. Somma durante le lezioni frontali effettuate al corso.

Il campo di applicazione dell'ipnosi è vasto, potendo essere utilizzato, come ipotizzato e sostenuto da Franco Granone, pioniere indiscusso dell'ipnosi in Italia, non solo in campo psichiatrico e psicologico, ma anche nella pratica clinica e assistenziale. In questo contesto "allargato" l'impiego dello strumento ipnotico ha permesso migliore conoscenza e comprensione della fenomenologia ipnotica che ha mutuamente arricchito ogni branca che lo compone. In questo lavoro ho scelto di occuparmi più specificamente dell'aspetto psicologico-psichiatrico, cercando di evidenziare i cambiamenti sintomatologici e comportamentali del paziente preso in esame, volgendo lo sguardo sull'aspetto "plastico" del cervello e sulla sua capacità di plasmarsi in base agli stimoli ed all'esperienza, in cui l'assunto di base è la natura non meccanica del sistema nervoso. Infatti piuttosto che un sistema reattivo basato sul meccanismo input-output, stimolo-risposta, esso è un sistema

dinamico che si auto-organizza, “un sistema nel quale un cambiamento nel funzionamento di una singola parte può causare una riorganizzazione radicale dell’intero sistema” (C. Morabito, 2016). Questo ci introduce al concetto di “neuroplasticità”, definibile come la “proprietà del cervello che gli permette di cambiare la propria struttura e la propria funzione in risposta all’attività ed all’esperienza mentale”. Detto cambiamento strutturale avviene quindi in risposta a stimoli di ogni natura permettendo al cervello di plasmarsi in base alle necessità. Certo è che il cambiamento richiede del tempo in cui avvengono modificazioni visibili già nell’arco di due settimane mostrando, con osservazioni successive, un aumento esponenziale delle connessioni neuronali, indicatori di cambiamenti tanto organici quanto funzionali. (Fig. 1)

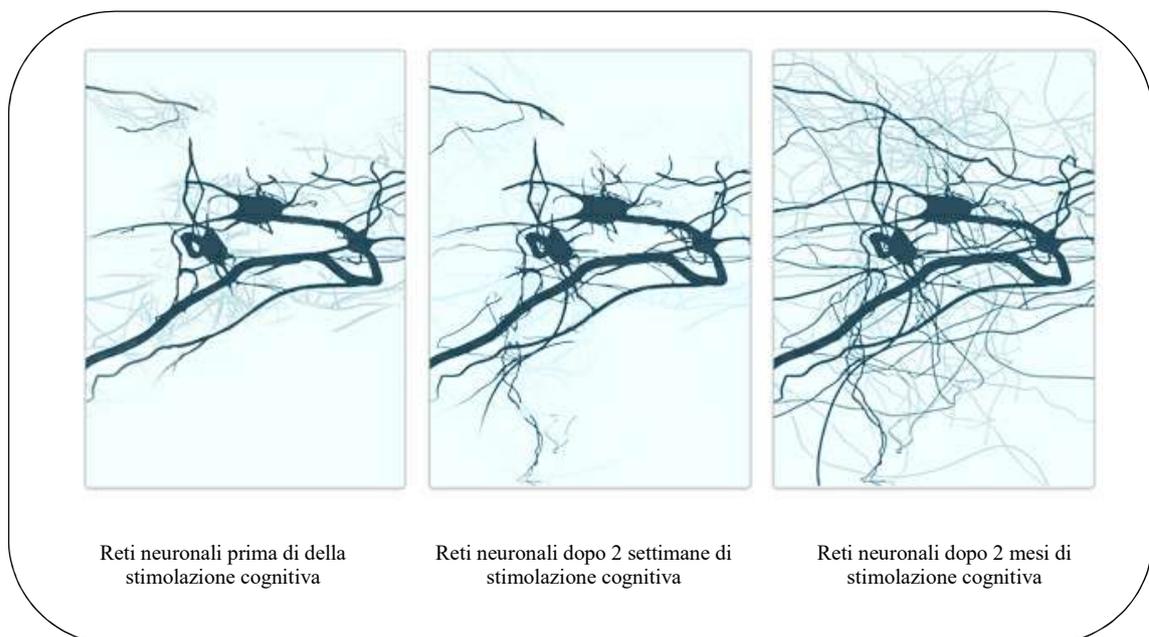


Fig. 1 (da Plasticità neuronale e cognizione)

A fronte di tale evidenza anatomo - funzionale ci si può aspettare un corrispondente cambiamento anche in termini di capacità, competenze e funzionalità in grado di migliorare significativamente la condizione patologica o la sintomatologia sofferta dal paziente.

Il caso clinico preso in esame è stato scelto per le sue peculiarità di eziologia, esordio sintomatologico, insight del paziente e tempi di intervento che, come vedremo più avanti sono stati abbastanza rapidi. Inoltre altra caratteristica del caso è rappresentata dalla peculiare necessità di non assumere psicofarmaci che, visto lo status di militare del soggetto, lo avrebbe posto in una condizione di non idoneità lavorativa che sarebbe probabilmente stata controproducente per l'intervento terapeutico.

Caso Clinico

M. è un paziente di 38 anni, militare, che lamenta un problema d'ansia ingravescente iniziato diversi anni or sono. La sintomatologia che porta è caratterizzata da generico senso di insicurezza, ansia sia durante il servizio che fuori dal contesto lavorativo, sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea, agitazione interna e condotte di evitamento. Riferisce nel 2004, mentre era impiegato all'estero, intervento in Teatro Operativo iracheno. Qui, insieme al team sanitario, era stato attivato per prestare soccorso sul luogo in cui era precipitato un elicottero militare americano. Dopo avermi descritto lo scenario trovato, con una notevole dovizia di particolari nonostante siano trascorsi circa 13 anni, nota e mi mostra come sia comparsa orripilazione e tremore delle braccia, così come capitava ogni volta che ripensava all'evento. Mi riferisce che dopo l'intervento, affrontato senza particolari difficoltà soggettive né la minima incertezza, è rientrato in servizio in base senza più pensarci.

Lo studio delle risposte emotive ai traumi ed ai disastri in genere ha avuto storicamente inizio con le osservazioni sulla più antica calamità non naturale: la guerra.

Le definizioni delle condizioni conseguenti l'esposizione ai "traumi di guerra" sono state negli anni varie, iniziando con la "nostalgia" della Guerra Civile Americana, passando per il "cuore del soldato", giungendo alla "nevrosi da guerra" della Seconda Guerra Mondiale.

Il trauma è sempre un catalizzatore di cambiamento e adattamento. Un evento traumatico può indurre nei soggetti paura intensa degli imprevisti,

timore di morire, subire perdite e danni fisici. Nella maggior parte degli individui i sintomi psichiatrici post-traumatici sono transitori, in altri soggetti invece possono persistere a lungo dopo l'evento traumatico, magari richiamato alla mente da esperienze successive (*trigger*) in grado di stimolare il ricordo del precedente evento traumatico.

Sono tuttavia degni di menzione anche i possibili aspetti adattivi del trauma in termini di stimolazione del processo di guarigione ed assimilazione dell'evento traumatico ad un nuovo baricentro sul quale ridefinire valori ed obiettivi, dando nuova linfa vitale per una vera e propria riorganizzazione personale.

Per quello che riguarda il caso in esame, l'esordio sintomatologico sarebbe da far risalire a circa un anno dopo l'evento traumatico, successivamente ad una "attivazione", cioè un interessamento diretto del team, per un soccorso in Territorio Nazionale.

In quel frangente è comparso senso di agitazione appena ha squillato il telefono a lavoro, accompagnato da un senso di urgenza durante tutto il percorso per raggiungere il luogo dell'incidente. La sintomatologia è diventata col tempo sempre più imponente, con esacerbazioni successive ad ogni altra missione in Teatro Operativo.

Nel corso degli ultimi due anni si è rivolto al medico di medicina generale e, su consiglio di quest'ultimo, anche a uno psichiatra. Lo specialista in questione ponendo diagnosi di *stato ansioso situazionale* ha impostato una terapia farmacologica a base di benzodiazepine (Xanax, Xgtt al bisogno) con l'intento di mitigare la sintomatologia ansiosa quando

fosse comparsa, de facto, senza sostanziale beneficio da parte del paziente.

Nell'ultimo periodo M. riporta continua tensione interna, durante il servizio, vivendo con angoscia l'attesa di essere eventualmente interessato per una nuova attivazione del team di soccorso, cosa che è capitata frequentemente, e che ogni volta ha slatentizzato il corteo sintomatologico sopra descritto.

Concettualizzazione del caso

Ipotizzando un disturbo d'ansia generalizzato, ho immaginato di poter operare sulla sintomatologia ansiosa, sulla tensione e sull'angoscia dell'attesa rinforzando l'autostima e la fiducia in sé stesso, facendogli individuare delle risorse, anche già note, ma utilizzandole come strumento di cambiamento, sia sulla rielaborazione del trauma vissuto. Tutto ciò posto, ho individuato una buona utilità della terapia con ipnosi.

Trattamento

Il paziente manifesta la volontà, anche visto il suo status di militare, di non assumere farmaci. Lo rassicuro dicendo che ci sono molteplici possibilità terapeutiche non farmacologiche e tra le altre gli propongo un percorso basato sull'ipnosi, evidenziando la possibilità di migliorare la sintomatologia in tempi brevi. Per cercare di rendere meglio la dimensione temporale e la differenza nel tipo di trattamento proposto

utilizzo una metafora informatica, visto l'interesse verso la tecnologia da parte del paziente, al fine di rendere più semplice ed immediata la comprensione della mia idea di intervento terapeutico.

Paragono l'intervento basato sull'ipnosi ad una modifica del "BIOS" di un computer, che opera una variazione procedurale prima dell'avvio del sistema operativo, agendo in maniera semplice e diretta nell'intima essenza del funzionamento della macchina, apportando delle modifiche efficaci per tutti i programmi esistenti sul pc e mantenute valide ad ogni riavvio della macchina. La stessa variazione, sarebbe comunque ottenibile attraverso le opzioni di sistema "dell'interfaccia utente", in maniera più macchinosa e dovrebbero essere ripetute per ogni programma e, spesso, ad ogni riavvio del sistema.

La reazione iniziale di M. è di sorpresa ma è incuriosito. Così insieme si ipotizza di operare su un ciclo iniziale di sei sedute.

Il paziente si mostra perplesso su come possa funzionare l'ipnosi, visto che da anni lui cerca di risolvere il problema "ragionandoci su", mentre adesso si sente dire che potrà riuscire a stare meglio solo "usando la mente".

Decido allora di fare una breve induzione al paziente suggerendo la levitazione del braccio usando la metafora dei palloncini. Dopodiché gli chiedo di aprire gli occhi e guardarsi, di focalizzarsi su ciò cosa stesse provando. Successivamente lo de-induco e gli chiedo, qualora gli andasse, di raccontarmi le sue sensazioni. Lui mi riferisce sorpresa

nell'aver visto che mentre il suo corpo faceva qualcosa di "materiale" la sua mente era distaccata e "lavorava sul un altro piano".

Lo scopo di questa induzione "di prova" era appunto quello di mostrare al paziente la possibilità di lavorare su livelli differenti, dissociando la "mente razionale" dalla "mente inconscia" senza per questo esperire carenze funzionali o disagi di alcun genere. Esattamente come succede nella quotidianità quando ad esempio ci troviamo alla guida di una vettura o suoniamo uno strumento. La reazione di sorpresa del paziente è stata correlata anche alla sensazione di "non controllo" del corpo, vissuta dal paziente senza disagio. Si dice convinto e fiducioso della buona riuscita della tecnica ipnotica.

A questo punto fissiamo l'appuntamento alla settimana successiva. È evidente che l'utilizzo della dissociazione non si limita al controllo motorio, ma comprende la possibilità di fare emergere traumi, esperienze, sensazioni ed emozioni altrimenti "confinati" a quello che Janet definì *subconscio*.

Per Janet "esiste dissociazione quando parte dei sistemi delle idee (sistemi cognitivi) sono divisi dalla personalità principale ed esistono come personalità subordinata, inconscia ma capace di diventare cosciente mediante l'uso dell'ipnosi" (1890). Esiste quindi la possibilità che esperienze traumatiche possano essere "dimenticate" dal paziente ma si palesino sotto forma di disagio, di sintomo, che potrebbe restare tale fino alla presa (o ripresa) di coscienza di quello specifico evento non ancora elaborato dal soggetto.

Alla seduta successiva il paziente mi dice che non è cambiato nulla tranne il fatto che, quando squilla il telefono a lavoro, non sobbalza più.

Probabilmente ha modificato, riducendolo, il senso di allerta che lo aveva accompagnato da tempo quando ha provato uno stato di rilassamento che ha interrotto il *loop* tensivo creatosi, riuscendo ad utilizzarlo in qualche modo come base di partenza per lo stato basale di attivazione.

Durante il secondo incontro, con il colloquio introduttivo cerco di reperire abitudini ed aspetti della quotidianità piacevoli per il paziente da poter usare come risorsa durante la fase ipnotica. Spiego al paziente i miei intenti così come reputo più opportuno partire da una base confortevole e sicura che possa essere sfruttata come punto di partenza e di arrivo, eventualmente per il suo “viaggio” dentro sé stesso.

Utilizzando le informazioni reperite invito il paziente, una volta indotto, ad individuare il “suo” posto sicuro, chiedendogli di segnalarmi quando lo avesse trovato, con la conseguente richiesta di illustrazioni sul tipo di ambiente scelto.

L'intento è quello di lavorare inizialmente sul posto sicuro in modo da rinforzare la sicurezza e le competenze del paziente per poi potergli fare affrontare nuovamente il trauma al fine di rielaborarlo alla luce delle nuove abilità acquisite.

Individuato il posto sicuro, attraverso la metafora della scala cerco di indurre una trance più profonda, suggerendo una sensazione di calma crescente. Lui invece, dopo qualche minuto si irrigidisce iniziando a

tremare. Chiedo cosa stesse vedendo e la sua risposta è: “porta”, “morti”.

Immaginando che si trovasse sul luogo dell'incidente iniziale lo rassicuro e cerco di “ancorarlo” al qui ed ora usando la tecnica del *grounding*, cercando di “radicare” il paziente dandogli maggiore consapevolezza di sé e fornendogli la certezza della sua capacità arricchita dalle competenze acquisite in questi anni. Inoltre, credo ancora più importante, della capacità di osservare la scena dal di fuori “come se” fosse un film già visto e del quale si conosce la fine (*doppia dissociazione*).

Potendo inoltre, se necessario, interagire con i personaggi (*manipolazione del trauma*), avrebbe potuto aiutare quel ragazzo come meglio ritenesse opportuno. Tutto ciò attraverso una possibile (e rispettosa) modificazione di quanto accaduto, attraverso il distacco, la rielaborazione ed il superamento di barriere dissociative, connesse alla memorizzazione stato-dipendente.

Nel giro di pochi secondi si tranquillizza rimanendo tuttavia accigliato. Mi riferirà dopo di aver suggerito al “sé ragazzo” di operare in maniera leggermente diversa dagli ordini ricevuti e di averlo rassicurato che tutto sarebbe andato bene.

Alla fine, dopo diversi minuti, in cui il mio intervento era solo legato a tranquillizzarlo ed a mantenerlo legato al presente con dei rimandi al momento attuale, si rasserena completamente e sorride.

Gli chiedo dove si trovasse e mi risponde “a casa”, il “suo” posto sicuro. A quel punto faccio un ancoraggio al posto sicuro e lo de-induco.

Durante la coda della trance ipnotica, visto il persistere dei movimenti oculari come se fosse in fase di ricerca, suggerisco la possibilità di far continuare a lavorare, nei giorni successivi, la sua parte inconscia sugli aspetti lasciati eventualmente in sospeso, in modo da non dare uno stacco netto al lavoro fatto fin qui.

Fuori dalla trance il paziente ha gli occhi lucidi e mi restituisce una sensazione di profondo sollievo.

Mi riferisce che dopo aver trovato il suo posto sicuro di si è sentito “catapultato” sul luogo dell’impatto dell’elicottero americano. La sensazione esperita è stata tuttavia di sicurezza, aumentata via via dalla azione rivolta non tanto sulla manipolazione della scena, quanto sulla definizione dei particolari di questa, riducendo il senso di confusione che ricordava di aver provato.

La minore confusione via via implementava a sua volta il senso di tranquillità e sicurezza nelle proprie capacità.

Ritorna in lui la sensazione di stupore dicendomi che non gli era mai successo di rivivere quella situazione, cui spesso aveva ripensato, senza restare turbato e con un senso di agitazione persistente.

Parliamo delle sue sensazioni e, dopo avergli consigliato di fare una volta al giorno dell’autoipnosi tesa al rilassamento, lo rimando alla settimana successiva.

Durante la seduta precedente avevo fatto un ancoraggio (unione dell’indice e del pollice della mano) volto a raggiungere il posto sicuro,

per ritornare facilmente a quella condizione di confort provata in quel momento. Alla fine, dopo averlo de-indotto dalla trance ipnotica, gli avevo chiesto di provare ad usare l'ancoraggio riposizionando le dita come gli avevo suggerito, cercando di limitare la durata della trance a 5 minuti. La prova è andata a buon fine, visto che in pochi secondi presentava i segni della trance ipnotica (fascicolazioni delle palpebre, deglutizioni ripetute, spostamento della testa di lato) ed alla fine è ritornato al normale stato di coscienza dopo 4 minuti. Ritenendomi soddisfatto del risultato ottenuto ho ritenuto opportuno utilizzare questa nuova risorsa per "allenare" la sua calma confidando anche nella prosecuzione spontanea del lavoro operato in seduta.

Verosimilmente "rivivere il trauma" in trance ipnotica gli ha permesso, anche alla luce delle competenze tecniche ed esperienziali acquisite negli anni, di rielaborarlo arricchendolo di particolari che non aveva notato, o che non ricordava a livello cosciente. Questi gli lasciavano un certo senso di incompiuto o di scarso controllo che, associato magari ad una ridotta sicurezza nelle proprie capacità tecniche, dava il via all'attivazione della sintomatologia ansiosa.

La terza seduta è caratterizzata da un paziente entusiasta che mi riferisce una importante riduzione della tensione a lavoro e inoltre di avere avuto varie chiamate senza mai avere esperito alcuna ansia. Mi riporta anche di aver pensato molto più spesso all'incidente dell'elicottero vivendolo in maniera sempre diversa notando particolari diversi. Gli chiedo allora a suo parere quanto pensa di aver risolto del suo problema. Mi dice che

secondo lui Il 90% del problema è risolto. Ci fermiamo su questo suo assunto e fissiamo la prossima seduta.

Probabilmente durante la settimana trascorsa, anche con l'ausilio degli esercizi di autoipnosi, si è rinforzata la sensazione di sicurezza in sé stesso e nelle sue capacità, attivando nuovi canali per l'utilizzo di competenze acquisite che hanno portato ad una riorganizzazione a catena delle proprie relazioni, sia con sé stesso, sia con gli altri, sia con l'ambiente, realizzando il cosiddetto rinforzo dell'Io.

Credo che l'ipnositerapia, più di ogni altra psicoterapia, giochi un ruolo decisivo nel conseguire in tempi brevi un valido rinforzo dell'Io.

La quarta seduta inizia con il paziente che riferisce di essere rimasto a lavoro senza problemi, inoltre tra i vari interventi effettuati me ne riporta uno, al poligono di tiro, dove purtroppo si era verificato un incidente con un'arma da fuoco.

Mi ha tuttavia riportato che, in quel frangente, non solo non è emersa alcuna sintomatologia caratterizzata da tremore, senso di urgenza ed ansia inizialmente lamentata, ma è stato addirittura in grado di affrontare la situazione con una propositività ed una sicurezza che non provava da molto tempo.

Nell'induzione ipnotica di questa seduta ho operato nuovamente sul rafforzamento dell'Io, reputandolo un importante cardine su cui poter basare il cambiamento ricercato in questo caso.

Per fare ciò ho utilizzato la metafora del samurai, illustrataci dal Prof. Facco, attingendo alle caratteristiche del guerriero come forza, coraggio, lealtà, abnegazione, sicurezza in sé stessi e nelle proprie risorse, (tanto per attacco, quanto per difesa) per suggerire al paziente una similitudine con quella parte di sé in atto in modificazione/evoluzione cercando di indirizzare il cambiamento verso un maggiore senso di solidità.

Durante la quinta seduta, che de facto si rivelerà essere stata l'ultima, mi informa di essere stato inserito, inaspettatamente nell'aliquota di personale per impiego in teatro operativo all'estero con partenza a breve e mantenendo il suo incarico. A differenza delle altre volte in cui era andato in missione all'estero dopo l'incidente, sentiva insieme alla preoccupazione (normale) per la missione, quel pizzico di entusiasmo necessario ad affrontare questa nuova avventura in Teatro Operativo.

In questa seduta non ho operato alcuna induzione ipnotica. Ho preferito infatti esaminare insieme al paziente questa nuova sfida, identificando per quanto possibile i suoi timori e le sue sicurezze nei riguardi di un nuovo impiego all'estero. Ho cercato di identificare la sua effettiva posizione al riguardo e di valutare se effettivamente potesse sentirsi (ed essere) pronto a questa nuova sfida. È partito il mese successivo per l'Afghanistan.

Conclusioni

L'ipotesi di utilizzare l'ipnosi nella proposta terapeutica, nella mia esperienza, è sempre stata vissuta con "cauto entusiasmo" da parte dei pazienti. Questi infatti se verbalmente mostravano una reazione entusiasta ed incuriosita, fisicamente mostravano atteggiamenti di chiusura e diffidenza e, a volte, di incredulità come a voler dire "perché sta proponendo a me questa cosa?"

Alla fine ha, finora, sempre prevalso la curiosità di voler appurare quello che veniva loro illustrato come ipnosi, in contrapposizione all'idea più comune ed all'aspetto "spettacolare" dell'ipnosi stessa.

Il mio obiettivo è sempre stato quello di smitizzare l'idea della totale perdita di controllo della propria volontà ed identità, ponendo l'accento sullo stato di coscienza che si modifica, ma che rimane sempre presente, attivo e partecipe durante tutte le fasi dell'ipnosi.

Inoltre un punto fondamentale per incrementare il senso di fiducia nella tecnica presentata è, a mio avviso, rappresentato dal presagire la costante possibilità di scelta da parte del paziente relativa ad accogliere o meno i suggerimenti o gli inviti proposti dall'operatore. A questo proposito, mi sono sempre preoccupato di darne una dimostrazione pratica, come nel caso illustrato.

Ad oggi, Le restituzioni datemi dopo la prima seduta "di prova" sono state sempre positive, con commenti tesi alla volontà di ripetere l'esperienza e portare avanti il progetto terapeutico proposto.

Tutti i soggetti con i quali abbia fino ad ora lavorato utilizzando le tecniche ipnotiche apprese hanno sperimentato un senso di rilassamento più o meno profondo constatando tuttavia la veridicità degli aspetti sopra indicati, valorizzando la sensazione di completo controllo della situazione, la possibilità percepita di poter interrompere il processo per una loro libera scelta. Sentivano di voler portare avanti la seduta perché era stata una loro scelta provare e perché esperivano una piacevole sensazione di confort.

Ad onor del vero, anche io stesso man mano che proponevo e praticavo l'ipnosi acquisivo maggiore sicurezza sulle mie capacità di leggere e gestire il paziente in trance ipnotica, cosa che, a sua volta, mi aiutava ad infondere maggiore sicurezza e fiducia nella tecnica ai pazienti.

Il paziente protagonista di queste pagine è riuscito ad incanalare le proprie risorse operando dei cambiamenti sostanziali che hanno portato alla remissione della sintomatologia ansiosa.

La natura postraumatica, l'ingravescenza dei sintomi lamentati e la latenza nella ricerca d'aiuto mi avevano fatto pensare ad un percorso più lungo. Tuttavia, avvalendosi delle qualità intrinseche allo stato ipnotico, le risorse del paziente hanno operato dei cambiamenti repentini in lui riuscendo a mutare l'esperienza traumatica vissuta in una risorsa costruttiva.

Il mio ruolo in questa transizione è stato prevalentemente di conduttore rispettoso di quanto stesse accadendo, un osservatore partecipe.

Ho cercato di stimolare nel paziente curiosità e scoperta di quanto stesse cercando, e di ciò che potesse essere utile a lui. L'ho invitato ad un accesso diverso alle proprie risorse, attraverso l'utilizzo dell'analogia, della metafora, e di immagini mentali mirate a contrastare la genesi del sintomo.

Il percorso affrontato dal M. ha messo verosimilmente in moto una serie di cambiamenti volti ad una maggiore consapevolezza delle proprie risorse, alla possibilità sia di utilizzare le molteplici capacità già possedute ed attingere infine a nuove modalità di approccio agli eventi di vita.

Confido e mi auguro che questi cambiamenti possano mantenersi nel tempo, cosa che ho intenzione di appurare al suo rientro in Patria.

Bibliografia

- (1) Reed & Brill 1996, p. 431.
- (2) N. Doidge (2015), Hypnosis, Neuroplasticity, and the plastic paradox. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57:3, 349-354.
- (3) E. Casiglia, *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*.
- (4) G. Brunetti (2013), *Cervello Plastico Unico e Differente*.
www.Neuscience.net
- (5) C. Morabito (2016) *Neuroscienze Cognitive: Plasticità, Variabilità, Dimensione Storica*.
- (6) *Plasticità neuronale e Cognizione, Struttura e organizzazione*,
www.cognifit.com/it/elasticita-del-cervello.
- (7) C. Lorigo, W. Santilli, (2000) *La relazione terapeutica*.